



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)*
TERHADAP PERUBAHAN HARGA DIRI PASIEN GAGAL
GINJAL KRONIK DI UNIT HEMODIALISA RUMAH SAKIT
HUSADA JAKARTA 2011**

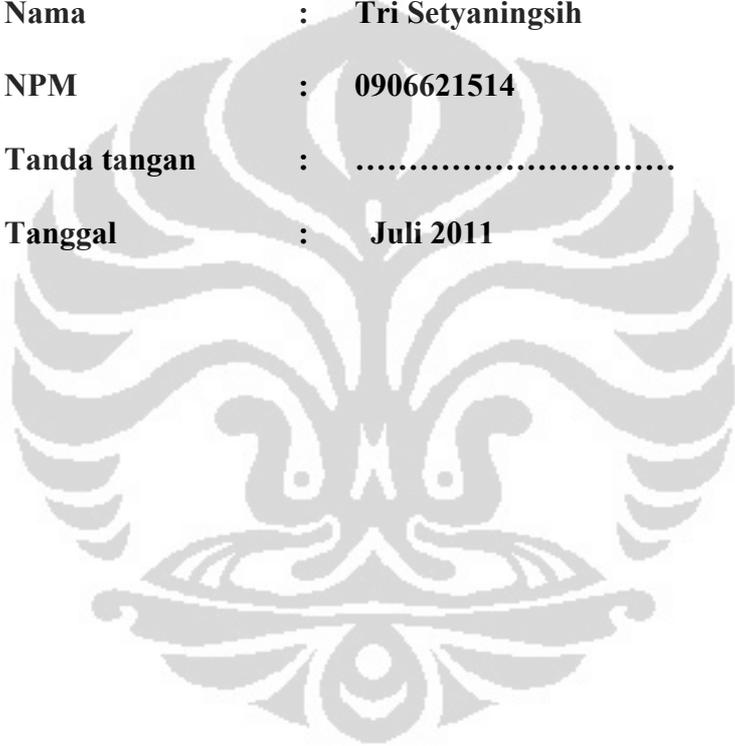
Oleh:
Tri Setyaningsih
NPM 0906621514

**PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JiWA
UNIVERSITAS INDONESIA
TAHUN 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 : Tri Setyaningsih
NPM : 0906621514
Tanda tangan :
Tanggal : Juli 2011



HALAMAN PERSETUJUAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Tri Setyaningsih
Program Studi : Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan jiwa
Judul Tesis : Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Husada 2011.

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

DOSEN PEMBIMBING

Pembimbing : Mustikasari, SKp.MARS ()

Pembimbing : Tuti Nuraini, SKp. MbioMed. ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2011

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiat sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Indonesia. Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juli 2011



Tri Setyaningsih

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Tri Setyaningsih

NPM : 0906621514

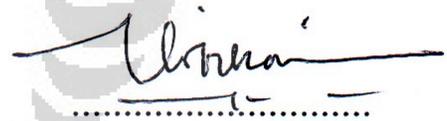
Progrm Studi : Magister Ilmu Keperawatan kekhususan Keperawatan Jiwa

Judul tesis : Pengaruh Cognitive Behavior Therapy (CBT) Terhadap Perubahan Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik di unit Hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta.

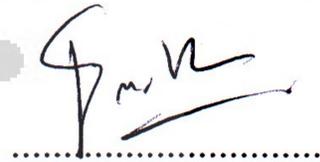
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

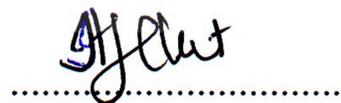
Pembimbing I : Mustikasari, S.Kp., MARS



Pembimbing II : Tuti Nuraini, S.Kp., M.BioMed



Penguji : Ice Yulia Wardani., S.Kp. M.Kep.Sp. Kep. J.



Penguji : Fauziah, S.Kp. M.Kep.,Sp. Kep.J.



Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji Syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penelitian dengan judul **“Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Terhadap Perubahan Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta 2011”** dapat dilaksanakan sesuai waktu yang dijadwalkan.

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

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ibu Mustikasari, SKp. MARS, selaku pembimbing I Proposal yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian proposal ini.
4. Ibu Tuti Nuraini, SKp. MBioMed, selaku pembimbing II tesis, yang dengan sabar membimbing penulis, senantiasa meluangkan waktu, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
5. Suami dan anak-anakku tercinta yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian proposal tesis ini.
6. Rekan-rekan angkatan V Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa dan semua pihak yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian proposal tesis ini

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

Depok, Juli 2011

Penulis



**UNIVERSITY OF INDONESIA
MASTER SCIENCE NURSING PROGRAM
MENTAL NURSING SPECIFICITY
FACULTY OF SCIENCE NURSING**

Thesis, July 2011
Tri Setyaningsih

Effect of Cognitive Behavior Therapy (CBT) to price changes in the patient CKD
Hospital Haemodialysis Unit. Husada Jakarta.
x+103+12+16

Abstract

This study aims to describe the effects of cognitive Behavior Therapy (CBT) to changes in self-esteem of patients with Chronic Kidney Disease (CKD) in hemodialysis units Husada Hospital Jakarta. The study was conducted using a quantitative approach, with the method quasi experimental pre-post test without control group. Research conducted on 27 respondents (CKD patients) who are undergoing hemodialysis. The results showed that there were changes in self-esteem in terms of both cognitive and behavioral intervention that significantly after CBT (P value < 0,00). Recommended studies of CBT as one specialist treatment for patients CKD in Haemodialysis Unit in particular and in patients with psychosocial disturbances in general.

Key words: Cognitive, behavioral, Low self-esteem, Cognitive Behavior Therapy (CBT).
Bibliography 99 (1983-1210).

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
ABSTRAK.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR BAGAN	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	12
A. Konsep Gagal Ginjal Kronik	12
B. Konsep Hemodialisis	15
C. Konsep Gagal Ginjal Kronik dan Hemodialisa	15
D. Konsep Harga Diri Rendah	19
E. Konsep <i>Cognitive Behavior Therapy</i> (CBT)	35
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN	
DEFINISI OPERASIONAL	41
A. Kerangka Teori	41
B. Kerangka Konsep Penelitian.....	47
C. Hipotesis.....	48
D. Definisi Operasional.....	48

BAB IV METODE PENELITIAN	51
A. Jenis Dan Rancangan Penelitian	51
B. Populasi dan sampel	52
C. Waktu Tempat Penelitian	53
D. Etika Penelitian.....	54
E. Alat Pengumpulan Data.....	56
F. Pengukuran Perubahan Harga Diri	56
G. Prosedur Pelaksanaan Penelitian	60
H. Tehnik Pengolahan dan Analisa data	65
BAB V HASIL PENELITIAN.....	69
A. Karakteristik pasien GGK yang mengalami Harga Diri Rendah	69
B. Hubungan karakteristik dengan Tingkat Harga Diri Pasien GGK di Unit Hemodialisa	73
BAB VI PEMBAHASAN	80
A. Tingkat Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Dari Segi Kognitif	81
B. Tingkat Harga diri Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Dari Segi Perilaku.....	81
D. Perubahan Tingkat Harga Diri Pasien GGK <i>setelah</i> mendapatkan Terapi CBT	86
E. Pengaruh Karakteristi Pasien GGK Terhadap Intervensi CBT	91
F. Keterbatasan penelitian	95
G. Implikasi Hasil Penelitian	97
BAB VII SIMPULAN DAN SARAN	100
A. Simpulan	100
B. Saran	102
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

	Hal
Bagan 2.1 Rentang respon konsep diri	20
Bagan 3.1 Kerangka Teori Penelitian	44
Bagan 3.2 Kerangka Konsep Penelitian	44
Bagan 4.1 kerangka Kerja CBT	63
Bagan 4.2 Desain penelitian <i>pre</i> dan <i>post test</i>	64



DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian	44
Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian	47
Skema 4.1 Desain penelitian <i>pre</i> dan <i>post test</i>	63
Skema 4.2 Kerangka Kerja Terapi CBT	64



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal ginjal kronik (GGK) atau penyakit ginjal tahap akhir (PGTA), merupakan salah satu penyakit yang menjadi masalah besar di dunia. Selain sulit disembuhkan karena bersifat *irreversible* (tidak bisa pulih kembali), seperti kebanyakan orang yang menderita penyakit terminal, seseorang yang divonis menderita GGK juga akan mengalami kondisi yang sama. Pasien akan selalu dibayang-bayangi dekatnya masa kematian, merasa tidak dapat lagi mengatur dirinya sendiri dan harus bergantung pada orang lain. Kondisi demikian tentu saja akan menimbulkan perubahan dan ketidakseimbangan di dalam aspek kehidupan pasien, perilaku yang sering ditunjukkan dalam situasi ini pasien menjadi mudah tersinggung, merasa tidak berguna, cenderung menyalahkan orang lain, merasa tidak berharga dan malas untuk berhubungan sosial dengan orang lain, (Purwanto, 2004).

Menurut *World Health Organization* (WHO) dilaporkan bahwa pada tahun 1999 pasien gagal ginjal kronik berkisar 8.429.000 orang, tahun 2007 menurut *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK)* Amerika Serikat prevalensi *Cronic Renal Failure* (Gagal Ginjal Kronik) secara umum adalah 30 orang dari 100.000 populasi setiap tahun (Lumenta, 2005).

Menurut *National Kidney Foundation* (2002), di Amerika Serikat setiap tahun diperkirakan sekitar 20 juta orang dewasa menderita gagal ginjal kronik dan hampir separuhnya menderita gagal ginjal moderat yang memerlukan pelayanan hemodialisis. Angka kejadian gagal ginjal di Indonesia setiap 1.000.000 penduduk didapatkan antara 200-300 pasien baru dengan GGK (DepKes RI, 2004). Kalau dilihat dari data di atas maka penderita gagal-ginjal terus meningkat setiap tahunnya maka jika pasien gagal ginjal tidak ditangani dengan baik maka meningkat pula pasien dengan gagal ginjal kronis dan dengan penyakit kronis meningkat pula berbagai permasalahan psikososial.

Dampak GGK bagi pasien, pasien jika divonis GGK biasanya langsung membayangkan biaya terapi yang akan dikeluarkan, hidup akan bergantung dengan orang lain, tidak mampu bekerja seperti biasanya, terganggu perannya, harapan untuk hidup semakin berkurang, pasien mengalami ketakutan bahwa usianya tidak lama lagi, permasalahan ini akhirnya menimbulkan perasaan tidak berguna dan putus asa (Purwanto, 2004). Tidak sedikit pasien yang menjadi putus asa, mereka menghentikan semua usaha pengobatan dan perawatan serta melakukan tindakan yang menjurus ke bunuh diri (Purwanto, 2004).

Pasien dengan GGK akan mengalami perubahan biopsikososiospiritual dalam kehidupannya. Perubahan biologis (fisik), seperti harus mengatur pola-pola hidupnya yaitu pola makan, pola minum (intake cairan), pola aktivitas dan pola istirahat, semua ini harus seimbang, tidak boleh berlebihan atau disesuaikan dengan kemampuan fisiknya (Lumenta, 2005). Perubahan psikologis, seperti kecemasan, ancaman akan kematian, perasaan bersalah karena terus bergantung pada orang lain, merasa tidak berguna dan tidak berharga (Roesli, 2006). Perubahan sosial menjadi malas untuk berhubungan dengan orang lain cenderung menarik diri dari lingkungan sosialnya (Purwanto, 2004). Perubahan spiritual, pasien cenderung menyalahkan Tuhan, menganggap Tuhan tidak adil karena memberikan hukuman pada dirinya sehingga malas untuk menjalankan ibadah.

Tindakan medis untuk mengatasi pasien GGK sudah dapat dilakukan di Indonesia. Namun yang masih menjadi masalah adalah meningkatkan kualitas hidup pasien GGK yang menjalani hemodialisa, sehingga pasien tetap dapat produktif, sebab banyak pasien dengan GGK yang menjadi satu-satunya tulang punggung keluarga (Suhud, 2005). Cuci darah (hemodialisis) yang mahal dan harus dilakukan seumur hidup menjadikan GGK sebagai *The Silent Killer* (Siregar, 2001).

Pasien GGK sehubungan dengan penyakitnya, maka diharuskan menjalani terapi hemodialisis untuk mempertahankan hidup, menghadapi masalah-masalah

dalam menjalani hidupnya dari dampak terapi yang harus dijalani antara lain, dampak fisik, dampak sosial dan dampak psikologis. Dampak fisik yang dirasakan antara lain; penurunan stamina, daya tahan tubuh, serta kekuatan fisiknya. Pengaturan diet yang ketat juga membuat pasien mengalami penurunan berat badan atau berat badan tidak seimbang (Mudjadid & Shatri, 2001).

Dampak sosial yang dirasakan sehubungan dengan rangkaian perawatan medis yang harus diikuti, antara lain; individu akan kehilangan hal-hal vital dalam hidup, seperti pekerjaan dan kehilangan kebebasan pribadi. Sedangkan dampak psikologis tampak dari sikap individu yang tidak dapat menerima begitu saja bahwa ia harus menjalani terapi hemodialisis seumur hidup. Mereka merasa sudah cacat dan akan menderita sepanjang hidupnya, merasa bahwa tidak ada lagi cita-cita dan harapan yang dapat dicapai, serta merasa tidak dapat lagi melaksanakan berbagai kegiatan seperti yang selama ini dijalani (Feldman, 1989)

Roesli (2006) mengatakan bahwa proses cuci darah yang harus dijalani 2-3 kali seminggu membuat pasien merasa bahwa sebagian besar waktu yang mereka miliki dilalui di rumah sakit. Perasaan kecewa dan putus asa terhadap hidupnya membuat pasien GGK mengalami depresi. Penelitian yang dilakukan oleh Abram (dalam Levey, 2001) mengenai tingkat penerimaan pasien GGK terhadap vonis hemodialisis menunjukkan bahwa pasien baru dapat menerima kenyataan harus cuci darah setelah yang bersangkutan berada di ambang kematian.

Pasien GGK yang menjalani hemodialisis sebenarnya bisa bertahan hidup lebih lama. Menurut Roesli (2006) diantara pasien ada yang sudah menjalani hemodialisis selama 15-20-tahun. Keberhasilan tidak hanya didukung oleh perawatan dan medis saja, tetapi juga oleh penyesuaian diri terhadap kondisi sakit yang dideritanya. Berbagai permasalahan psikologis yang dihadapi pasien GGK yang menjalani hemodialisis dan mengalami harga diri rendah dibutuhkan penanganan/intervensi secara profesional oleh tenaga-tenaga keperawatan yang kompeten.

Intervensi keperawatan spesialis yang dapat diberikan pada pasien dengan harga diri rendah adalah terapi individu seperti terapi kognitif, terapi Perilaku, dan

terapi kognitif – Perilaku (*Cognitive Behaviour Therapy/CBT*); terapi kelompok, seperti terapi suportif dan terapi logo (*Logotherapy*); terapi Keluarga, berupa terapi psikoedukasi keluarga, *triangle therapy* dan terapi komunitas, berupa terapi asertif komunitas atau *Assertif Community Therapy (ACT)* (Stuart & Laraia, 2005; Taylor, 2003). Dapat disimpulkan bahwa CBT merupakan salah satu terapi spesialis yang ditujukan kepada individu khususnya pasien GGK yang dapat diberikan oleh perawat yang berkompeten dalam mengatasi masalah harga diri rendah.

Sudah banyak penelitian yang dilakukan pada pasien GGK dengan hemodialisis seperti penelitian yang dilakukan oleh Wijaya (2005), tentang Kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang mengalami hemodialisis dan mengalami depresi hasil penelitiannya bahwa uji kai-kuadrat menunjukkan bahwa depresi berpengaruh secara bermakna terhadap kualitas hidup pasien PGK yang menjalani hemodialisa. Pada uji korelasi spearman bahwa semakin tinggi derajat depresi makin buruk kualitas hidupnya. Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Suryadinata (2006), tentang stress dan coping pada penderita gagal ginjal terminal yang menjalani hemodialisis hasil penelitiannya bahwa gambaran stres dan perilaku *coping* yang ditampilkan oleh responden berbeda baik pada periode sebelum diagnosa ditegakkan, setelah dan setahun terakhir setelah diagnosa ditegakkan. Terakhir penelitian dilakukan oleh Kristyaningsih (2009), tentang Pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien dengan gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUD Fatmawati tahun 2009 hasil penelitiannya bahwa ada peningkatan yang bermakna dalam selisih tingkat harga diri setelah terapi *Cognitive* ($p \text{ value} < 0,05$). Penelitian lain untuk pasien dengan GGK yang menjalani hemodialisis memang sudah banyak dilakukan tetapi terapi CBT untuk pasien GGK di unit hemodialisa dengan harga diri rendah belum pernah dilakukan, maka dari itu pada kesempatan ini peneliti melakukan penelitian tentang pengaruh terapi CBT terhadap peningkatan harga diri pasien GGK di unit hemodialisa rumah sakit Husada Jakarta. Harga diri merupakan bagian dari konsep diri untuk itu sebelum membahas harga diri seharusnya memahami konsep diri terlebih dahulu.

Menurut Rini (2002), konsep diri merupakan faktor yang sangat menentukan dalam komunikasi interpersonal, karena setiap orang bertingkah laku sedapat

mungkin sesuai dengan konsep dirinya. Jadi individu yang memiliki konsep diri positif dalam segala sesuatunya akan menanggapi secara positif, dapat memahami dan menerima sejumlah fakta yang sangat bermacam-macam tentang dirinya sendiri, bersikap yakin dalam bertindak, berperilaku, dan berhubungan dengan orang lain, jika terjadi masalah pada konsep diri maka akan mempengaruhi psikososialnya.

Psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik, sebagai akibat terjadinya perubahan sosial dan atau gejolak sosial dalam masyarakat dapat menimbulkan gangguan jiwa. Perkembangan psikososial adalah perkembangan yang berhubungan dengan pemahaman seorang individu atas situasi sosial di lingkungannya. Secara riil, psikososial ini meliputi bagaimana seseorang mengetahui apa yang dirasakan orang lain, bagaimana mengekspresikan perasaannya dengan cara yang dapat diterima oleh lingkungannya, Sarlito, W. S (2002).

Pasien GGK yang menjalani hemodialisis sering mengalami gangguan psikososial, seperti kecemasan, ketidak berdayaan, gangguan peran, identitas personal dan harga diri rendah. Hal ini bisa difahami karena dengan keadaan sakitnya pasien GGK yang menjalani hemodialisa tidak mampu mengatur hidupnya sendiri dan selalu bergantung dengan orang lain bahkan dengan alat yaitu mesin dialisa, keadaan ini juga akan mengganggu hukungannya dengan orang disekitarnya termasuk lingkungan masyarakatnya (Purwanto, 2004). Pasien dengan GGK yang menjalani hemodialisis akan mengalami perubahan pola pikir maupun pola perilaku. Untuk mengantisipasi, pasien GGK yang menjalani hemodialisis yang paling tepat adalah diberikan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT).

Kaplan et.al. (1995 dalam Stallard, 2002) menyebutkan bahwa CBT adalah intervensi terapeutik yang bertujuan untuk mengurangi tingkah laku mengganggu dan maladaptif dengan mengembangkan proses kognitif. CBT didasarkan pada asumsi bahwa afek dan tingkah laku adalah hasil dari kognisi oleh karena itu intervensi kognitif dan tingkah laku dapat membawa perubahan dalam pikiran, perasaan, dan tingkah laku (Kendall, 1991 dalam Stallard, 2002).

Menurut Bush (2005) CBT menggabungkan dua jenis psikoterapi yang paling efektif, yaitu terapi kognitif dan perilaku. Terapi perilaku membantu melemahkan hubungan antara situasi menyulitkan dengan reaksi yang biasa ditampilkan. Reaksi seperti rasa takut, depresi, atau marah, dan tingkah laku merusak diri. Terapi ini juga mengajarkan bagaimana menenangkan pikiran dan tubuh sehingga dapat merasa lebih baik, berpikiran lebih jernih dan menyelesaikan masalah atau membuat keputusan yang lebih baik. Terapi kognitif mengidentifikasi atau mengenali pemikiran-pemikiran yang negatif dan merusak yang dapat mendorong ke arah rendahnya harga diri yang menetap. Apa bila digabungkan ke dalam CBT, dapat menjadi alat yang kuat menghentikan *symptom* dan membuat hidup lebih bermakna dan memuaskan (Lahey, 1980.; Bond F.W. 2002.; Bush, 2005).

Stallard (2002) mengatakan bahwa tujuan keseluruhan dari CBT adalah untuk meningkatkan kesadaran diri, memfasilitasi pemahaman diri yang lebih baik, dan untuk meningkatkan kontrol diri dengan mengembangkan ketrampilan kognitif dan perilaku yang tepat. CBT membantu untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran dan kepercayaan yang negatif, bias, dan kritik diri.

CBT mengajarkan klien untuk meningkatkan harga diri mereka dengan cara, memahami hubungan antara pikiran, perasaan dan perilaku (apa yang harus dilakukan), dengan mengajarkan klien untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, mengidentifikasi kesalahan yang mendasari pikiran otomatis negatif. Perspektif CBT, menghakimi pikiran dan kritik diri sering menyebabkan masalah yang terkait dengan harga diri rendah. Misalnya, orang dengan harga diri rendah sering menganggap diri mereka sebagai tidak layak bahagia, tidak mampu mengatasi masalah, dan tidak disukai orang lain, pikiran seperti itu menyebabkan orang-orang ini merasa sedih, cemas, dan umumnya tidak bahagia. Kombinasi pikiran dan perasaan seperti itu menyebabkan mereka untuk menghindari kesempatan seperti kegiatan sosial, persahabatan, tantangan dan pekerjaan tertentu, yang semua ini cenderung membuat mereka menilai dirinya sendiri merasa lebih buruk (Lahey, 1980.; Bond F.W. 2002.; Bush, 2005).

Terapi yang efektif untuk pasien dengan harga diri rendah adalah, meningkatkan harga diri orang tersebut, perbaikan dalam diri yang nyata, adalah *Cognitive*

Behavior Therapy (CBT), yaitu suatu bentuk terapi yang memadukan terapi kognitif dan terapi perilaku. Terapi kognitif mengarahkan cara mereka berpikir tentang diri mereka sendiri, tentang orang lain, dan dunia yang dapat mempengaruhi kesehatan mental mereka. Terapi perilaku mengarahkan cara tindakan mereka yang dapat berpengaruh terhadap interaksi mereka dengan orang lain dan di masyarakat (Bush, 2005,; Sulistio A, 2006,; Stallard P, 2002).

Psikoterapi yang efektif yang paling sering digunakan untuk mengatasi Harga Diri Rendah dengan perubahan perilaku marah adalah *Cognitive Behavior Therapy* (CBT), dan *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR). Menurut NACBT (2007 dalam Sauter M 2009), CBT adalah suatu bentuk psikoterapi yang menekankan pada pentingnya proses berfikir, dalam hal berfikir dan bertindak. CBT fokus pada perasaan distress, pikiran dan perilaku yang nantinya akan mengarah pada perubahan yang positif (NICE, 2005 dalam Sauter M 2009). Individu yang menerima CBT pada akhirnya diharapkan memiliki pikiran yang positif sehingga akan menunjukkan perilaku yang juga positif dan merasa selalu bermakna dalam kehidupannya. Pasien GGK yang dilakukan hemodialisis maka perlu di berikan terapi CBT. Hal ini dapat membantu individu untuk membangun tujuan hidup yang positif dan dapat hidup dengan positif diri, serta dapat menghadapi berbagai persoalan dengan lebih realistis. CBT dapat membantu merubah ide-ide negatif dan pesimistis, menjadi ide-ide yang positif, perilaku maladaptif menjadi lebih konstruktif (Kendall, 1991 dalam Stallard, 2002).

Penelitian yang dilakukan oleh V.Segal et al. (2006), menunjukkan bahwa CBT yang diberikan pada pasien depresi, menunjukkan bahwa keberhasilan secara signifikan dibandingkan dengan responden yang hanya diberikan obat anti depresan. Selain itu setelah dilakukan CBT reaksi kognisi responden menjadi lebih positif dikaitkan dengan harga diri rendah. Penelitian Vermont (1989), hasil penelitian menunjukkan bahwa CBT merupakan intervensi yang efektif untuk gangguan gambaran tubuh pada wanita muda.

Studi pendahuluan yang penulis lakukan di unit Hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta pada bulan Februari 2011, tentang harga diri pasien GGK yang

dilakukan Hemodialisis dari segi kognitif dan perilakunya dari 14 pasien yang sempat di wawancarai menyebutkan secara kognitif (sering mudah lupa, sulit untuk konsentrasi, merasa putus asa, merasa tidak berdaya, merasa menjadi beban keluarga, merasa tidak mampu berperan seperti biasanya, merasa malu), dari segi perilaku (karena lemah jadi kurang aktivitas, malas bergaul, tidak mampu melakukan pekerjaan seperti biasanya, gampang sedih/menangis, marah-marah pada diri sendiri).

Rumah Sakit Husada memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat di Jakarta dan sekitarnya bahkan banyak kiriman dari daerah maupun turis dari luar negeri khususnya pada tindakan Hemodialisa. Rumah Sakit Husada mulai memberikan pelayanan hemodialisa sejak tahun 1976, pada saat itu baru memiliki 2 alat yang sangat sederhana dan masih manual, dan hanya 3 perawat.

Saat ini pelayanan hemodialisis di Rumah Sakit Husada Jakarta diselenggarakan selama 6 hari kerja. Tiap hari terbagi 2 shift, kecuali ada pasien cito tetap dilayani pada malam hari, pasien yang rutin menjalani hemodialisis sebanyak \pm 58 orang, pasien menjalani hemodialisis antara 1-3 kali dalam seminggu. Adapun lama tiap kali hemodialisis adalah 3-5 jam, jumlah mesin 15 unit dan jumlah perawat 9 orang termasuk kepala ruangan.

Hasil observasi yang dilakukan pada tanggal 19 Februari 2011, tentang harga diri pasien GGK yang dilakukan hemodialisa di unit hemodialisa rumah sakit Husada, menunjukkan bahwa pemantauan keadaan dan asuhan keperawatan pasien khususnya pada harga diri rendah belum dilakukan dengan benar. Hasil pengamatan dan wawancara dengan 14 pasien gagal ginjal kronik yang sedang menjalani hemodialisis di unit hemodialisa Rumah Sakit Husada didapatkan data, hampir semua pasien mengatakan dari segi kognitif (sering mudah lupa, sulit untuk konsentrasi, merasa putus asa, merasa tidak berdaya, merasa menjadi beban keluarga, merasa tidak mampu berperan seperti biasanya, merasa malu), dari segi perilaku (karena lemah jadi kurang aktivitas, malas bergaul, tidak mampu melakukan pekerjaan seperti biasanya, gampang sedih/menangis, marah-marah pada diri sendiri). Asuhan keperawatan yang selama ini diberikan baru terapi generalis itupun masih terbatas pada penanganan terkait dengan fisiknya

saja. Jika dilihat dari permasalahan yang ada pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis maka sangat dibutuhkan terapi spesialis yang tepat seperti CBT dan di Rumah sakit husada belum pernah dilakukan penelitian mengenai CBT maka dari itu penulis sangat tertarik untuk meneliti tentang pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) terhadap pasien dengan gagal ginjal kronik di unit hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta 2011.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka, Gangguan konsep diri; Harga diri rendah sering dialami oleh pasien dengan GGK. Hal ini sangat mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap proses pengobatan maupun tindakan yang harus dijalani, pasien yang menjalani hemodialisis otomatis hidupnya bergantung pada mesin. Pola hidup juga berubah seperti diet yang ketat, pembatasan cairan, kehilangan kebebasan pribadinya. Pasien akan mengalami kejenuhan atau bosan akibatnya timbullah pikiran-pikiran negatif, perilaku yang maladaptif (karena lemah jadi kurang aktivitas, malas bergaul, tidak mampu melakukan pekerjaan seperti biasanya, gampang sedih/menangis, marah-marah pada diri sendiri atau orang lain), dengan kondisi ini pasien terus menerus membutuhkan 'penguat' baik dari dalam dirinya, keluarganya, sanak familinya, dan petugas kesehatan pada khususnya. Intervensi yang di perlukan untuk mengatasi pikiran negatif dan perilaku maladaptif kiranya CBT yang lebih tepat. Selama ini di Rumah Sakit Husada belum pernah ada penelitian mengenai pengaruh CBT terhadap harga diri pasien dengan GGK yang dilakukan hemodialisis.

Berdasarkan permasalahan di atas maka pertanyaan penelitian yang ingin dicari jawabannya adalah :

- 1.2.1 Apakah faktor usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama sakit dan frekuensi terapi hemodialisis yang telah dijalani mempengaruhi harga diri pasien GGK yang dilakukan hemodialisis setelah mendapatkan CBT di ruang hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta.

- 1.2.2 Apakah CBT dapat merubah harga diri pasien GGK yang dilakukan hemodialisa melalui perubahan kognitif dan perilaku.

1.3. Tujuan

Tujuan Umum : Menguraikan tentang pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* terhadap perubahan harga diri pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta 2011.

Tujuan Khusus :

- 1.3.1 Diketahui gambaran Karakteristik (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit dan frekuensi terapi hemodialisis yang telah dijalani) pasien gagal ginjal kronik di unit hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta.
- 1.3.2 Diketuinya perbedaan harga diri pasien (kognitif) sebelum dan setelah dilakukan CBT di unit Hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta.
- 1.3.3 Diketahui perbedaan harga diri pasien (perilaku) sebelum dan setelah mendapat CBT di Rumah Sakit Husada Jakarta.
- 1.3.4 Diketahui hubungan antara karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit dan frekuensi terapi hemodialisis yang telah dijalani) terhadap perubahan harga diri pasien dari segi kognitif maupun perilaku setelah mendapatkan CBT di unit hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

Pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy* diharapkan dapat merubah harga diri pasien GGK yang menjalani hemodialisis, maka CBT bermanfaat sebagai:

- 1.4.1.1 Panduan perawat spesialis jiwa dalam melaksanakan *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* pada pasien dengan gagal ginjal kronik dan mengalami harga diri rendah.

1.4.1.2 Panduan perawat spesialis jiwa dalam meningkatkan kemampuan melaksanakan tindakan keperawatan dengan diagnosa psikososial.

1.4.1.3. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya kesehatan jiwa pasien gagal ginjal kronik di unit hemodialisa.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

Metode *Cognitive Behavior Therapy* sebagai salah satu terapi spesialis keperawatan jiwa bagi pasien dengan gangguan psikososial.

1.4.3 Manfaat Metodologi

1.4.3.1 Dapat menerapkan terapi atau metode yang terbaik untuk mengubah kognitif dan perilaku maladaptif klien harga diri rendah.

1.4.3.2 Hasil penelitian berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya dalam mengubah kognitif dan perilaku maladaptif klien dengan masalah harga diri rendah.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan beberapa konsep dan teori yang terkait dengan bidang penelitian yang meliputi: Konsep Gagal Ginjal Kronik, Konsep Hemodialisa, Konsep Harga Diri Rendah, dan Cognitive Behavior Therapy (CBT).

2.1 Konsep Gagal Ginjal Kronik (GGK)

2.1.1 Pengertian GGK

Gagal ginjal adalah kegagalan atau ketidak mampuan ginjal untuk membuang sisa-sisa metabolisme. Keadaan ini dapat menimbulkan tertimbunnya racun-racun dalam darah yang jika dilakukan pemeriksaan laboratorium akan ditemukan adanya peningkatan urium dan kreatinin dalam darah, akibat ketidak sanggupan ginjal untuk mengeluarkan sisa cairan yang masuk, sehingga pasien akan mengalami edema *anasarka*. Pada keadaan ini, biasanya pasien baru datang atau dikonsulkan (Suhardjono, 2001).

Gagal ginjal kronik adalah, kerusakan ginjal dimana fungsi ginjal yang masih tersisa sangat minimal, sehingga usaha-usaha pengobatan konservatif berupa diet, pembatasan minum, dan obat- obatan tidak dapat memberikan pertolongan yang diharapkan lagi. (Rahardjo, dkk, 2006).

GGK dapat mengalami komplikasi dengan berbagai penyakit lainnya, seperti diabetes dan tekanan darah tinggi (Surya dinata, 2005). Komplikasi dengan diabetes akan menyebabkan proses metabolisme dalam tubuh menjadi tidak maksimal yang dapat mengakibatkan kadar glukosa dalam darah meningkat yang jika berlangsung lama dapat merusak pembuluh vena sekaligus menyebabkan gangguan atau kerusakan fungsi ginjal yang lebih serius. Menurut Lumenta (2005), keadaan akhir dari GGK ini adalah

ginjal tidak bisa berfungsi lagi yang disebut dengan *End Stage Renal Disease* (ESRD) atau penyakit ginjal tahap akhir (PGTA). Di Amerika Serikat, pasien gagal ginjal meningkat tajam setiap 10 tahun. Pada tahun 1990, terjadi 166 ribu kasus PGTA (gagal ginjal tahap akhir) dan pada tahun 2000 menjadi 372 ribu kasus. Angka tersebut diperkirakan terus naik. Pada tahun 2010, jumlahnya diestimasi lebih dari 650 ribu (Santoso, 2008). Jumlah pasien GJK di Indonesia yang menjadi gagal ginjal terminal juga terus meningkat dan diperkirakan meningkat sekitar 10% setiap tahunnya (Rahardjo, 1996).

2.1.2 Faktor Penyebab Gagal Ginjal

Berbagai penyakit dapat menyebabkan gagal ginjal, penyakit bisa berasal dari ginjal itu sendiri yang disebut dengan penyakit ginjal primer misalnya; penyakit batu ginjal, infeksi saluran kemih, atau tumor ginjal, sedangkan penyakit dari luar ginjal yang disebut sekunder yaitu; penyakit jantung, hepar, hipertensi, diabetes, dan pasca operasi yang dapat mempengaruhi fungsi ginjal. Penggunaan obat-obatan atau bahan kimia juga dapat meracuni ginjal (Suhardjono, Sukahatya, Parsoedi, 2001).

Menurut *National Kidney Foundation; Chronic Kidney Disease* (2003), gagal ginjal dapat disebabkan oleh radang ginjal kronik (glomerulonefritis), infeksi ginjal kronik (pielonefritis), batu saluran kemih, hipertensi, kelainan ginjal bawaan, TBC ginjal, diabetes mellitus, dan lain-lain seperti; gout, hiperparatiroid, mengkonsumsi analgetik atau obat reumatik secara berlebihan. Glomerulonefritis, hipertensi esensial dan pielonefritis merupakan penyebab paling sering pada gagal ginjal kronik, kira-kira 60%. Penyakit ginjal kronik yang berhubungan dengan penyakit ginjal polikistik dan nefropati obstruktif hanya 15-20%. Penyakit ginjal hipertensif (arteriolar nephrosclerosis) merupakan salah satu penyebab penyakit ginjal kronik. Insiden hipertensi esensial berat yang berakhir dengan gagal ginjal kronik <10 % (Rahardjo, 1996).

2.1.3 Faktor Pencetus Gagal Ginjal

Pencetus terjadinya gagal ginjal yang sering ditemukan adalah akibat dari dehidrasi, karena infeksi, toksin, dan pasca operasi. Pada kondisi ini disebut dengan gagal ginjal akut (GGA) biasanya penurunan fungsi ginjal secara tiba-tiba, namun dapat kembali normal apabila penyebab ditanggulangi (Suhardjono, Sukathaya, Parsoedi, 2001). Pasien gagal ginjal akut tidak diharuskan cuci darah seumur hidupnya, hanya seperlunya saja sekitar 1-2 kali. Pada kasus gagal ginjal akut, ginjal akan berfungsi normal bila pengeluaran urin sudah normal dan keadaan fisik sudah pulih. Sementara itu, gagal ginjal kronis merupakan keadaan dimana terjadinya penurunan fungsi ginjal secara perlahan. Penurunan fungsi ginjal bisa mencapai 60% dari kondisi normal, hal ini mengakibatkan kemampuan ginjal untuk mengeluarkan sisa metabolisme dari dalam tubuh menjadi terganggu, sehingga terjadi penumpukan sisa metabolisme di dalam tubuh yang disebut dengan sindrom uremik (Peterson, 1995).

2.1.4 Gejala dan tanda gagal ginjal kronik

(Suhardjono, Sukathaya M., Parsoedi I., 2001) Gejala dan tanda GJK yang dapat mengenai berbagai sistem tubuh antara lain; Gangguan pada sistem gastrointestinal seperti; anoreksia, mual, muntah, mulut berbau ammonia, cegukan dan gastritis erosif. Gangguan pada kulit; ditemukan kulit berwarna pucat dan kekuningan, gatal-gatal, ekimosis, dan tampak bekas-bekas garukan karena gatal. Gangguan sistem darah; terjadi anemia, gangguan fungsi trombosit dan trombositopenia, dan gangguan fungsi leukosit sehingga imunitas menurun, bengkak pada wajah, tangan, kaki dan perut, frekuensi buang air kecil berkurang, dan sesak napas. Gangguan sistem kardiovaskuler ; hipertensi, perikarditis, gagal jantung, gangguan irama jantung dan edema. Sistem endokrin; libido menurun, gangguan menstruasi, amenore.

2. 2 Kosep Hemodialisa

Hemodialisa adalah salah satu jenis dari berbagai terapi dialisa yang sering dipilih dalam penatalaksanaan medik pada pasien GGK yang telah mengalami kegagalan fungsi di kedua organ ginjalnya (Peterson, 1995; Kartono, Darmarini dan Roza, 1992) . Hemodialisa adalah lintasan darah melalui selang di luar tubuh ke ginjal buatan untuk membuang kelebihan zat terlarut dan cairan terjadi selama metabolisme (Suyono, 2004). Frekuensi pasien melakukan haemodialisa bervariasi dari 2-3 kali seminggu, dan lamanya mesin haemodialisa berjalan antara 4 – 6 jam tergantung dari jenis sistem dialisis yang digunakan dan keadaan pasien (Tierney, McPhee & Schroeder, 1993). Jadi usaha yang harus dijalani pasien GGK dimana ginjal sudah tidak sanggup lagi membuang sisa-sisa metabolisme tubuh dan air yang tertimbun, yaitu dengan dialisis yang sering disebut dengan hemodialisis, karena pengobatan konservatif berupa diet, pembatasan minum dan obat-obatan tidak dapat menolong lagi (Suhardjono, 2001). Kesimpulan bahwa hemodialisa adalah merupakan pengganti dari ginjal yang telah rusak sehingga gagal atau tidak sanggup untuk membuang sisa-sisa metabolisme dan cairan yang berlebih dari dalam tubuh.

Hemodialisis dilakukan dengan mengalirkan darah ke dalam suatu tabung ginjal buatan yang disebut *dialiser*, yang terdiri dari dua kompartemen yang terpisah. Darah pasien di pompa dan dialirkan ke kompartemen darah yang dibatasi oleh selaput semipermeabel buatan yang disebut *artificial* dengan kompartemen dialisat. Kompartemen dialisat dialiri cairan dialisis yang bebas pirogen, berisi larutan dengan komposisi elektrolit mirip serum normal dan tidak mengandung sisa metabolisme nitrogen. Cairan dialisis dan darah yang terpisah akan mengalami perubahan konsentrasi karena zat terlarut sama di kedua kompartemen yang disebut *difusi*. Tindakan ini dilakukan untuk membuang atau mengurangi zat-zat sisa metabolisme berbahaya atau beracun bagi tubuh pasien, serta membuang kelebihan garam dan membantu tubuh

untuk menjaga keseimbangan zat-zat lain seperti Kalium, Natrium dan Klorida (Peterson, 1995; Pearce, 1995; Lumenta 2003)

2.3 Dampak GGK Dengan Hemodialisa terhadap kondisi psikologis pasien

Penyakit gagal ginjal terminal digolongkan sebagai penyakit kronis, sebab penyakit ini berlangsung terus disepanjang umur hidup pasien. Seorang individu yang didiagnosis menderita penyakit kronis, akan berada pada kondisi krisis, yang ditandai dengan ketidakseimbangan fisik dan psikososialnya (Moos dalam Taylor, 2003). Pasien merasa kacau, cemas, takut dan perasaan emosional lainnya, karena coping yang biasa digunakan saat menghadapi masalah tidak efektif. Setelah masa krisis berlalu pasien akan memikirkan bagaimana pengaruh penyakitnya terhadap kehidupan selanjutnya. Kemungkinan banyak kesulitan dan keterbatasan yang dialami sehingga membutuhkan rehabilitasi pada aspek fisik (diberikan aktifitas sederhana sesuai dengan kemampuan fisik, sehingga pasien tetap merasa bermakna dalam hidupnya), vokasional (diberikan ketrampilan yang dapat menghasilkan karya sesuai kemampuannya), sosial (tetap menjaga hubungan sosial yang harmonis dengan lingkungannya) dan psikologis (tetap memperhatikan kebutuhan psikologis pasien yang terkait dengan penyakit maupun terapi yang harus dijalani) (Taylor, 2003). Penelitian yang dilakukan oleh Suryadinata (2005), tentang 'Stres dan *Coping* Pada Penderita Gagal Ginjal Terminal Yang Menjalani Hemodialisis'. Caninsti (2007), tentang 'Gambaran Kecemasan dan Depresi Pada Penderita Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa'. Lubis (1991), tentang 'Dukungan Sosial Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal Yang Melakukan Terapi Hemodialisa'.

Selain dari penelitian-penelitian yang sudah dilakukan masih ada pendapat yang lain seperti, (Kusnadi, 2003), mengatakan bahwa stres bahkan depresi sering terjadi pada pasien gagal ginjal terminal yang menjalani hemodialisis, baik ketika memulai hemodialisis atau beberapa bulan setelah menjalani hemodialisis. Timbulnya stres (mudah marah, mudah tersinggung, mengeluh berbagai keluhan fisik, sulit tidur), ini dimungkinkan sebagai akibat dari kesadaran pasien bahwa penyakitnya tak dapat disembuhkan dan pasien harus

mengubah gaya hidupnya. Menurut pasien banyak permasalahan psikis yang akan muncul seperti kecemasan akan kematian dan depresi terhadap penyakit gagal ginjal terminal yang mengharuskan sepanjang umur hidupnya menjalani hemodialisis. Ciri-ciri psikologis adanya stres pada pasien-pasien GGK yang menjalani hemodialisis antara lain; sedih, murung, mudah terharu, menangis, tidak berdaya, kecewa, kehilangan minat dan kegembiraan. Ciri-ciri psikologis pasien GGK yang menjalani hemodialisis yang dikemukakan (Kusnadi, 2003; Moos dan Taylor, 2003; Levy, 1979) yaitu menunjukkan ciri dari gangguan konsep diri harga diri rendah seperti ; mudah menangis, merasa tidak berdaya, kecewa, hilang minat dan kegembiraan, merasa kacau, timbul pikiran-pikiran negatif atau yang sering disebut *distortion cognitive*.

Menurut Djoerban (2001), pada kasus-kasus kronik, dan terminal, biasanya pasien-pasien akan mengalami tahap ambivalensi, sebelum akhirnya sampai pada tahap asepten terhadap penyakitnya, namun demikian pasien biasanya tetap tidak siap untuk meninggal, atau ingin sembuh tetapi tahu bahwa penyakitnya tidak dapat disembuhkan yang tadinya bisa hidup mandiri menjadi orang yang harus bergantung dengan orang lain atau sesuatu (mesin dialisa). Masih ada masalah dari GGK seperti, keluhan-keluhan fisik yang timbul sebelum atau sesudah pasien gagal ginjal terminal menjalani cuci darah, sudah menunjukkan dan menggambarkan bagaimana pasien GGK hidup penuh stress, atau terganggu psikososialnya.

GGK merupakan suatu penyakit kronis, karena disamping merupakan gangguan fungsi ginjal yang permanen, penyakit ini juga dapat menyebabkan gangguan pada fungsi neurologi, endokrin, metabolisme tubuh dan kegagalan organ lainnya. Seseorang yang menderita GGK yang dilakukan hemodialisa akan merasa kurang mampu menjalankan perannya, terganggu ideal dirinya, merasa tidak berdaya, terganggu citra tubuhnya, malu dengan keadaannya, tegang, takut, bingung, merasa tidak pasti (Riselligia, 2008). Selanjutnya terjadi gangguan psikologis berupa perilaku penolakan, merasa tak berguna, tidak mampu, malu dengan keadaannya, selalu bergantung dengan alat maupun orang lain, tidak dapat mewujudkan cita-citanya dan akhirnya menjadi rendah diri.

Ketergantungan pada mesin dialisa seumur hidup dapat mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien gagal ginjal terminal yang melakukan terapi haemodialisa. Menurut Lubis (1991) perubahan yang dialami pasien GGK berupa perubahan fisiologis maupun psikologis yang mengakibatkan berkembang menjadi stres (tidak nafsu makan, sulit tidur, merasa tidak mampu menjalankan perannya, tidak mampu mencapai ideal dirinya, dan malu karena penyakitnya). Jelas dengan adanya keadaan stress akan memperburuk kondisi kesehatan pasien dan menurunkan kualitas hidup maupun harga dirinya.

Perasaan cemas ketika sakit adalah hasil dari bermacam-macam tuntutan untuk menyeimbangkan diri dari berbagai keadaan yang disebabkan oleh penyakitnya tersebut, untuk menyeimbangkan diri mereka memerlukan penyesuaian aspek gaya hidup yang luas, dan dalam jangka waktu yang lama. Sehingga penyesuaian dapat terjadi dalam berbagai ranah perilaku, kognitif, emosional, interpersonal, sosial dan fisik. Kesulitan penyesuaian-penyesuaian ini potensial menimbulkan ansietas kronis, yang pada akhirnya dapat menyebabkan permasalahan lainnya (Anderson, 1988).

Hemodialisa dapat meningkatkan kualitas hidup pasien GGK, namun demikian kondisi tersebut tetap saja dirasakan jauh dari keadaan hidup yang ideal, stres yang dirasakan pasien bukan stres yang biasa terjadi namun pasien dengan penyakit kronis akibat dari GGK, akan menghadapi stres yang sangat berat akibat dari prosedur hemodialisis yang harus dijalani (Purwanto 2004).

Pasien yang menjalani terapi hemodialisis akan bergantung pada mesin dialisa seumur hidupnya, keadaan tersebut akan mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien GGK seperti, merasa tidak berguna, merepotkan orang lain, bergantung pada alat atau orang lain, tidak mampu mengerjakan pekerjaan seperti biasanya, terikat waktu terapi (Moos dalam Sarafino, 1998).

Perjalanan penyakit yang bersifat menetap dan tak dapat disembuhkan, serta memerlukan penanganan dan pengobatan seumur hidup menjadikan GGK digolongkan kedalam penyakit terminal. Seseorang yang didiagnosis menderita penyakit kronis, respon emosionalnya berada pada kondisi kritis, yang ditandai dengan ketidak seimbangan fisik dan psikososial (Moos dalam Taylor, 1999). Pasien akan merasa bingung, sedih, cemas, takut dan merasa menjadi orang yang tidak berguna, tidak dapat bekerja seperti semula, akan membebani keluarga, akan bergantung pada orang lain, merasa tidak berharga dan perasaan emosional lainnya karena *coping* yang biasa digunakan saat menghadapi masalah yang selama ini digunakan menjadi tidak efektif (Taylor & Aspinwall dalam Taylor, 1999).

2.3 Konsep Harga Diri Rendah

Harga diri rendah merupakan komponen dari konsep diri maka dari itu untuk menguraikan konsep harga diri rendah tidak terlepas dari konsep diri.

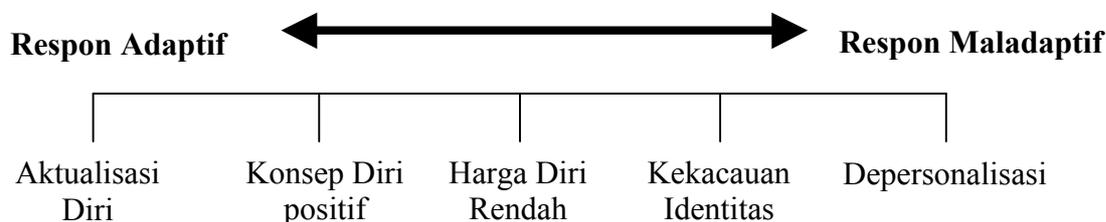
2.3.1 Pengertian Konsep Diri

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

2.3.2 Rentang Respon Konsep Diri

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

Bagan 2.1.
Rentang Respon Konsep Diri
 (Stuart dan Laraia, 2005)



Rentang respon konsep diri terdiri dari:

- 2.3.2.1 Aktualisasi diri adalah pernyataan diri tentang konsep diri yang positif dengan berbagai pengalaman yang sudah dilalui dengan sukses dan diterima.
- 2.3.2.2 Konsep diri positif, adalah individu mempunyai pengalaman – pengalaman positif kemudian diekspresikan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki.
- 2.3.2.3 Harga diri rendah adalah transisi atau perubahan dari respon konsep diri adaptif mengarah pada konsep diri maladaptive, yaitu sudah mulai ada perasaan/persepsi yang negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri, serta merasa gagal dalam mencapai keinginan.
- 2.3.2.4 Kekacauan identitas adalah kegagalan individu dalam mengintegrasikan aspek-aspek identitas masa kanak-kanak ke dalam kematangan aspek psikososial kepribadian pada masa dewasa yang nyaman dan harmonis.
- 2.3.2.5 Depersonalisasi adalah perasaan yang tidak realistis dan asing terhadap diri sendiri biasanya berkaitan dengan kecemasan, kepanikan sehingga individu tersebut tidak mampu mengenali dirinya sendiri.

(Stuart dan Laraia, 2005)

Coopersmith dalam Burns, R.B (1993) harga diri adalah, evaluasi individu terhadap dirinya sendiri, baik positif maupun negatif dan menunjukkan tingkat dimana individu meyakini dirinya sendiri sebagai individu yang

mampu, penting dan berharga. Harga diri merupakan penilaian individu tentang dirinya yang diekspresikan melalui tingkah lakunya sehari-hari.

Gangguan konsep diri: harga diri rendah adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan atau diri (Carpenito, 2000). Harga diri rendah adalah evaluasi atau perasaan yang negatif terhadap diri dan kemampuan diri yang berkepanjangan (NANDA, 2005). Dapat disimpulkan bahwa harga diri rendah adalah cara individu memandang dirinya secara negatif dan menilai kemampuan dirinya dibawah kemampuan optimalnya yang kemudian akan muncul pikiran-pikiran negatif (*distortion cognitive*).

Harga diri rendah kronis, yaitu perasaan negatif terhadap diri yang telah berlangsung lama, perubahan komponen harga diri pada pasien GGK adalah harga diri rendah kronik. Hal ini dikarenakan pasien GGK mengalami 'kehilangan permanen' artinya kehilangan yang tidak akan bisa kembali lagi terhadap kemampuan fungsi ginjalnya yang mengakibatkan ia sering merasa lemah, tidak berdaya, tidak mampu dalam melakukan aktivitas yang berat dimana kondisi ini berlangsung lama, sehingga pasien sering menganggap dirinya tidak berharga dan menjadi beban untuk orang lain, mengalami depresi, dan kecemasan sosial serta disfungsi seksual (Cash & Grant dalam Thompson, 1996).

Berdasarkan uraian diatas, maka jelaslah bahwa perubahan kondisi fisik yang melemah yang dialami pasien GGK, program pengobatan dan keharusan menjalani terapi dialisis khususnya haemodialisa, serta prognosa penyakit GGK yang buruk, dapat membuat pasien menjadi lemah, tidak berdaya, merasa tidak berguna, tidak mampu melaksanakan tugas pekerjaannya dengan baik dan putus asa. Bila kondisi ini berlarut-larut tanpa adanya penanganan yang adekuat dapat mengakibatkan pasien akan mengalami kondisi harga diri rendah kronik yang akan memperburuk kondisi fisiknya (Suhud, 2005).

2.3.3 Penyebab Harga Diri Rendah

Faktor penyebab (*predisposisi*) terjadinya harga diri rendah antarlain faktor biologis, faktor psikologis dan faktor sosial budaya.

2.3.3.1 Faktor biologis

Faktor biologis yang dapat menyebabkan terjadinya harga diri rendah adalah riwayat genetik seperti kelainan/cacat fisik bawaan, dan sakit fisik, cedera yang dapat menyebabkan gangguan hormon dan keseimbangan neurotransmitter di otak. Jika cedera yang dialami sampai merusak bagian frontalis maka akan menimbulkan gangguan dalam kontrol fungsi bicara, proses berfikir dan ekspresi emosi (Towsend, 2003), kerusakan temporal menimbulkan gangguan pendengaran, keseimbangan, memori, dan respon emosi (Bayd dan Nihart, 1998), dan kerusakan sistem limbik menimbulkan gejala hambatan emosi dan gangguan kepribadian.

Faktor biologis biasanya karena ada kondisi sakit fisik yang dapat dipengaruhi kerja hormon secara umum, yang dapat pula berdampak pada keseimbangan neurotransmitter di otak, contoh kadar serotonin yang menurun dapat mengakibatkan klien mengalami depresi dan pada pasien depresi kecenderungan harga diri rendah kronis semakin besar karena klien lebih dikuasai oleh pikiran-pikiran negatif dan merasa tidak berdaya (Videbeck, Sheila L, 2001)

Kaplan dan Saddock (1996), Pasien GGK mengalami sakit fisik yang lama, selain mengkonsumsi obat-obatan yang lama juga kemungkinan dari faktor predisposisi terjadinya GGK dapat mengakibatkan kerusakan otak. Hal ini dikarenakan obat-obatan tertentu jika dikonsumsi terlalu lama juga akan merusak dan menggagu sel otak atau dari faktor predisposisi terjadinya GGK pernah dehidrasi lama, hal itu juga dapat merusak dan mengganggu

sel otak serta fungsinya termasuk neurotransmitter, serotonin yang akan menurun dan menimbulkan gangguan emosi, kognitif dan depresi.

2.3.3.2 Faktor psikologis

Faktor psikologis yang mempengaruhi harga diri, meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang memiliki tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis (Stuart & Sudeen, 2005). Tingkat harga diri seseorang dipengaruhi respon orang lain terhadap individu dan bagaimana individu mempersepsikan respon-respon tersebut (Townsend, 2003). Faktor psikologis yang dialami pasien GGK dengan hemodialisis dapat berupa berkurangnya harapan hidup, merasa tidak berguna, merasa menjadi beban keluarga, bergantung pada orang lain sehingga pasien dengan GGK yang menjalani hemodialisis menjadi pesimis, mudah putus asa, kurang percaya diri dan merasa rendah diri.

Berdasarkan faktor psikologis, harga diri rendah kronis sangat berhubungan dengan pola asuh dan kemampuan individu menjalankan peran dan fungsinya. Hal-hal yang dapat mengakibatkan individu mengalami harga diri rendah kronis meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, orang tua yang tidak percaya pada anak, tekanan teman sebaya, peran yang tidak sesuai dengan jenis kelamin dan peran dalam pekerjaan (Stuart dan Sundeen, 2005; Townsend, 2005).

2.3.3.3 Faktor Sosial Budaya

Secara sosial status ekonomi dapat mempengaruhi proses terjadinya harga diri rendah. Setiap individu dalam menjalani kehidupannya akan tumbuh dan berkembang di tiga tempat yaitu, di rumah (keluarga), di sekolah atau tempat kerja dan lingkungan masyarakat sosialnya (Hawari, 2001). Faktor sosial, status ekonomi

sangat mempengaruhi proses terjadinya proses harga diri rendah kronis, antara lain kemiskinan, tempat tinggal di daerah kumuh dan rawan, kultur sosial yang berubah misal ukuran keberhasilan individu. Faktor kultural tuntutan peran sesuai kebudayaan sering meningkatkan kejadian harga diri rendah kronis antara lain wanita sudah harus menikah jika umur mencapai duapuluh tahun, pria harus mampu menafkahi keluarga, perubahan kultur kearah gaya hidup individualisme. Akumulasi faktor predisposisi ini baru menimbulkan kasus harga diri rendah kronis setelah adanya faktor presipitasi (Stuart dan Sundeen, 2005; Townesnd, 2005)

Kondisi sosial dimasing-masing tempat akan berinteraksi satu dengan yang lainnya dan mempengaruhi tumbuh kembang tiap individu. Lingkungan keluarga sekolah atau tempat kerja dan pergaulan sosialnya kondusif (membuat pengaruh yang baik), maka perkembangan kepribadian individu kearah yang baik dan sehat. Sebaliknya jika lingkungan tersebut tidak kondusif maka akan beresiko terganggunya perkembangan kepribadian individu tersebut (Sarlito, S.W., 2002).

Tuntutan peran sesuai kebudayaan juga sering meningkatkan kejadian harga diri rendah kronis, harapan peran budaya, tekanan dari kelompok dan perubahan dalam struktur sosial merupakan faktor yang dapat mempengaruhi harga diri (Towsend, 2009).

Selama pasien GGK menjalani hemodialisis, maka ia akan merasa tidak mampu menentukan hidupnya sendiri atau merasa selalu bergantung dengan orang lain, merasa membebani keluarga, tidak mampu menjalankan pekerjaannya seperti semula, terganggu perannya di dalam keluarga dan di masyarakat. Hal itu yang dapat menimbulkan penilaian negatif pada dirinya yaitu tidak berguna, tidak mempunyai harapan dan tidak berharga (Kusnadi, 2003).

Data-data diatas menunjukkan adanya dampak yang begitu besar pada kasus harga diri rendah kronis sehingga diperlukan intervensi keperawatan secara holistik, komprehensif dan paripurna. Intervensi dapat berupa terapi keperawatan kepada individu, keluarga dan masyarakat, dan psikofarmaka jika diperlukan, sehingga lebih efektif dalam usaha pengembalian fungsi hidup klien sebagai anggota keluarga.

2.3.4 Faktor presipitasi

Faktor pencetus terjadinya harga diri rendah dapat disebabkan dari dalam diri sendiri ataupun dari luar, antara lain ketegangan peran, konflik peran, peran yang tidak jelas, peran berlebihan, perkembangan transisi, situasi transisi peran sehat sakit. Begitu juga dengan individu yang tidak pernah sakit tiba –tiba divonis GGK dan harus menjalani cuci darah seumur hidupnya terjadilah transisi peran sehat-sakit sehingga mengakibatkan gangguan pada seluruh peran dalam kehidupannya termasuk konsep dirinya pada akhirnya akan terjadi harga diri rendah (Cooper, 1991).

2.3.5 Tanda dan Gejala Harga Diri Rendah

Menurut NANDA (2005) tanda dan gejala yang dimunculkan sebagai perilaku telah dipertahankan dalam waktu yang lama dan terus menerus, mengekspresikan sikap malu atau minder, rasa bersalah, kontak mata kurang atau tidak ada, selalu mengatakan ketidak mampuan atau kesulitan untuk mencoba sesuatu, bergantung pada orang lain, tidak asertif, pasif dan hopiaktif, bimbang dan ragu-ragu serta menolak umpan balik positif dan membesarkan umpan balik negatif mengenai dirinya.

Mekanisme koping jangka pendek yang biasa dilakukan klien harga diri rendah adalah kegiatan yang dilakukan untuk ‘lari’ sementara dari krisis, misalnya pemakaian obat-obatan, kerja keras, nonton TV terus menerus, kegiatan mengganti identitas sementara, misalnya ikut kelompok sosial, keagamaan dan politik. Jika mekanisme koping

jangka pendek tidak memberi hasil yang diharapkan individu akan mengembangkan mekanisme koping jangka panjang, antara lain adalah menutup identitas, dimana klien terlalu cepat mengadopsi identitas yang disenangi dari orang-orang yang berarti tanpa negosiasi hasrat, atau potensi diri sendiri. Identitas negatif, dimana asumsi yang bertentangan dengan nilai dan harapan masyarakat. Sedangkan mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan adalah fantasi, regresi, disosiasi, isolasi, proyeksi, menghilangkan marah berbalik pada diri sendiri dan orang lain (Stuart & Laria, 2005).

Gejala psikis yang sering diperlihatkan oleh pasien harga diri rendah adalah, kehilangan rasa percaya diri. Penyebabnya, orang dengan harga diri rendah cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif, termasuk menilai diri sendiri. Perasaannya sensitif sekali, sehingga sering peristiwa yang netral jadi dipandang dari sudut pandang yang berbeda oleh mereka, bahkan disalahartikan. Akibatnya, mereka mudah tersinggung, mudah marah, perasa, curiga akan maksud orang lain (yang sebenarnya tidak ada apa-apa), mudah sedih, murung, dan lebih suka menyendiri. Merasa diri tidak berguna, perasaan tidak berguna ini muncul karena mereka merasa menjadi orang yang gagal. Perasaan bersalah terkadang timbul dalam pemikiran orang yang mengalami harga diri rendah, pasien memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu yang memalukan atau akibat dari kegagalan mereka melaksanakan tanggung jawab yang seharusnya dikerjakan, banyak pula yang merasa dirinya menjadi beban bagi orang lain dan menyalahkan diri mereka atas situasi tersebut (Stuart dan Laraia, 2005; Boyd dan Nihart 1998; Stuart dan Sundeen, 2005).

Problem sosial yang terjadi biasanya berkisar pada masalah interaksi dengan rekan kerja, atasan atau bawahan. Masalah ini tidak hanya berbentuk konflik, namun masalah lainnya juga seperti perasaan minder, malu, cemas jika berada di antara kelompok dan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara normal. Mereka merasa tidak mampu untuk bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun

ada kesempatan (Stuart dan Laraia, 2005; Boyd dan Nihart, 1998; stuart dan Sundeen, 2005).

Kedua gejala tersebut diatas dapat ditemui pada pasien GGK, gejala fisik, pasien akan menunjukkan perilaku cenderung diam, sulit tidur, hanya melakukan kegiatan ringan yang kurang melibatkan orang lain, dan kurang motivasi kerja karena kelemahan fisik yang dialami. Pada gejala psikis timbul perasaan negatif tentang dirinya yang lemah, tidak berdaya, cemas dan takut akan kematian yang akan dialaminya yang dapat mengakibatkan pasien merasa tidak percaya diri, merasa bersalah, merasa tidak berguna dan membebani orang lain, dan sensitif terhadap perlakuan orang lain. Sedangkan gejala sosial yang tampak adalah pasien lebih senang menyendiri, membatasi interaksi dengan orang lain dan mengurangi kegiatan yang melibatkan orang lain atau kegiatan dalam kelompok sosialnya (Amir, 2005).

2.3.6 Penatalaksanaan pasien GGK di unit hemodialisa dengan harga diri rendah

Seseorang jika dinyatakan GGK dan harus menjalani terapi hemodialisis selama sisa hidupnya, berdampak pada kondisi psikologisnya, namun hal ini kurang menjadi perhatian bagi para perawat maupun dokter. Snaith (2003) mengatakan bahwa pada umumnya, pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit hanya mendapatkan penanganan secara medis. Pengobatan dan perawatan yang dilakukan terfokus pada pemulihan kondisi fisik kurang memperhatikan kondisi psikologis pasien.

Menurut Snaith (2003), dokter menangani pasien dari segi fisik atau penyakitnya, umumnya hanya berkonsentrasi pada keluhan fisik yang dirasakan pasien, sedangkan kondisi psikologis yang merupakan reaksi dari adanya keluhan fisik yang dirasakan pasien sering kali tidak diperhatikan.

Pasien GGK dengan harga diri rendah biasanya mengalami *distortion cognitive*, yaitu kesalahan cara berpikir tentang diri sendiri, lingkungan dan masa depan, serta muncul pikiran –pikiran negatif, selain itu juga

mengalami perubahan perilaku anataralain; tidak mampu berhubungan sosial dengan orang lain dan lingkungannya, serta kurang peduli dengan masa depannya (Beck, 1976, dalam Stallard, 2002). Ironisnya pasien dengan harga diri rendah sering tidak mendapatkan perawatan yang tepat, walaupun mendapatkan perawatan, masih terbatas pada perawatan generalis karena tidak semua rumah sakit memiliki tenaga perawat spesialis. Kondisi tersebut patut disayangkan mengingat perawatan yang tepat akan mampu mengubah harga diri secara signifikan dari segi kognisi maupun perilakunya .

Terapi keperawatan yang diberikan pada klien dengan harga diri rendah meliputi tindakan untuk klien sendiri, keluarga dan lingkungan klien. Terapi yang diberikan yaitu terapi generalis meliputi terapi individu yaitu mengenal aspek positif dan melatih kemampuan yang masih ada (Stuart dan Laraia, 2005) dan Terapi aktivitas kelompok (TAK) (Keliat & Akemat, 2005). Kemudian dilanjutkan dengan terapi spesialis antara lain ; CT (*Cognitive Therapy*) atau CBT (*Cognitive Behavior Therapy*), untuk individu, *triangle terapi*, psikoedukasi untuk keluarga dan terapi aktivitas kelompok sosial dan logo terapi untuk terapi kelompok dan ACT (*Assertive Community Treatment*) untuk terapi masyarakat (stallard, 2002; Townsend, 2003; Rupke et. Al. 2006)

Clarke G , (1999) mengemukakan, harga diri rendah kronis merupakan gejala yang dominan pada kondisi klien dengan depresi, sehingga terapi kognitif sangat tepat dilakukan pada klien dengan harga diri rendah kronis. NANDA (2005) mengemukakan tanda dan gejala yang dimunculkan klien dengan hargadiri rendah krinis sebagai perilaku telah dipertahankan dalam waktu yang lama dan terus menerus, seperti ; mengekspresikan sikap malu/minder/rasa bersalah, kontak mata kurang/tidak ada, selalu mengatakan ketidak mampuan/kesulitan untuk mencoba sesuatu,bergantung pada orang lain, tidak asertif, pasif dan hopiaaktif, bimbang dan ragu-ragu serta menolak umpan balik positif dan membesarkan umpan balik negatif mengenai dirinya. Masalah tersebut maka *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) kiranya dapat menyelesaikan masalah tersebut.

2.4 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada pasien harga diri rendah dapat dimulai dari faktor biologis, faktor psikologis dan faktor sosial budaya. keterkaitan antara faktor predisposisi pada pasien GGK adalah sebagai berikut:

2.4.1 Faktor Biologis

Faktor biologis yang berperan sebagai faktor predisposisi terjadinya harga diri rendah pada individu dapat berupa riwayat genetik (keturunan) di dalam keluarga, seperti kelainan atau cacat fisik bawaan, ukuran tubuh, penampilan, dan sebagainya (Driever, 1976 dalam Townsend, 2005). Riwayat cedera/trauma yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak khususnya di daerah frontal, temporal dan limbic dapat menjadi faktor prediposisi terjadinya harga diri rendah, karena kerusakan lobus frontalis mengakibatkan gangguan dalam kontrol fungsi bicara, proses berfikir dan ekspresi emosi (Townsend, 2009), kerusakan daerah temporal mengakibatkan gangguan pendengaran, keseimbangan, memori dan secara tidak langsung juga pada respon emosi (Boyd & Nihart, 1998), dan kerusakan sistem limbik menimbulkan gejala hambatan emosi dan gangguan kepribadian (Kaplan & Saddock, 2004).

2.4.2 Faktor Psikologis

Faktor-faktor psikologis yang dapat mempengaruhi harga diri, meliputi penolakan orangtua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang memiliki tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis (Stuart, 2005).

2.4.3 Faktor Sosial Budaya

Faktor lingkungan sosial dan budaya juga memegang peranan dalam perkembangan harga diri seseorang. Individu yang mengalami harga diri rendah dipengaruhi karena ketidaksesuaian atau gangguan dalam penampilan peran, seperti tuntutan peran kerja, konflik peran, kondisi ekonomi dan sebagainya (Stuart & Sundeen, 2005). Harapan peran budaya, tekanan dari kelompok sebaya dan perubahan dalam struktur

sosial juga merupakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi harga diri (Townsend, 2005)

2.5 Faktor pencetus harga diri rendah pada pasien GGK

Faktor pencetus terjadinya harga diri rendah pada pasien GGK adalah karena ketegangan peran, yaitu transisi peran sehat sakit yang diakibatkan pergeseran dari keadaan sehat ke keadaan sakit yang dicetuskan oleh kehilangan fungsi bagian tubuh, prosedur medis dan keperawatan, sehingga pasien merasakan adanya 'kehilangan fungsi tubuh' khususnya fungsi organ ginjal (Stuart & Sundeen, 2005). Akibat dari transisi peran sehat sakit tersebut maka pasien GGK juga akan mengalami perasaan-perasaan seperti; hidup tidak berguna, hidup bergantung dengan orang lain, tidak mampu melakukan pekerjaan seperti semula, tidak mampu melakukan perannya dengan baik, merasa malu dengan keadaan dirinya.

2.6 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang ditujukan untuk mengatasi masalah atau diagnosa keperawatan. (Townsend, 2005). Pendekatan penyelesaian masalah harga diri rendah berupa meluaskan kesadaran diri, eksplorasi diri, evaluasi diri, perencanaan yang realistis dan komitmen terhadap tindakan (Stuart & Laraia, 2005).

Intervensi keperawatan generalis pada pasien harga diri rendah adalah : terapi individu yaitu dengan melaksanakan strategi pelaksanaan (SP) HDR dan Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) jika terapi generalis telah diberikan maka dapat dilanjutkan dengan terapi spesialis pada individu, kelompok, keluarga dan masyarakat (Boyd & Nihart, 1998). Intervensi keperawatan spesialis untuk Individu seperti *Cognitive Therapy* (CT), *Cognitive Behaviour Therapy* (CBT); Terapi Kelompok, seperti terapi Suportif dan terapi Logo (*Logotherapy*); Terapi Keluarga, berupa terapi Psikoedukasi Keluarga, *Triangle Therapy*; dan terapi Komunitas, berupa terapi Asertif Komunitas atau *Assertive Community Treatment* (ACT) (Stuart & Laraia, 2005; Feldman, 1989; Coper, 1991). Telah

diuraikan diatas ternyata banyak terapi yang dapat diberikan pada pasien dengan harga diri rendah, pada kesempatan ini peneliti akan menfokuskan satu terapi untuk pasien GGK yang dirawat di unit hemodialisa dan mengalami harga diri rendah akan diberikan terapi CBT.

Keunggulan dari CBT, terapi ini menggabungkan dua terapi yaitu *Cognitive therapy* (CT) dengan *Behavior therapy* (BT), kedua terapi ini dapat menjadi alat yang kuat untuk menghentikan pikiran –pikiran otomatis negatif dan perilaku destruktif sehingga pasien dapat berada pada arah hidup yang lebih memuaskan (Bush, 2005). Seperti penelitian yang dilakukan oleh sulistio (2006), tentang *Cognitive Behavior Therapy* untuk anak dengan konsep diri negatif hasilnya, CBT mempunyai pengaruh positif dalam meningkatkan konsep diri anak. Penelitian Sasmita (2007), tentang efektifitas CBT pada pasien harga diri rendah di RS MM Bogor, hasilnya menunjukkan kemampuan kognitif dan perilaku klien harga diri rendah meningkat secara bermakna sesudah diberikan terapi CBT.

2.7 Karakteristik Pasien GGK di Unit Hemodilaisa dengan Harga Diri Rendah

2.7.1 Usia

Stusrt dan Laraia (2005), usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan ketrampilan dalam mekanisme koping. Individu yang mampu memanfaatkan kemampuannya untuk menghadapi stressor dengan kematangan usianya cenderung memiliki peningkatan harga diri. Pada penelitian ini apakah usia berpengaruh terhadap perubahan harga diri pasien setelah intervensi CBT.

2.7.2 Jenis kelamin

Dari berbagai penelitian yang dilakukan diberbagai negara didapatkan kesimpulan yang sama yaitu wanita duakali memiliki resiko yang lebih besar dibandingkan dengan pria, prevalensi depresi pada wanita sebesar 25% sedangkan pria 12%, hal ini diduga wanita terdapat permasalahan

yang kompleks dan saling berhubungan seperti, faktor biologis, psikologis yang pada akhirnya dapat mempengaruhi harga dirinya. Pada penelitian apakah jenis kelamin berpengaruh terhadap perubahan harga diri pasien setelah intervensi CBT.

2.7.3 Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuannya dalam menerima informasi yang diberikan, penyelesaian masalah, perubahan perilaku dan gaya hidup. Pendidikan juga dapat di jadikan tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi secara efektif (Stuart dan Laraia, 2005). Seseorang dengan latar belakang pendidikan tinggi, biasanya ia memiliki tingkat kepercayaan diri dan harga diri yang tinggi pula sehingga ia akan lebih mudah dalam membina hubungan atau interaksi dengan orang lain. Pada penelitian ini apakah pendidikan berpengaruh terhadap perubahan harga diri pasien setelah melaksanakan terapi CBT.

2.7.4 Pekerjaan

Masalah pekerjaan menjadi sumber stress bagi kebanyakan orang, karena bila dalam lingkungan kerja tidak kondusif maka orang akan merasa tidak nyaman dalam bekerja, jika situasi ini berlangsung lama maka akan mengakibatkan terjadinya depresi, pekerjaan terlalu banyak, pekerjaan tidak cocok dengan kemampuannya, tidak bekerja/tidak mempunyai pekerjaan, semua ini merupakan faktor resiko terkadinya masalah psiko sosial. Pada penelitian ini apakah pekerjaan berpengaruh terhadap perubahan harga diri pasien setelah terapi CBT.

2.7.5 Status perkawinan

Status perkawinan dapat mempengaruhi perilaku seseorang baik positif maupun negatif. Individu yang tidak menikah atau mengalami perceraian termasuk kelompok risiko tinggi mengalami gangguan jiwa (Brunner, 1984). Pada penelitian ini apakah status perkawinan berpengaruh terhadap perubahan harag diri pasien setelah intervensi CBT.

2.7.6 Lama sakit

Ketika difonis GKG pasien akan mengalami ansietas untuk itu dibutuhkan kemampuan dalam menyeimbangkan diri dari berbagai keadaan yang disebabkan oleh penyakitnya tersebut, pada awalnya individu akan kesulitan menyesuaikan 'hidup baru' (cucidarah seumurhidupnya) ini sehingga potensial menimbulkan ansietas kronis, yang pada akhirnya dapat menyebabkan permasalahan lainnya seperti harga diri rendah (Anderson, 1988). Menurut Roos (1998), tahapan terakhir dari rasa kehilangan adalah *Acceptance*, artinya dengan berjalannya waktu maka mulai dapat menerima bahwa ia memang menderita penyakit kronis, dan mulai menata hidup selanjutnya. Pada penelitian ini apakah lama sakit berpengaruh terhadap perubahan harga diri pasien setelah melaksanakan terapi CBT.

2.6.7 Frekuensi terapi hemodialisis yang telah dijalani

Setiap individu dalam hidupnya diharapkan mampu untuk beradaptasi dengan dirinya sendiri dan dengan lingkungannya, dengan banyaknya jumlah atau frekuensi terapi hemodialisis maka sudah menjadi *habit*, sehingga diharapkan sudah lebih nyaman, walaupun ternyata tidak sesederhana itu, berbagai hal justru menyertai pasien setiap akan dilakukan dialisis, seperti masalah penyuntikan awal, penggunaan waktu, biaya, ketergantungan dengan mesin atau orang (Suhardjono, 2000). Pada penelitian ini apakah frekuensi terapi hemodialisis berpengaruh terhadap perubahan harga diri pasien setelah melaksanakan terapi CBT.

Pada penelitian ini peneliti mengadopsi model adaptasi Roy, model ini dipilih karena Roy memandang klien sebagai sistem adaptasi holistik, menurut Roy bahwa klien dengan lingkungannya saling mempengaruhi secara timbal balik.

Lingkungan adalah segala kondisi, situasi dan keadaan yang ada disekitar klien yang terdiri dari tiga sub sistem yaitu: Stimulus fokal, kontekstual dan residual. Lingkungan inilah yang akan mempengaruhi setiap proses kehidupan individu dalam pertumbuhan dan perkembangannya (Stuart & Laraia, 2005)

Stimulus fokal pada kasus ini adalah klien GGK dengan hemodialisis yang mengalami harga diri rendah. Adapun faktor penyebab terjadinya harga diri rendah antara lain faktor biologis ; kerusakan lobus frontal, kerusakan lobus temporal, kerusakan sistem limbic dan kerusakan neurotransmiter (Stuart dan Laraia, 2005; Townsend, 2005; Boyd dan Nihart, 1998). Faktor psikologis; perubahan fungsi peran, harapan untuk hidup semakin berkurang, ancaman kematian, merasa tidak berguna, membebani keluarga, dan merasa tidak berdaya (Levy, 1979; Feldman, 1989). Faktor sosial; kemiskinan, terisolasi dari lingkungan, interaksi kurang baik dalam keluarga (Stuart dan Sundeen, 2005). Faktor kultural; tuntutan peran, perubahan gaya hidup (Townsend, 2005).

Akibat dari berbagai faktor diatas adalah dari segi fisik; penurunan energi/lemah, penurunan libido, insomnia, penurunan nafsu makan. Kognitif; pasien menjadi bingung, penurunan memori, kurang perhatian, merasa putus asa, merasa tidak berdaya, merasa tidak berharga. Perilaku; aktivitas menurun, menarik diri dari lingkungan sosialnya, mudah menangis, merusak diri/ bunuh diri. Emosi; sedih, kesepian, merasa dikejar dosa, dan kurang motifasi, (Stuart dan Sundeen, 2005).

Stimulus kontekstualnya adalah karakteristik pasien seperti; umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit dan frekuensi terapi hemodialisa yang telah dijalani, yang memungkinkan menyebabkan distorsi kognitif (Stuart & Sundeen, 2005)

Stimulus residualnya meliputi nilai, keyakinan dan pandangan keluarga dan masyarakat terhadap GGK yang dilakukan hemodialisis. Pada penelitian ini tidak meneliti tentang residualnya karena terapi akan divokuskan pada individu yang terkait dengan kognitif dan perilakunya (Townsend, 2009).

Respon terhadap stimulus dikontrol oleh dua mekanisme koping yaitu regulator atau respon biologis tubuh, dan kognator atau persepsi, perilaku dan emosi. Respon regulator merupakan respon otomatis tubuh terhadap stimulus yang diamati yaitu modus fisiologis, respon kognator terdiri dari modus konsep diri,

fungsi peran dan interdependensi. Pada pasien GGK dengan hemodialisis yang mengalami harga diri rendah gangguan pada respon tersebut diatas menghasilkan respon yang *maladaptif*. Pemberian CBT pada proses yaitu pada kognator menghasilkan respon adaptif yaitu pikiran dan perilaku yang positif terhadap stimulus yang muncul (Stuart & Laraia, 2005).

Bentuk perilaku harga diri rendah pasien GGK dengan hemodialisis yang sesuai dengan bentuk perilaku harga diri rendah menurut Stuart & Laraia (2005) adalah perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, merasa bersalah, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktivitas, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, menarik diri secara sosial, ketegangan peran yang dirasakan, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain maupun diri sendiri, dan khawatir atau cemas dengan kondisi penyakit dan prognosa penyakitnya.

2.8 Konsep *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

2.8.1 pengertian

Stallard (2002), menyebutkan bahwa CBT adalah intervensi terapeutik yang bertujuan untuk mengurangi tingkah laku mengganggu dan maladaptif dengan mengembangkan proses kognitif. CBT didasarkan pada asumsi bahwa afek dan tingkah laku adalah produk dari kognisi oleh karena itu intervensi kognitif dan tingkah laku dapat membawa perubahan dalam pikiran, perasaan, dan tingkah laku.

Menurut Bush (2005) CBT adalah terapi yang menggabungkan dua jenis psikoterapi yang paling efektif, yaitu terapi kognitif dan perilaku. Terapi perilaku membantu melemahkan hubungan antara situasi menyulitkan dengan reaksi yang biasa ditampilkan. Reaksi seperti rasa takut, depresi atau marah, dan tingkah laku merusak diri. Terapi ini juga mengajarkan bagaimana menenangkan pikiran dan tubuh sehingga klien dapat merasa lebih baik, berfikir lebih jernih dan membuat keputusan yang lebih baik. Kesimpulannya bahwa terapi CBT dapat menjadi alat yang baik untuk merubah distorsi kognitif menjadi positif dan merubah

perilaku maladaptif menjadi efektif sehingga membuat hidup berada pada arah yang lebih memuaskan (Bush, 2005).

Stallard (2002) mengemukakan bahwa tujuan keseluruhan dari CBT adalah untuk meningkatkan kesadaran diri, memfasilitasi pemahaman diri yang lebih baik, dan untuk meningkatkan kontrol diri dengan mengembangkan ketrampilan kognitif dan perilaku yang tepat. CBT membantu untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran dan kepercayaan yang negatif, bias dan kritik diri. Keadaan/situasi ini yang sering terjadi pada pasien GJK yang dilakukan hemodialisis. Maka dari itu pada pasien dengan GJK yang dirawat di unit Hemodialisa sangat tepat diberikan terapi CBT.

Penelitian yang dilakukan Sasmita (2007) dengan menggunakan modifikasi antara CT dan BT atau yang dikenal dengan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) yang diberikan pada pasien Harga Diri Rendah di RSU Marzuki Mahdi, didapat hasil bahwa setelah dilakukan CBT kemampuan kognitif dan perilaku klien harga diri rendah meningkat secara bermakna.

Penelitian yang dilakukan oleh Kristyaningsih (2009) pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan harga diri rendah dan kondisi depresi pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta. Berdasarkan hasil uji statistik didapatkan hasil $\alpha 5\%$ ada perubahan yang bermakna (perubahan yang lebih baik) terhadap rata-rata tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GJK yang mendapatkan terapi kognitif ($p \text{ value} < \alpha 0,05$). Pasien GJK yang dirawat di unit hemodialisa dan mengalami harga diri rendah dilakukan Cognitive Therapy (CT) berhasil atau harga diri menjadi meningkat, maka peneliti mencoba menggabungkan CT dan BT menjadi CBT untuk pasien dengan GJK yang dirawat di unit hemodialisa rumah sakit Husada Jakarta.

2. 8. 2 Strategi pelaksanaan CBT

Strategi pelaksanaan CBT adalah sebagai berikut:

2.8.2.1 Persiapan

1). Melakukan seleksi pasien

Pasien yang dipilih adalah pasien dengan GJK yang dirawat di unit hemodialisa dan mengalami harga diri rendah.

2). Menyepakati pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)

dalam 5 sesi dimana jika dalam setiap sesi jika dirasakan belum berhasil diulang 2 kali dan dilaksanakan selang 2 hari sekali dalam waktu 4 minggu atau disesuaikan jadwal hemodialisisnya.

2.8.2.2 pelaksanaan

Sesi 1 : pengkajian

Mengungkapkan pengalaman/kejadian dari pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien yang berkaitan dengan stressor yaitu pengalaman atau kejadian harga diri rendah serta latihan satu pikiran otomatis negatif.

Sesi 2 : terapi kognitif

Menanyakan kembali pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional yang dilakukan pasien secara mandiri dan melatih untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

Sesi 3 : Terapi perilaku

Mengevaluasi pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis pertama dan kedua yang dilakukan pasien secara mandiri, mengidentifikasi perilaku negatif yang akan diubah, mengidentifikasi perilaku positif yang baru, menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul dan mendiskusikan konsekuensi positif atau konsekuensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan.

Sesi 4 : Evaluasi Terapi kognitif perilaku

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

Sesi 5 : Mencegah kekambuhan

Mengevaluasi pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan dengan cara mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dalam mengatasi masalah. (Erwina, Keliat, Helena, 2010)

2.8.2.3 Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi dan dokumentasi dilakukan dengan 2 cara :

1). Buku kerja

Buku kerja pasien merupakan buku yang berisikan seluruh catatan harian pasien, seluruh perasaan, perilaku dan pikiran otomatis negatif akibat harga diri rendah dan catatan tentang cara melawan pikiran otomatis negatif dan perilaku yang akan diubah. Buku kerja akan disimpan oleh pasien sendiri dan dibawa setiap akan mengikuti terapi. Penggunaan buku kerja tersebut pada awal sesi dilakukan setelah terapis mendiskusikan cara penggunaan buku dan setelah menggali dan membantu pasien mengungkapkan pikiran otomatis negatif.

2). Buku rapot pasien

Buku rapot pasien merupakan buku tentang dokumentasi evaluasi pelaksanaan CBT, pada pasien harga diri rendah yang dipegang oleh terapis. Buku ini berisi tentang kemampuan pasien melakukan sesi demi sesi dalam terapi kognitif perilaku (Kelompok kerja Magister keperawatan jiwa-UI, 2010).

2.8.3 Pedoman pelaksanaan

Seperti diuraikan dalam strategi pelaksanaan CBT diatas, dimana dalam penelitian ini peneliti akan memodifikasi CBT yang akan diberikan pada pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis. Dengan merujuk pada kelima sesi dalam CBT, peneliti menggabungkan sesi 1 – 2 menjadi 1 pertemuan yang dapat dilakukan berulang kali sampai seluruh pikiran otomatis pasien teratasi. Kemudian dilanjutkan dengan pertemuan untuk mendiskusikan manfaat dan hasil pelaksanaan terapi. Dan terakhir, adalah berdiskusi bersama keluarga untuk dapat mendukung pasien dalam melaksanakan terapi kognitif secara mandiri.

Modifikasi pelaksanaan CBT yang akan dilaksanakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut, **Sesi Pertama:** Identifikasi pikiran otomatis, yaitu dengan mengidentifikasi seluruh pikiran otomatis negatif, berdiskusi untuk 1 pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama dan membuat catatan harian. **Sesi Kedua:** Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif, yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri dalam sesi 1 (memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif 1), mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1. **Sesi Ketiga:** Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif), yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri sesi kedua di rumah, mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1 – 2, mengidentifikasi perilaku negatif yang akan dirubah, mengidentifikasi perilaku positif yang baru, menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul dan mendiskusikan konsekwensi positif atau konsekwensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan. **Sesi Keempat :** Evaluasi CT

dan BT, yaitu mengulang pengkajian tentang pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekuensi yang disepakati. **Dan sesi kelima** : mencegah kekambuhan, mengevaluasi pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan dan mempertahankan serta membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri, berkesinambungan dalam mengatasi masalah (Kelompok kerja Magister Keperawatan Jiwa- UI, 2010). Dilihat dalam modul pelaksanaan CBT pada pasien dengan harga diri rendah terlampir (Lampiran 6).



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

BAB ini diuraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberi arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

3.1 Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan landasan penelitian, yang disusun berdasarkan informasi dan konsep-konsep teori terkait. Kerangka teori ini disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori yang telah diuraikan pada Bab II. Kerangka teori dijelaskan dengan menggunakan model adaptasi Roy. Roy memandang klien sebagai sistem adaptasi holistik. Menurut Roy bahwa klien dengan lingkungannya saling mempengaruhi secara timbak balik.

Lingkungan adalah segala kondisi, situasi dan keadaan yang ada di sekitar klien yang terdiri dari tiga sub sistem yaitu: stimulus fokal, kontekstual dan residual. Lingkungan ini yang akan mempengaruhi setiap proses kehidupan individu dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

Stimulus fokal pada kasus ini adalah klien GGK dengan hemodialisis yang mengalami harga diri rendah. Adapun faktor penyebab terjadinya harga diri rendah antara lain faktor biologis: kerusakan lobus frontal, kerusakan lobus temporal, kerusakan sistem limbic dan kerusakan neurotransmitter (Stuart dan Laraia, 2005; Townsend, 2005; Boyd dan Nihart, 1998). Faktor psikologis; perubahan fungsi peran, harapan untuk hidup semakin berkurang, ancaman kematian, merasa tidak berguna, membebani keluarga, dan merasa tidak berdaya (Levy, 1979; Feldman, 1989). Faktor sosial; kemiskinan, terisolasi dari lingkungan, interaksi kurang baik dalam keluarga (Stuart dan Sundeen, 2005). Faktor kultural; tuntutan peran, perubahan gaya hidup (Townsend, 2005).

Akibat dari berbagai faktor diatas adalah dari segi fisik; penurunan energi, lemah, penurunan libido, insomnia, penurunan nafsu makan. Segi kognitif; pasien menjadi bingung, penurunan memori, kurang perhatian, merasa putus asa, merasa tidak berdaya, merasa tidak berharga. Dari segi perilaku; aktivitas menurun, menarik diri dari lingkungan sosialnya, mudah menangis, merusak diri, bunuh diri. Dari segi emosi; sedih, kesepian, merasa dikejar dosa, dan kurang motifasi, (Stuart dan Sundeen, 2005).

Stimulus kontekstual adalah karakteristik pasien seperti; umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit dan frekuensi terapi hemodialisa yang telah dijalani, yang memungkinkan menyebabkan distorsi kognitif (Stuart & Sundeen, 2005).

Stimulus residual meliputi nilai, keyakinan dan pandangan keluarga dan masyarakat terhadap GGK yang dilakukan hemodialisis. Pada penelitian ini stimulus residualnya tidak diteliti dikarenakan terapi akan divokuskan pada individu yang terkait dengan kognitif dan perilakunya. Hal ini mungkin menjadi rujukan untuk peneliti berikutnya (Townsend, 2005)

Respon terhadap stimulus dikontrol oleh dua mekanisme koping yaitu regulator atau respon biologis tubuh, dan kognator atau persepsi, perilaku dan emosi. Respon regulator merupakan respon otomatis tubuh terhadap stimulus yang diamati yaitu modus fisiologis, respon kognator terdiri dari modus konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Pada pasien GGK di unit hemodialisa dengan harga diri rendah gangguan pada respon tersebut diatas menghasilkan respon yang *maladaptif*. Pemberian CBT pada proses yaitu pada kognator ternyata dapat menghasilkan respon adaptif yaitu pikiran dan perilaku yang positif terhadap stimulus yang muncul. (Stuart & Laraia, 2005)

Bentuk perilaku harga diri rendah pasien GGK dengan hemodialisis yang sesuai dengan bentuk perilaku harga diri rendah menurut Stuart (2005) adalah perasaan tidak mampu, penolakan terhadap kemampuan personal, merasa bersalah, mengkritik diri sendiri, perasaan negatif mengenai tubuhnya sendiri, penurunan produktivitas, mudah tersinggung, gangguan dalam berhubungan, menarik diri secara sosial, ketegangan peran yang dirasakan, perilaku destruktif yang diarahkan

pada orang lain maupun diri sendiri, dan khawatir/cemas dengan kondisi penyakit dan prognosa penyakitnya. Adapun kerangka teori penelitian ini dapat dilihat dari bagan 3.1.



3.2 Kerangka Konsep Penelitian

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

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variabel bebas (Hidayat, 2007). Pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis beresiko terjadinya gangguan konsep diri dan memiliki diagnosa keperawatan harga diri rendah. Kelemahan fisik yang bersifat kronis akibat proses penyakit GGK dapat merupakan faktor penyebab terjadinya gangguan konsep diri dan merupakan faktor predisposisi secara biologis dan psikologis terjadinya masalah keperawatan harga diri rendah (Stuart, 2005).

Variabel independen merupakan variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel dependen (terikat) (Hidayat, 2007). Variabel independen dalam penelitian ini adalah CBT yang diberikan pada pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis karena CBT merupakan salah satu jenis psikoterapi yang menekankan dan meningkatkan kemampuan berfikir yang diinginkan (positif), dan perilakunya ke arah adaptif, sesuai konsep CBT yang dikembangkan oleh Stallard (2002), bahwa CBT adalah intervensi terapeutik yang bertujuan untuk mengurangi perilaku mengganggu dan maladaptif dengan mengembangkan proses kognitif. Sehingga pemberian terapi ini diharapkan terjadi peningkatan harga diri dan perubahan perilaku kearah adaptif pada pasien GGK yang menjalani haemodialisis.

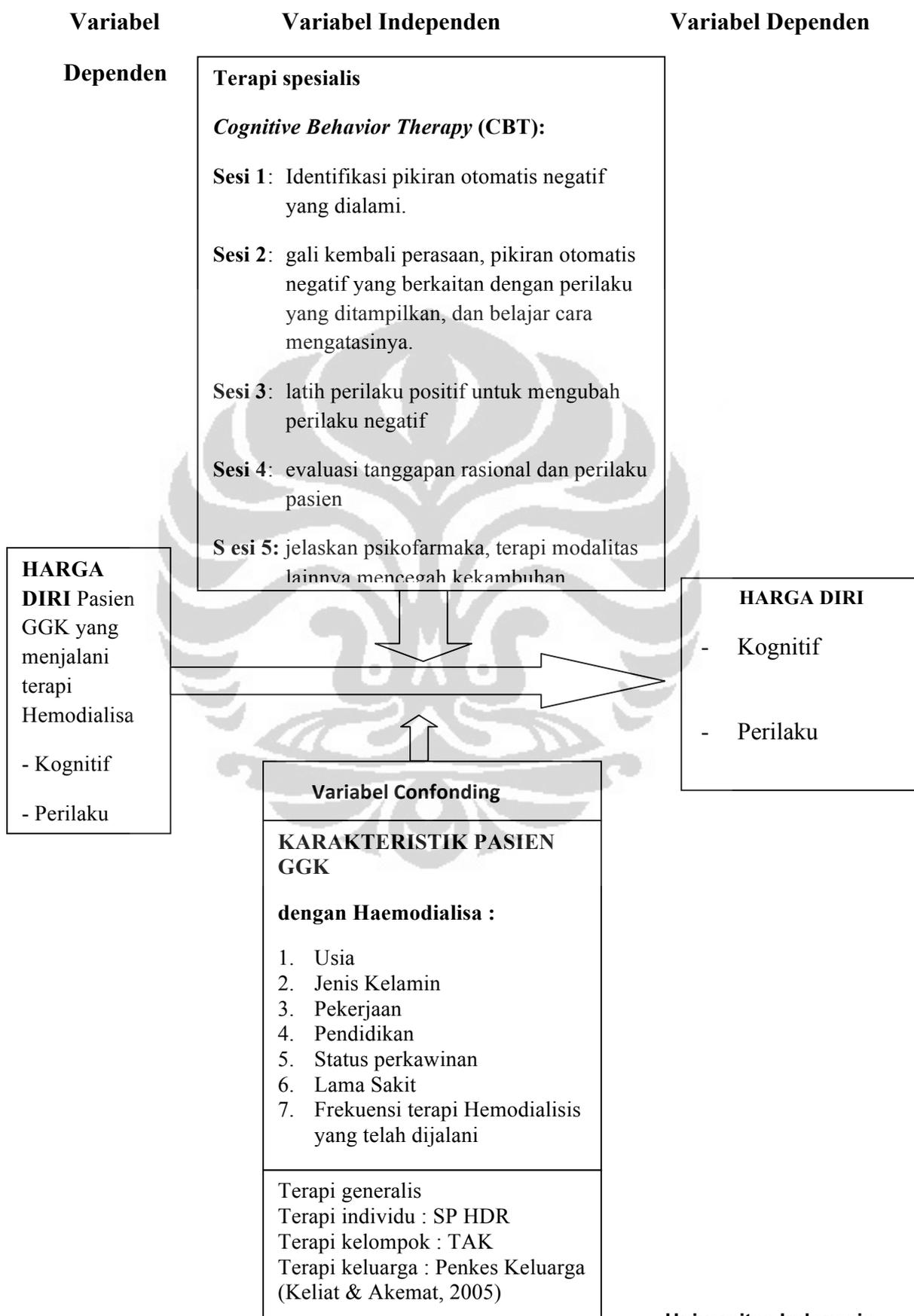
Variabel confounding merupakan karakteristik pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa yang dapat mempengaruhi penelitian ini. Beberapa faktor dalam karakteristik responden yang diduga dapat mempengaruhi variabel dependen dan variabel independen dalam penelitian ini, yaitu usia terkait adanya asumsi perubahan harga diri pada tingkatan usia tertentu; jenis kelamin terkait adanya asumsi perubahan harga diri lebih tinggi pada pria; pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan terkait faktor predisposisi psikologis harga diri rendah; lama sakit terkait dengan faktor predisposisi biologis terjadinya harga diri rendah; frekuensi terapi hemodialisa yang telah

dijalani terkait dengan faktor sosial ekonomi dan biologis penyebab faktor predisposisi biologis dan sosial budaya terjadinya harga diri rendah.

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



Bagan 3.2 Kerangka Konsep Penelitian



Hipotesis dapat diartikan sebagai suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 1998).

Uraian hipotesis alternatif dalam penelitian ini adalah:

- 3.3.1 Ada hubungan Karakteristik (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit dan frekuensi terapi hemodialisis yang telah dijalani) pada pasien GGK di unit hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta.
- 3.3.2 Adanya perubahan harga diri (kognitif) pasien antara sebelum dan sesudah dilakukan CBT di unit Hemodialisa RS Husada Jakarta.
- 3.3.3 Adanya perubahan harga diri (perilaku) pasien antara sebelum dan setelah mendapat CBT di unit Hemodialisa RS Husada Jakarta.

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 dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian yang dapat diuraikan seperti pada tabel 3.1

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

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
A. Variabel Counfonding (Karakteristik pasien GGK dengan Terapi Hemodialisa)					
1.	usia	Umur responden yang terhitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir	Satu item pertanyaan dalam kuesioner	Dinyatakan dalam tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Sesuai dengan ciri-ciri khas yang dimiliki sejak lahir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden	1. laki-laki 2. perempuan	Nominal
3	Pekerjaan	Segala usaha yang dilakukan untuk mendapatkan penghasilan/imbalan yang sesuai dengan usahanya.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. bekerja 2. tidak bekerja	Nominal
4	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah ditempuh berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan terakhir responden	1. SD : Sekolah Dasar 2. SMP : Sekolah Menengah Pertama 3. SMA/SMU : Sekolah Menengah Atas 4. S1, S2 : Sarjana	Ordinal
5	Status perkawinan	Ikatan yang sah antara pria dan wanita dalam menjalani kehidupan berumah tangga	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan pasien	1. kawin 2. tidak kawin/belum kawin	Nominal

6	Lama sakit	Jumlah tahun/bulan lama pasien mengalami sakit samapai dengan terakhir saat pengambilan data	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama sakit responden	Dinyatakan dalam bulan	Interval
7	Frekuensi terapi hemodialisa	Jumlah frekuensi responden telah menjalani terapi hemodialisis sampai dengan terakhir saat pengambilan data	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jumlah frekuensi terapi haemodialisis yang telah dijalani responden	Dinyatakan dalam satuan frekuensi (kali)	Interval

B. Variabel Dependen

8	Perubahan Harga Diri (kognitif).	Persepsi pasien terhadap dirinya sendiri dengan mengukur antara keadaan diri dengan ideal diri yang ditetapkan (apa yang dipikirkan sesuai dengan perilakunya)	20. pertanyaan dalam kuesioner B, yaitu tentang Skala disfungsi Harga diri dari segi kognitif dengan test skrening Beck, semua pertanyaan berbentuk skala likert, dengan rentang nilai 1-4. Berjumlah 20 pernyataan.	Seluruh jawaban responden dijumlahkan, sehingga hasil antara 20-80.	Interval
---	----------------------------------	--	--	---	----------

C. Variabel
Independen

Terapi CBT	Kegiatan terapi yang dilakukan dengan tujuan membantu pasien mengatasi pikiran otomatis tentang dirinya, merubah perilaku mal adaptif menjadi efektif. Terapi ini terdiri dari 5 sesi.	Buku catatan harian responden dan buku raport terhadap hasil evaluasi pelaksanaan CBT yang dipegang peneliti.	Dilihat adanya perubahan dari pretest dan post test	Nominal
------------	--	---	---	---------

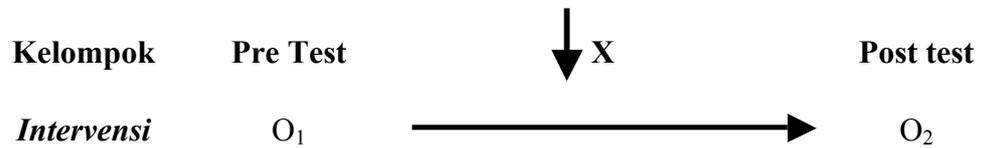
BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian quasi experimental menggunakan desain penelitian “*Quasi Experimental Pre-Post Test Without Control Group*” dengan intervensi *Cognitive Behavior Therapy* (CBT). Alasan mengapa tidak menggunakan kontrol adalah disamping pasien yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Husada tidak banyak hanya memiliki jumlah tempat tidur 15 (1 tempat tidur khusus pasien dengan HbSAg positif, satu tempat tidur untuk Vip, tiga belas tempat tidur untuk pasien umum) dari tigabelas tempat tidur itu tidak selalu penuh pada tiga bulan terakhir yaitu pada bulan Desember- Februari 2011 pasien tetap yang menjalani Hemodialisa sebanyak 58 orang, data terakhir pada bulan Mei 2011 sebanyak 50 orang yang memenuhi syarat sebagai sampel dan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini sebanyak 27 orang. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perubahan harga diri pasien sebelum dan sesudah diberikan perlakuan atau intervensi berupa pemberian terapi CBT. Penelitian ini untuk mengetahui perubahan harga diri pasien GGK yang menjalani terapi haemodialisa di unit Hemodialisa RS Husada Jakarta sebelum dan sesudah diberikan CBT. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismail (2008) yang menyatakan bahwa pada penelitian eksperimen, peneliti melakukan alokasi subyek yang diberikan perlakuan, dan mengukur hasil (efek) intervensinya. Adapun skema pelaksanaan tergambar dalam bagan berikut di bawah ini.

Bagan 4.1.
Rancangan Penelitian



Keterangan:

- X : Perlakuan (intervensi) CBT.
- O₁ : Tingkat harga diri pasien GGK yang menjalani hemodialisa sebelum mendapatkan perlakuan (intervensi) CBT.
- O₂ : Tingkat harga diri pasien GGK yang menjalani hemodialisa sesudah mendapatkan perlakuan (intervensi) CBT.
- O₂ - O₁ : Perubahan tingkat harga diri pasien GGK yang menjalani hemodialisa setelah dilakukan CBT.

4.2 Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan seluruh subyek atau obyek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti (Hidayat, 2007). Bukan hanya subyek atau obyek yang dipelajari saja, tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki subyek atau obyek tertentu. Populasi penelitian ini adalah pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis rutin di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta.

Menurut data dari bagian rekam medik RS Husada yang menjelaskan bahwa jumlah rata-rata pasien yang menjalani terapi haemodialisa di ruangan ini dalam kurun waktu 3 bulan terakhir (Desember 2010 – Februari 2011) berjumlah 58 pasien dengan umur termuda 28 tahun tertua

84 tahun dengan jumlah paling banyak menjalani hemodialisis 1.344 kali paling sedikit menjalani hemodialisis 6 kali. Seminggu 2-3 kali cuci darah (hemodialisis) proses cuci darah berlangsung selama 4-5 jam.

4. 2.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2002). Penelitian ini menggunakan total sampel yaitu semua pasien GGK yang tercatat sebagai pasien tetap yang menjalani terapi hemodialisis di ruang Hemodialisa RS Husada Jakarta, dan memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan, kriteria inklusi pada penelitian ini sebagai berikut :

1. Berusia 28 – 65 tahun
2. Bersedia jadi responden
3. Pasien memiliki diagnosa keperawatan utama harga diri rendah apa bila nilai kuesioner harga diri rata-rata ≤ 52 dari nilai optimal 80 (Kkristyaningsih, 2009)
4. Tidak mengalami penurunan kesadaran, komunikatif dan kooperatif
5. Kondisi umum dan tanda-tanda vital sebelum dan selama terapi hemodialisa menunjukkan kondisi yang relatif stabil terutama tekanan darah tidak turun drastis.
6. Pendidikan minimal SD bisa baca dan menulis
7. Dapat terapi generalis HDR

4. 3 Waktu dan Tempat Penelitian

Waktu penelitian direncanakan mulai dari bulan Maret sampai minggu terakhir Juni 2011, yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil serta penulisan laporan penelitian. Untuk melakukan pengambilan data dan intervensi yang direncanakan selama 6 minggu mulai minggu kedua April sampai minggu

keempat Mei 2011, terlaksana kegiatan Terapi CBT selama 6,5 minggu yaitu 2 hari *pre-test*, empat minggu intervensi CBT dan satu minggu untuk penutupan dan *post-test*. Penelitian terlaksana dari tanggal 20 Mei sampaidengan 21 Juni 2011.

Lokasi tempat penelitian adalah di ruang Hemodialisa RS Husada Jakarta. Alasan pemilihan tempat penelitian ini adalah jumlah pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa di RS Husada Jakarta cukup, mengingat RS Husada adalah salah satu rumah sakit rujukan untuk prosedur tindakan dialisa (hemodialisa) di wilayah Jakarta pusat bagian Barat, belum adanya pemberian asuhan keperawatan spesialis untuk mengatasi masalah psikososial di ruangan ini dan sikap terbuka dari wahana/lahan penelitian untuk menerima perubahan guna perbaikan kualitas pelayanan keperawatan khususnya di ruang Hemodialisa RS Husada Jakarta.

4.4 Etika Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan mempertimbangkan etika penelitian dan memberikan perlindungan terhadap responden yang menjadi subyek dalam penelitian ini. Tujuan dilakukan ini untuk mencegah timbulnya masalah etik yang dapat terjadi selama proses penelitian berlangsung. Penelitian ini menerapkan prinsip etika penelitian yaitu *beneficence*, prinsip menghargai martabat manusia dan prinsip keadilan (Hamid, 2007) .

4.4.1 Prinsip Etik Penelitian

Prinsip etik penelitian dalam *self determination, privacy and dignity, anonymity and confidentiality, fair treatment, serta protection from discomfort and harm.*

4.4.1.1 Self determination

Memberi kebebasan kepada responden untuk menentukan keikutsertaan berpartisipasi dalam penelitian setelah diberi

informasi secara jelas tentang penelitian. Peneliti menerapkan *self determination* dengan mempersilakan responden untuk membaca penjelasan penelitian dan lembar persetujuan. Informasi yang diberikan sebelum responden menandatangani lembar persetujuan adalah tujuan penelitian, manfaat penelitian, waktu yang diperlukan untuk penelitian, dan tidak ada pengaruhnya terhadap responden dan proses terapinya. Responden juga dijelaskan secara detail mengenai CBT dari pengertian, tujuan sampai manfaatnya. Dijelaskan pula bahwa data yang diberikan responden tidak disebarluaskan dan hanya dipergunakan dalam penelitian saja. Responden dijelaskan diberikan kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian dan tidak ada sanksi apapun. Responden yang bersedia untuk menjadi subyek penelitian, dipersilakan untuk menandatangani lembar persetujuan.

4.4.1.2. Anonymity and confidentiality

Responden tidak perlu menuliskan nama pada kuesioner yang diisi, kuesioner selanjutnya diberi kode responden yang diisi oleh peneliti sehingga informasi yang didapatkan hanya diketahui oleh peneliti untuk kepentingan penelitian yaitu untuk analisa data.

4.4.1.3. Privacy and dignity

Responden tetap dijaga privasinya dan kewibawaannya, dalam arti pada penelitian ini responden diharapkan tetap merasa nyaman dan merasa dihargai.

4.4.1.4 Fair treatment

Pemilihan responden yang tidak diskriminatif, tidak mengintimidasi jika responden tidak berkeinginan berpartisipasi dalam penelitian, mengikutsertakan semua data responden yang memenuhi kriteria inklusi dari pengolahan data hingga penyajian data.

4.4.1.5 *Protection from discomfort and harm*

Responden dijaga keamanan dan kenyamanannya selama penelitian berlangsung.

4.4.1.6 *Informed Consent*

Persetujuan menjadi responden dibuktikan dengan penandatanganan surat persetujuan seperti tercantum pada lampiran 2. Responden terlebih dahulu dijelaskan secara lengkap dan dengan bahasa yang mudah difahami oleh responden tentang tujuan, prosedur, manfaat dan jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan.

4.5 Alat Pengumpulan Data

4.5.1 Data Demografi Responden

Data demografi responden yang diperlukan dalam penelitian ini adalah beberapa pertanyaan yang berisi karakteristik responden. Pengambilan data ini menggunakan lembar kuesioner yang terdiri dari 9 pernyataan tentang data demografi responden yang meliputi nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit, dan frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani oleh pasien GGK yang mengalami HDR. (**instrumen A**)

4.6 Pengukuran Perubahan Harga Diri

Pengukuran terhadap perubahan harga diri pada penelitian ini diukur dari segi Kognitif dan perilakunya saja sesuai dengan tujuan dari terapi CBT. **Instrumen B** Untuk mengukur kognitif terkait harga diri sebanyak 20 pertanyaan. Kuesioner ini mengacu pada konsep teori harga diri yang dikemukakan Coopersmith (1993), Fahey at.al (2005), Harrill (edisi revisi 2008) mengenai respon kognitif pada individu dengan harga diri rendah, *self Esteem Inventory*, dengan alasan alat ukur tersebut dapat digunakan untuk semua umur. Pengukuran ini menggunakan skala likert (1-4), dengan

rentang nilai 20-80. Jika **tidak pernah** memikirkan diberi nilai 1, **jarang** memikirkan diberi nilai 2, **sering** memikirkan diberi nilai 3, **selalu** memikirkan dengan nilai 4 pada pertanyaan yang bersifat *favoureble*, dan sebaliknya pada pertanyaan yang *unfavoureble* Jika tidak pernah memikirkan diberi nilai 4, yang jarang memikirkan diberi nilai 3, sering memikirkan diberi nilai 2, dan selalu memikirkan diberi nilai 1. Pertanyaan *favoureble* terdiri dari 11 pernyataan yaitu no; 5 ,6 ,7, 8, 9, 12, 13, 15, 18, 19, 20, sedangkan pertanyaan *unfavoureble* terdiri dari 9 pernyataan yaitu no; 1, 2, 3, 4, 10, 11, 14, 16, 17. Responden akan mengisi instrumen ini dibantu oleh peneliti (Lampiran 5) .

Instrumen C, untuk mengukur perilaku yang berkaitan dengan harga diri sebanyak 15 pernyataan, instrumen ini masih mengacu pada konsep teori Stuart & Laraia (2005), mengenai respon perilaku pada individu dengan masalah harga diri rendah. Instrumen yang sesuai dengan konsep ini adalah instrumen yang dikembangkan oleh Coversmith (1993), Fahey at.al (2005), Harrill (edisi revisi 2008), *self Esteem Inventory*, dengan alasan alat ukur tersebut mengevaluasi perilaku yang berhubungan dengan harga diri, dan alat ukur tersebut dapat digunakan untuk semua umur. Pengukuran ini menggunakan skala likert (1-4) dengan rentang nilai 20 – 80. Jika **tidak pernah** melakukan diberi nilai 1, **jarang** melakukan diberi nilai 2, **sering** melakukan diberi nilai 3, dan **selalu** melakukan diberi nilai 4, pada pernyataan *favourable*. Sebaliknya pada pernyataan *unfavourable* Jika **tidak pernah** melakukan diberi nilai 4, **jarang** melakukan diberi nilai 3, **sering** melakukan diberi nilai 2, dan **selalu** melakukan diberi nilai 1. Pernyataan *favourable* terdiri dari 7 pernyataan yaitu no; 3, 4,8, 11, 12, 13, dan 20, pernyataan *unfavourable* terdiri dari 13 pernyataan yaitu no; 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Keberhasilan terapi CBT dapat di ukur selain dari kuesioner tersebut diatas juga dilihat dari kemampuan dan kemauan pasien mengisi buku raport yang dibawa oleh pasien, dan raport diisi dengan sejujurnya untuk pemantauan

pengisian raport bekerja sama dengan keluarga. Pada penelitian ini untuk pemantauan pengisian raport ternyata tidak cukup hanya melibatkan keluarganya saja tetapi peneliti juga melibatkan perawat di unit hemodialisa yang terlebih dahulu diajarkan cara pengisian raport pasien tersebut.

4.7 Uji Coba Instrumen Penelitian

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba ini di dilakukan di rumah sakit Husada di beberapa bangsal yang ada pasien GGK, jumlah responden yang awalnya hanya 10 orang , untuk menjawab 16 pernyataan kognitif dan 16 pernyataan perilaku, Setelah dilakukan pengolahan data ternyata hanya 7 pernyataan atau 45% yang nilai koefisien $r \geq 0,576$ untuk kognitifnya, dan 9 pernyataan atau 56% yang nilai koefisiennya $\geq 0,576$ maka untuk itu dilakukan perbaikan instrumen dengan memodifikasi jawaban dan dilakukan uji validitas ulang dengan menambah jumlah responden dan instrumen, responden menjadi 24 orang dengan jumlah item pernyataan instrumen kognitif 20 pernyataan dan perilaku 20 pernyataan. Pernyataan kognitif maupun perilaku yang nilai koefisien $r < 0,388$ dilakukan perbaikan instrumen dengan mengganti kalimat yang lebih dimengerti responden tanpa merubah makna yang dimaksud dalam kuesioner tersebut.

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

Uji validitas dan reabilitas dilaksanakan sebelum pelaksanaan penelitian yaitu pada minggu II April 2011 dengan memberikan kuesioner kepada responden. Tujuannya untuk mengukur apa yang memang sesungguhnya hendak diukur,

pada penelitian ini menggunakan uji korelasi Pearson Product moment. Hasil uji dikatakan valid jika nilai r hasil (kolom corrected item-total correlation) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2005).

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Instrumen yang reliabel adalah instrumen yang bila digunakan beberapa kali untuk mengukur obyek yang sama akan menghasilkan nilai yang sama. Hasil pengukuran konsisten dan bebas dari kesalahan. Instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas bila nilai *Cronbach's Coefficient-Alpha* besar dari nilai r -tabel. Setelah dilakukan uji coba instrumen harga diri dalam penelitian ini dinyatakan reliabel dengan nilai $\geq 0,679$. Hasil bisa dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Uji Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Harga Diri dari segi kognitif dan perilaku I dan II

No	Variabel	Jumlah responden	No sebelum diuji coba	No sesudah di uji coba	Validitas	Reliabilitas
1	Harga diri dari segi kognitif	10	1s/d 16	1 s/d 7	0, 576 sd 0,652	> 0, 396
2	Harga diri dari segi perilaku	10	1s/d 16	1s/d 9	0,576 sd 0,654	> 0, 248
3	Harga diri dari segi kog nitif	24	1 s/d 20	1s/d 20	0,388 sd 0,659	> 0,667
4	Harga diri dari segi perilaku	24	1 s/d 20	1 s/d 20	0,388 sd 0,630	> 0. 798

4.8. Tahap persiapan :

Langkah awal penelitian adalah mengurus surat yang menyatakan telah lulus uji etik untuk melakukan penelitian di rumah sakit Husada unit hemodialisa. Prasyarat uji etik tersebut wajib dilaksanakan oleh peneliti dikarenakan penelitian ini berhubungan dengan manusia sehingga diharapkan penelitian yang akan dilaksanakan nanti tidak melanggar kode etik dan hak-hak asasi manusia dan tidak merugikan bagi semua pihak. Setelah dinyatakan lulus dalam uji etik oleh institusi pendidikan tinggi yaitu fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, maka selanjutnya peneliti mengurus surat perizinan dari rumah sakit Husada Jakarta. Setelah mendapat izin peneliti mengidentifikasi pasien GJK yang dilakukan Hemodialisis dan memenuhi kriteria inklusi penelitian. Selanjutnya memberikan surat penjelasan penelitian pada bakal calon responden dan menjelaskan tujuan serta konsekuensi dari penelitian. Pasien diberi kesempatan untuk menanyakan hal-hal yang tidak dimengerti dan jika ada pertanyaan, peneliti menjelaskan. Langkah akhir dalam pengambilan responden, peneliti memberikan surat persetujuan menjadi responden atau *informed consent* kepada pasien. Kesediaan menjadi responden ditandai dengan penandatanganan surat persetujuan.

4.9 Proses Pelaksanaan Penelitian

Kegiatan penelitian berlangsung selama 6,5 minggu, yaitu pada minggu ke 3 bulan Mei 2011 sampai minggu ke empat dengan bulan Juni 2011. Persiapan penelitian dilakukan dengan proses perizinan melakukan penelitian di RS Husada Jakarta. Setelah itu dilaksanakan pertemuan dengan Kepala Bidang Keperawatan, Ketua Bidang Pendidikan dan Penelitian, dan Kepala Ruang Hemodialisa untuk memaparkan proposal penelitian, setelah itu peneliti diizinkan untuk melaksanakan penelitian di Ruang Hemodialisa RS Husada Jakarta.

Langkah selanjutnya adalah menentukan pasien GGK yang akan dijadikan responden. Dari 50 pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa, didapat 27 pasien yang memenuhi 4 kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya, yaitu berusia 18 – 65 tahun, tidak mengalami penurunan kesadaran, komunikatif dan kooperatif, kondisi umum dan tanda-tanda vital relatif stabil sebelum, selama dan sesudah terapi hemodialisa terutama tekanan darahnya tidak naik atau turun secara drastis, serta bersedia menjadi responden. Lembar kuesioner dibagikan ke 27 pasien tersebut peneliti lakukan sendiri sambil menjelaskan cara mengisi kuesioner tersebut, untuk mengumpulkan kembali setelah mengisi kuesioner dibantu oleh perawat ruangan. Setelah dihitung nilai awal pre testnya, ternyata semua pasien memenuhi kriteria inklusi, hanya saja nilai harga diri (kognitif) nilai rata-rata 56,85 (77%), artinya secara kognitif harga diri pasien sudah cukup tinggi, sesuai nilai yang ditetapkan oleh peneliti terdahulu Kristyaningsih (2009) bahwa rentang harga diri tinggi jika yang didapat nilai rata-rata $\geq 66\%$, harga diri sedang jika nilai rata-rata antara 50-65% dan harga diri rendah jika nilai rata-rata $< 50\%$. Harga diri responden dari (perilaku) nilai rata-rata 48,11 (60%) artinya harga diri (perilaku) pasien masuk pada rentang harga diri sedang. Harrill (2008) bahwa rentang harga diri (perilaku) diri dikatakan tinggi jika nilai rata-rata $\geq 75\%$ dinyatakan sedang jika nilai rata-rata $\geq 56\% \leq 74$ dinyatakan rendah jika nilai rata-rata $< 55\%$ sehingga perlu diberikan terapi yang efektif dan profesional untuk meningkatkan harga diri pasien sehingga dapat mencapai harga diri yang tinggi yaitu optimal 80.

Selama proses penelitian tidak ada yang mengundurkan diri atau *drop out* sehingga sampai minggu keempat jumlah responden tetap 27 orang. Pemilihan seluruh responden tersebut telah sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan sebelumnya. Responden merupakan pasien pelanggan di ruang Hemodialisa RS Husada Jakarta.

Upaya meningkatkan harga diri rendah pada pasien GGK, peneliti melakukan intervensi keperawatan generalis berupa asuhan keperawatan harga diri rendah

yang dibantu oleh perawat Hemodialisa sesuai dengan (SAK) dan intervensi keperawatan spesialis, yaitu terapi CBT peneliti laksanakan sendiri. Sebelum intervensi keperawatan tersebut dilaksanakan, peneliti menjelaskan tentang pelaksanaan kegiatan penelitian (*Informed Consent*) dimulai dengan membina hubungan percaya perawat (peneliti) dengan pasien (responden), melakukan kontrak kegiatan, menjelaskan tujuan terapi.

Pemberian terapi CBT terdiri dari 5 sesi yang seharusnya dilaksanakan dalam 5 kali pertemuan yang disesuaikan dengan jadwal hemodialisa responden, dapat berlangsung sesuai dengan rencana awal. Hal ini dikarenakan adanya kerjasama dan semangat responden dalam mengikuti tiap sesi dalam terapi, Waktu pelaksanaan terapi CBT setiap pertemuan dibuat berdasarkan kesepakatan antara peneliti dengan responden yang pada perencanaan awal disepakati 2 jam setelah penusukan/ pelaksanaan dialisa, namun dalam pelaksanaannya disesuaikan dengan kesiapan pasien dan pengaturan waktu yang ada. Hal ini dikarenakan keterbatasan tenaga, selain masalah tersebut juga terkait dengan kondisi responden sebelum hemodialisa dengan jumlah cairan tubuh yang berlebihan dan harus ditarik ke mesin hemodialisa serta berbagai faktor keterbatasan fisik akibat dari GGK.

Setelah sesi kelima dilaksanakan, maka dilanjutkan dengan kegiatan post test kegiatan penelitian diakhiri setelah peneliti melakukan terminasi akhir. Selama melakukan penelitian, peneliti tidak mendapatkan respon yang negatif dari seluruh rekan profesi yang berdinasi di ruang hemodialisa. Kepala Bidang Keperawatan maupun Kepala Pendidikan dan Pelatihan juga mendukung peneliti selama penelitian berlangsung, terbukti dalam setiap usulan yang peneliti usulkan untuk perbaikan pelayanan segera direspon dengan baik, kemudian dikoordinasikan dengan para pelaksana. Sebagai contoh hampir semua pasien yang sedang dilakukan hemodialisa membutuhkan siraman rohani, maka pada minggu berikutnya pelayanan kerohanian sudah dilaksanakan.

Tahap intervensi CBT dapat dilihat pada bagan 4.1 dan 4.2



4.10 Tahap Post Tes

Setelah proses intervensi CBT diberikan pada responden, maka peneliti melakukan kegiatan post tes dengan memberikan kembali kuesioner pada responden untuk diisi kembali.

4.11 Teknik Pengolahan dan Analisa Data

4.11.1 Editing Data

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

4.11.2 Coding Data

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan (Hastono, 2007). Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data.

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

4.11.3 Entry Data

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

4.11.4 Cleaning Data

Cleaning data adalah suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat memasukkan data ke komputer. Pengecekan kembali terhadap kemungkinan adanya data yang invalid, sehingga data yang salah diperbaiki dan kemudian dianalisis.

4.11.5 Analisis Data

4.11.5.1 Analisis Univariat

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

Karakteristik responden harga diri rendah diukur secara kategorik : jenskelamin, pekerjaan, pendidikan, dan status perkawinan, yang di ukur secara numerik : usia, lama sakit, dan frekwensi terapi hemodialisis.

Variabel harga diri dari segi kognitif diukur secara numerik
Variabel harga diri darai segi perilaku diukur secara numerik
Penyajian data masing-masing variabel dalam bentuk tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

4.11.5. 2 Analisis Bivariat

Analisis Bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan yang signifikan antara beberapa variabel, atau bisa juga untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (Hastono, 2007). Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk analisis data didasarkan pada skala data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Hasan, 2004). Analisis univariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian.

Variabel *confounding* yaitu karakteristik responden meliputi variabel usia, lama sakit, dan frekuensi terapi hemodialisa yang telah dijalani.

Peneliti juga menganalisis hubungan variabel *confounding* dengan variabel dependen, yaitu karakteristik usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit, dan frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani. Hubungan karakteristik pasien menurut usia, lama sakit, frekuensi terapi haemodialisa yang telah dijalani terhadap tingkat harga diri setelah dilakukan pemberian atau intervensi CBT, dianalisis dengan menggunakan uji *Korelasi Regresi sederhana*. maka dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.2
Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh *Cognitif Behaviour Therapy*
terhadap Perubahan Harga Diri Pasien GGK
di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta Tahun 2011

No	Variabel Karakteristik Responden	Pengaruh terhadap harga diri (Interval)	Cara analisis
1	Usia (data interval)	Data interval	<i>Regresi linier ganda</i>
2	Jenis Kelamin (data nominal)	Data interval	<i>Independent T test</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Data interval	<i>Post Hoc Test</i>
4	Pekerjaan (data nominal)	Data interval	<i>Independent T test</i>
5	Status Perkawinan (data nominal)	Data interval	<i>Independent T tes</i>
6	Lama sakit (data Ratio)	Data interval	<i>Regresi</i>
7	Frekuensi terapi hemodialisa yang telah dijalani (data numerik)	Data interval	<i>Anova</i>
Analisis variabel harga diri pasien			
No	Sebelum intervensi	Setelah intervensi	Cara analisis
1	Harga diri pasien GGK dengan hemodialisa sebelum dilakukan intervensi (data interval).	Harga diri pasien GGK dengan hemodialisa setelah dilakukan intervensi (data interval).	<i>Paired T-test</i>

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* terhadap perubahan tingkat harga diri pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) di Ruang Hemodialisa RS Husada Jakarta yang dilaksanakan pada tanggal 20 Mei sampai dengan tanggal 22 Juni 2011. Jumlah responden sebanyak 27 orang pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa rutin di RS Husada Jakarta. Responden dilakukan pre test dan post test yang hasilnya dibandingkan. Uraian hasil penelitian ini terdiri dari tiga bagian, yaitu:

5.1 Karakteristik pasien GGK yang mengalami Harga Diri Rendah

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

5.1.1 Karakteristik pasien GGK yang menjalani terapi Hemodialisa di RS Husada Jakarta.

Pada bagian ini akan dijelaskan analisa karakteristik pasien GGK yang dibagi menurut jenis datanya, yaitu data numerik dan data katagorik. Data numerik terdiri dari usia, lama sakit dan frekuensi terapi hemodialisa yang telah dijalani. Sedangkan data katagorik terdiri dari jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan.

Karakteristik usia, lama sakit, dan frekuensi hemodialisa pasien GGK merupakan variabel numerik sehingga dianalisis dengan menggunakan *sentral tendensi* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai

minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%) dan hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1.
Analisis Usia, Lama Sakit, Frekuensi Haemodialisa Pasien GGK
(N = 27)

Variabel	Mean	Median	SD	Min-Mak	95% CI
Usia(dalamTahun)	46,22	47	10,101	28-65	42,23-50,22
Lama sakit (dalam bulan)	25,85	16	33,870	1-168	12,45- 39,25
Frekuensi HD	206,78	126	271,163	6-1344	99,51- 341,05

Analisis hasil dari usia pasien (responden), rata-rata berumur 46 tahun masuk pada kategori dewasa tua yang seharusnya masih pada rentang umur produktif. Lama sakit dalam bulan dari hasil analisis rata-rata dirawat 25,85 bulan namun sebenarnya ada perbedaan waktu yang sangat ekstrem yaitu ada yang dirawat baru 1 bulan tetapi ada yang dirawat sudah 168 bulan. Frekuensi tindakan hemodialisa yang sudah dijalani responden rata-rata 206,78 kali pada frekuensi tindakan hemodialisa inipun terdapat perbedaan yang sangat ekstrem yaitu ada yang baru 6 kali menjalani hemodialisa ada yang sudah 1.344 kali.

5.1.2. Karakteristik responden berdasarkan Jenis kelamin, Pekerjaan, tingkat pendidikan, dan status perkawinan

Karakteristik responden menurut tingkat pendidikan, jenis kelamin status perkawinan adalah data kategorik yang diuji dengan menggunakan distribusi frekuensi, hasil dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2.
Distribusi Pasien GGK menurut jenis kelamin, Pekerjaan, Pendidikan, Status dan Perkawinan Tahun 2011
(N = 27)

Variabel	(n = 27)	
	n	%
1. Jenis Kelamin Pasien GGK		
a. Laki-laki	14	51,8
b. Perempuan	13	48
2. Pekerjaan Pasien GGK		
a. Bekerja	15	55,5 %
b. Tidak bekerja	12	44,4 %
3. Pendidikan Pasien GGK		
a. Pendidikan dasar (SD)	4	14,8%
b. Pendidikan menengah pertama (SMP)	6	22,2 %
c. Pendidikan Menengah Atas (SMA)	15	55,5%
d. Perguruan tinggi (PT)	2	7,4%.
4. Status Perkawinan Pasien GGK		
a. Kawin	22	81,5 %
b. Tidak Kawin	5	18,5 %

Berdasarkan hasil analisis terhadap karakteristik jenis kelamin ternyata jenis kelamin responden cukup seimbang antara laki-laki dan perempuan. Hasil analisis terhadap pekerjaan responden ternyata yang bekerja lebih banyak dibandingkan yang tidak bekerja namun perbandingan antara yang bekerja dan yang tidak bekerja hanya 6 % artinya masih banyak juga yang tidak bekerja. Hasil analisis karakteristik pendidikan pasien GGK yang menjalani Hemodialisa di RS husada paling banyak berpendidikan menengah atas dan terbanyak warganegara Indonesia keturunan China. Hasil analisis dari status perkawinan, responden lebih banyak yang menikah dibandingkan yang tidak menikah.

5.1.3. Harga Diri Pasien GGK.

Pada bagian ini akan dijelaskan distribusi tingkat harga diri pasien GGK dalam menjalani terapi Hemodialisis di ruang Hemodialisa RS Husada Jakarta sebelum dilakukan terapi *CBT*. Hasil analisis pasien GGK *sebelum* terapi *CBT* diberikan dapat dijelaskan sebagai berikut:

Distribusi karakteristik tingkat harga diri pasien GGK *sebelum* dilakukan terapi *CBT* hasil analisis disajikan pada tabel 5.3.

Tabel 5.3.
Tingkat harga diri aspek kognitif pasien GGK sebelum dan sesudah dilakukan Terapi *CBT* di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta Tahun 2011 (N = 27)

Karakteristik	Mean	SD	SE	Min – Max	95% CI	P value
Tingkat Harga Diri aspek kognitif (pretest)	56,85	5,524	1,063	47-67	54,67	0,000
Tingkat Harga Diri aspek kognitif (post test)	66,22	7,683	1,479	49-76	63,18	

Hasil analisis tingkat harga diri dari aspek kognitif pasien GGK yang menjalani hemodialisa di RS Husada sebelum dilakukan intervensi pada tabel 5.3. Standar nilai harga diri yang telah ditentukan peneliti sebelumnya (Kristyaningsih, 2009) bahwa untuk harga diri (kognitif) tinggi jika nilai rata-rata lebih dari atau sama dengan 66 % yaitu $\geq 52,8$, sedangkan harga diri sedang jika nilai rata-rata $50-65\%$ yaitu $\geq 40 \leq 52$, sedangkan nilai $\leq 50\%$ masuk pada rentang nilai harga diri rendah dari nilai optimal 80. Standar nilai harga diri (perilaku) Harrill (2008), harga diri tinggi jika nilai rata-rata $\geq 75\%$, harga diri sedang jika nilai rata-rata $\geq 60 \leq 74$ dan dinyatakan rendah jika nilai rata-rata $< 59\%$. Pada penelitian ini hasil analisis harga diri (kognitif) responden berada pada rentang tinggi sedangkan harga diri (perilaku) berada pada rentang rendah. Pada penelitian ini analisis harga diri pasien GGK di Unit

Hemodialisa RS Husada dari aspek kognitif meningkat secara bermakna setelah diberikan terapi CBT.

Tabel 5.4.
Tingkat Harga diri aspek perilaku pasien GGK sebelum dan sesudah dilakukan Terapi CBT di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta Tahun 2011 (N = 27)

Karakteristik	Mean	SD	SE	Min – Max	95% CI	P value
Tingkat Harga Diri aspek perilaku (pretest)	48,11	3,203	0,616	41-53	46,84	
Tingkat Harga Diri aspek perilaku (post test)	66,30	7,849	1,510	48-74	63,19	0,000

Pada penelitian ini hasil analisis harga diri (perilaku) sebelum terapi CBT responden berada pada rentang sedang, analisis harga diri pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada dari aspek perilaku meningkat secara signifikan setelah diberikan terapi CBT.

5.2 Hubungan karakteristik dengan Tingkat Harga Diri Pasien GGK di Unit Hemodialisa

Hubungan karakteristik usia dengan tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK dilakukan untuk mengidentifikasi adanya hubungan terhadap tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK setelah Terapi CBT diberikan. dianalisis menggunakan uji Anova dan Independen T-test dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5.
Hubungan Tingkat Harga Diri terhadap usia
Pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta, Tahun 2011
(N=27)

Karakteristik Pasien GGK	Tingkat Harga Diri			
	r	R ²	t	P value
1. Usia dengan harga diri dari segi kognitif	0,329	0,108	-1,741	0,094
2. Usia dengan harga diri dari segi perilaku	0,375	0,141	-2,025	0,054

Hasil dari analisis hubungan usia dengan harga diri (kognitif), ternyata usia tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kognitif pasien, hal ini karena usia pasien masuk dalam rentang usia dewasa sampai dewasa lanjut, hasil dari analisis hubungan usia dengan harga diri (perilaku), ternyata usia tidak berpengaruh secara signifikan terhadap harga diri pasien dari segi perilaku setelah diberikan terapi *CBT*.

Hubungan karakteristik jenis kelamin dengan tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK dilakukan untuk mengidentifikasi adanya hubungan terhadap tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK setelah Terapi *CBT* diberikan. dianalisis menggunakan uji Anova dan Independen T-test dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6.
Hubungan Tingkat Harga Diri terhadap jenis kelamin
Pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta, Tahun 2011
(N=27)

Karakteristik Pasien GGK	Tingkat Harga Diri			
	Mean D	SED	t	P value
1. Jenis kelamin dengan harga diri dari segi kognitif	-0,313	3,017	-0,104	0,425
2. Jenis kelamin dengan harga diri dari segi perilaku	0,126	3,083	0,041	0,560

Hasil analisis hubungan antara harga diri (kognitif) dengan jenis kelamin pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan intervensi CBT ternyata tidak ada hubungan yang signifikan, hasil analisis hubungan antara harga diri (perilaku) dengan jenis kelamin pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan terapi CBT tidak ada hubungan yang signifikan.

Hubungan karakteristik pendidikan dengan tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK dilakukan untuk mengidentifikasi adanya hubungan terhadap tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK setelah Terapi CBT diberikan. dianalisis menggunakan uji Anova dan Post hoc test dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7.
Hubungan Tingkat Harga Diri terhadap tingkat pendidikan
Pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta, Tahun 2011
(N=27)

Variabel	Tingkat Harga Diri			
	Mean	SD	F	P value
1. Tingkat pendidikan dengan harga diri dari segi kognitif	66,22	7,683	2,376	0,096
2. Tingkat pendidikan dengan harga diri dari segi perilaku	66,30	7,849	1,111	0,365

Hasil analisis hubungan antara harga diri (kognitif) dengan tingkat pendidikan pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan intervensi CBT tidak ada hubungan yang signifikan, hasil analisa hubungan antara harga diri (perilaku) dengan tingkat pendidikan pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan intervensi CBT tidak ada hubungan yang signifikan.

Hubungan karakteristik pekerjaan dengan tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK dilakukan untuk mengidentifikasi adanya hubungan terhadap tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK setelah Terapi CBT diberikan. dianalisis menggunakan uji Anova dan Independen T-test dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8.
 Hubungan **Tingkat Harga Diri** terhadap **pekerjaan**
 Pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta, Tahun 2011
 (N=27)

Variabel	Tingkat Harga Diri			
	Mean D	SED	t	P value
1. Pekerjaan dengan harga diri dari segi kognitif	-2,050	3,007	-0,682	0,452
2. Pekerjaan dengan harga diri dari segi perilaku	1,117	3,092	0,361	0,933

Hasil analisis hubungan antara harga diri (kognitif) dengan pekerjaan pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan intervensi CBT tidak ada hubungan yang signifikan, hasil analisis hubungan antara harga diri (perilaku) dengan pekerjaan pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan intervensi tidak ada hubungan yang signifikan.

Hubungan karakteristik perkawinan dengan tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK dilakukan untuk mengidentifikasi adanya hubungan terhadap tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK setelah Terapi CBT diberikan. dianalisis menggunakan uji Anova dan Independen T-test dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9.
 Hubungan **Tingkat Harga Diri** terhadap **perkawinan**
 Pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta, Tahun 2011
 (N=27)

Variabel	Tingkat Harga Diri			
	Mean D	SED	t	P value
1. Perkawinan dengan harga diri dari segi kognitif	-1,255	3,874	-0,324	0,713
2. Perkawinan dengan harga diri dari segi perilaku	2,336	3,938	0,593	0,838

Hasil analisis hubungan antara harga diri (kognitif) dengan perkawinan pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan intervensi CBT tidak ada hubungan yang signifikan, hasil analisis hubungan antara harga diri (perilaku) dengan perkawinan pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan intervensi CBT tidak ada hubungan yang signifikan

Hubungan karakteristik lama sakit dengan tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK dilakukan untuk mengidentifikasi adanya hubungan terhadap tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK setelah Terapi CBT diberikan. dianalisis menggunakan uji Anova dan Independen T-test dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10.
Hubungan Tingkat Harga Diri terhadap lama sakit
Pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta, Tahun 2011
(N=27)

Variabel	Tingkat Harga Diri			
	r	R ²	t	P value
1. lama sakit dengan harga diri dari segi kognitif	0,274	0,075	1,422	0,167
2. lama sakit dengan harga diri dari segi perilaku	0,226	0,051	1,160	0,257

Hasil analisis hubungan antara harga diri (kognitif) dengan lama sakit pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan intervensi CBT tidak ada hubungan yang signifikan, hasil analisis hubungan antara harga diri (perilaku) dengan lama sakit pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan intervensi CBT tidak ada hubungan yang signifikan.

Hubungan karakteristik frekuensi hemodialisa dengan tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK dilakukan untuk mengidentifikasi adanya hubungan terhadap tingkat harga diri dari segi kognitif dan perilaku pasien GGK setelah Terapi CBT diberikan. dianalisis menggunakan uji Anova dan Independen T-test dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11.
Hubungan Tingkat Harga Diri terhadap frekuensi hemodialisa
Pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta, Tahun 2011
(N=27)

Variabel	Tingkat Harga Diri			
	r	R ²	t	P value
1. Frekuensi hemodialisis dengan harga diri dari segi kognitif	0,270	0,073	1,404	0,173
2. Frekuensi hemodialisa dengan harga diri dari segi perilaku	0,228	0,052	1,173	0,252

Hasil analisis hubungan antara harga diri (kognitif) dengan frekuensi hemodialisis pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan intervensi CBT tidak ada hubungan yang signifikan, hasil analisis hubungan antara harga diri (perilaku) dengan frekuensi hemodialisis pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada setelah diberikan terapi CBT tidak ada hubungan yang signifikan.

Analisis terakhir adalah analisis pengaruh terapi CBT terhadap peningkatan harga diri pasien GGK di hemodialisa RS Husada Jakarta, yang dibandingkan dari perubahan harga diri sebelum diberikan intervensi dan setelah diberikan intervensi CBT ditunjukkan pada tabel 5.12 dan tabel 5.13

Tabel 5.12.
Pengaruh terapi CBT terhadap Harga diri dari segi kognitif
Pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta, Tahun 2011
(N=27)

Terapi CBT	Tingkat Harga Diri Aspek Kognitif			
	Mean	SD	95% CID	P value
Sebelum terapi	56,85	5,524	54,67-59,04	0,000
Setelah terapi	66,22	7,683	63,18-69,26	

Hasil uji statistik pada tabel 5.12. menunjukkan bahwa tingkat harga diri (kognitif) pasien GGK setelah mendapatkan terapi *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) meningkat secara bermakna.

Tabel 5.13.
Pengaruh terapi Cognitive Behaviour Therapy terhadap Harga diri dari segi perilaku
Pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta, Tahun 2011
(N=27)

Terapi CBT	Tingkat Harga Diri Aspek Perilaku			
	Mean	SD	95% CID	P value
Sebelum terapi	48,11	5,524	46,84-49,38	0,000
Setelah terapi	66,30	7,849	63,19-69,40	

Hasil uji statistik pada tabel 5.13. menunjukkan bahwa tingkat harga diri (perilaku) pasien GGK setelah mendapatkan terapi *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) meningkat secara bermakna.



BAB 6

PEMBAHASAN

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

Penelitian ini bertujuan untuk merubah harga diri pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) di Ruang Hemodialisa RS Husada Jakarta dengan pemberian *Kognitive Behavior Therapy (CBT)*. *Kognitive Behavior Therapy (CBT)* terdiri dari 5 sesi yang dilakukan rata-rata dalam 7-8 kali pertemuan artinya dalam satu sesi bisa dilakukan sekali pertemuan atau dua kali pertemuan rata-rata 7 kali pertemuan.

Kelemahan fisik yang kronik dialami pasien GGK, sesuai teori bahwa jika urium yang tinggi sampai mempengaruhi kerja *lobus frontalis*, sedangkan lobus ini terlibat dalam 2 fungsi serebral utama yaitu kontrol motorik gerakan volunter termasuk fungsi bicara, fungsi pikir dan kontrol berbagai emosi (Townsend, 2005). Maka kerusakan pada lobus frontal ini akan menyebabkan gangguan berfikir, gangguan berbicara dan tidak mampu mengontrol emosi sehingga kognitif pasien negatif tentang diri, orang lain dan lingkungan. Kenyataan di lapangan tidak demikian dengan GGK ternyata tidak mengakibatkan gangguan harga diri pasien dari segi kognitifnya, hal ini sangat dimungkinkan pasien mampu menjaga kadar urium selama tidak cuci darah atau bisa juga karena suasana unit hemodialisa di RS husada yang sangat familier sehingga pasien yang menjalani hemodialisa mudah beradaptasi dengan lingkungan yang damai dan nyaman sehingga tidak mengganggu harga diri pasien dari segi kognitifnya, terbukti dari hasil pretest untuk harga diri dari pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada rata-rata nilainya adalah 56,85 atau diatas 70% dari nilai optimalnya 80, artinya nilai harga diri dari segi kognitif pasien sudah pada batas harga diri tinggi namun masih jauh dari nilai optimalnya. Masih perlu

ditingkatkan lagi supaya mencapai nilai optimal. Berhubung pasien dengan penyakit kronis seperti pasien GGK perasaannya sangat fluktuatif, hal ini suatu saat dapat mempengaruhi kognitifnya. Nilai harga diri pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada Jakarta dari segi perilaku masuk pada rentang sedang yaitu nilai rata-rata 48,11. Artinya masih dibutuhkan penanganan yang serius dari tenaga perawat yang profesional sehingga pasien dapat memiliki konsep diri yang positif dan harga diri yang tinggi dari segi kognitif maupun perilaku. Upaya meningkatkan harga diri dari segi kognitif dan perilaku maka diperlukan intervensi yang tepat seperti CBT.

6.1. Tingkat Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Dari Segi Kognitif

Tingkat Harga Diri Dari Segi Kognitif Pasien GGK sebelum Terapi CBT

Hasil analisis terhadap tingkat harga diri dari segi kognitif rata-rata pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada sebelum dilakukan terapi CBT menunjukkan *tingkat harga diri sedang ke ambang tinggi* karena memiliki nilai rata-rata 56,85 yang mana nilai yang ditentukan oleh peneliti sebelumnya (Kristyaningsih, 2009) bahwa harga diri (kognitif) dinyatakan tinggi bila responden memiliki nilai $\geq 66\%$, harga diri sedang jika nilai $\geq 50\% \leq 65\%$ dan harga diri rendah jika nilai $< 50\%$, artinya jika dilihat dari hasil pretest nilai harga diri dari segi kognitif responden rata-rata sudah berada pada rentang harga diri tinggi namun masih jauh dari nilai optimalnya yaitu 80. Pada keadaan ini tugas perawat dalam hal ini peneliti adalah meningkatkan harga diri pasien dari segi kognitif sampai pada nilai optimalnya 80, yaitu diberikan terapi kognitif.

6.2 Tingkat Harga diri Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) Dari Segi Perilaku

Tingkat Harga Diri Dari Segi perilaku Pasien GGK sebelum Terapi CBT

Menurut (March J & Sadock, 2000), individu akan bertindak, sebelumnya didahului adanya proses berfikir, sehingga apabila ingin mengubah perilaku yang tidak adaptif, terlebih dahulu harus memahami aspek-aspek yang berada dalam pengalaman kognitif dan usaha untuk membangun perilaku adaptif melalui pembelajaran ketrampilan-ketrampilan yang terdapat pada terapi kognitif perilaku (CBT). Ternyata tidak begitu pengalaman di lapangan khususnya keperawatan, hasil analisis terhadap tingkat harga diri dari segi

perilaku rata-rata pasien GGK di unit Hemodialisa RS Husada sebelum dilakukan terapi CBT menunjukkan *tingkat harga diri sedang* karena memiliki nilai rata-rata 48,11 nilai yang ditetapkan oleh Harrill (2008) harga diri (perilaku) dinyatakan tinggi jika memiliki nilai rata-rata $\geq 75\%$ harga diri sedang jika nilai rata-rata $\geq 60\% \leq 74\%$ dan harga diri rendah jika nilai rata-rata $< 59\%$. Artinya harga diri (perilaku) responden berada pada rentang harga diri sedang namun sangat jauh dari nilai optimalnya yaitu 80. Ada ketidaksesuaian antara kognitif dan perilaku khususnya pada pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada bahwa kognitifnya bagus ternyata perilakunya kurang bagus. Hal ini terjadi dimungkinkan karena individu yang mengalami GGK merasa kurang mampu menjalankan perannya, terganggu ideal dirinya, merasa tidak berdaya, terganggu citra tubuhnya, malu dengan keadaannya, tegang, takut, bingung dan merasa tidak pasti (Suyono, 2004). Situasi inilah yang dapat memungkinkan pasien GGK mengalami perubahan perilaku.

Selama pasien GGK menjalani hemodialisis, maka ia akan merasa tidak mampu menentukan hidupnya sendiri atau merasa selalu bergantung dengan orang lain, merasa membebani keluarga, tidak mampu menjalankan pekerjaannya seperti semula, terganggu perannya di dalam keluarga dan di masyarakat. Hal itu yang dapat menimbulkan penilaian negatif pada dirinya yaitu tidak berguna, tidak mempunyai harapan dan tidak berharga (Kusnadi, 2003). Pasien GGK di unit Hemodialisa RS Husada ternyata mempunyai nilai harga diri dari segi kognitif rata-rata tinggi, artinya secara kognitif mereka tidak terganggu walaupun hidup dalam ketergantungan dengan alat atau mesin maupun orang lain.

Faktor pencetus terjadinya harga diri rendah dapat disebabkan dari dalam diri sendiri ataupun dari luar diri, antara lain ketegangan peran, konflik peran, peran yang tidak jelas, peran berlebihan, perkembangan transisi, situasi transisi peran sehat sakit. Begitu juga dengan individu yang tidak pernah sakit tiba-tiba divonis GGK dan harus menjalani cuci darah seumur hidupnya terjadilah transisi peran sehat-sakit sehingga mengakibatkan gangguan pada seluruh peran dalam kehidupannya termasuk konsep dirinya pada akhirnya akan terjadi harga diri rendah (Huffman, 2000). Kondisi ini dirasakan hampir semua pasien yang baru diberitahukan bahwa dirinya mengalami GGK, sebagai contoh

peneliti pada akhir intervensi menemukan 2 pasien yang baru pertama kali menjalani terapi Hemodialisis dan keduanya dinyatakan GGK, 1 pasien seorang nenek berumur 71 tahun menyatakan pasrah dengan cuci darah yang dijalani, karena ± sudah sebulan merasa mual tidak hilang-hilang, pusing, lemas dan cepat lelah. Tetapi 1 pasien lagi seorang pria berumur 51 tahun masih sangat depresi sulit untuk komunikasi mata jarang dibuka seperti tidur tapi tidak tidur, belum tergali harga dirinya, namun peneliti tetap mendekati dan memberikan intervensi generalis dengan melibatkan istrinya akhirnya pasien mulai dapat menerima keadaannya.

Kemudian ada pengalaman dari istri responden yang mengatakan bahwa sudah hampir satu tahun menderita gastritis kronis dan lebih kurang tiga bulan terakhir sebelum peneliti mengadakan penelitian sering tidak bisa tidur dan mengkonsumsi obat tidur, setelah mengikuti suaminya melakukan terapi CBT di rumah, sekarang sudah tidak mengkonsumsi obat tidur lagi dan lambungnya sudah mulai nyaman.

Mekanisme koping jangka pendek yang biasa dilakukan klien harga diri rendah adalah kegiatan yang dilakukan untuk 'lari' sementara dari krisis, misalnya pemakaian obat-obatan, kerja keras, nonton TV terus menerus, kegiatan mengganti identitas sementara, misalnya ikut kelompok sosial, keagamaan dan politik. Jika mekanisme koping jangka pendek tidak memberi hasil yang diharapkan individu akan mengembangkan mekanisme koping jangka panjang, antara lain adalah menutup identitas, dimana klien terlalu cepat mengadopsi identitas yang disenangi dari orang-orang yang berarti tanpa negandakan hasrat, atau potensi diri sendiri. Identitas negatif, dimana asumsi yang bertentangan dengan nilai dan harapan masyarakat. Sedangkan mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan adalah fantasi, regresi, disosiasi, isolasi, proyeksi, menghilangkan marah berbalik pada diri sendiri dan orang lain (Stuart & Laria, 2005). Sebagian besar teori ini benar pasien GGK di unit Hemodialisa RS Husada, sesuai hasil analisis harga diri dari segi perilaku berada pada nilai rata-rata sedang, artinya dari segi perilaku ada perubahan akibat dari penyakit yang dideritanya yaitu nilai rata-rata 48,11 sebelum intervensi dari nilai optimalnya 80. Harga diri dari segi kognitif berada pada

ambang harga diri tinggi yaitu nilai rata-rata 56,85 sebelum intervensi dari nilai optimalnya 80.

Gejala psikis yang sering diperlihatkan oleh pasien harga diri rendah adalah, kehilangan rasa percaya diri. Penyebabnya, orang dengan harga diri rendah cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif, termasuk menilai diri sendiri. Perasaannya sensitif sekali, sehingga sering peristiwa yang sederhana jadi dipandang dari sudut pandang yang berbeda oleh mereka, bahkan disalahartikan. Akibatnya, mereka mudah tersinggung, mudah marah, perasa, curiga akan maksud orang lain (yang sebenarnya tidak ada apa-apa), mudah sedih, murung, dan lebih suka menyendiri. Merasa diri tidak berguna, perasaan tidak berguna ini muncul karena mereka merasa menjadi orang yang gagal. Perasaan bersalah terkadang timbul dalam pemikiran orang yang mengalami harga diri rendah, pasien memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu yang memalukan atau akibat dari kegagalan mereka melaksanakan tanggung jawab yang seharusnya dikerjakan. Banyak pula yang merasa dirinya menjadi beban bagi orang lain dan menyalahkan diri mereka atas situasi tersebut (Stuart dan Laraia, 2005; Boyd dan Nihart 1998; stuart dan Sundeen,2005). Secara garis besar benar hampir semua pasien merasakan situasi tersebut diatas dialami oleh pasien pada awal-awal terapi Hemodialisis namun dengan berjalannya waktu mereka menjadi terbiasa dan akhirnya dirasakan sebagai peristiwa yang biasa saja dari sebagian besar responden mengatakan sudah sangat 'bersahabat' dengan sisa fungsi ginjalnya yang minimal tersebut.

Problem sosial yang terjadi biasanya berkisar pada masalah interaksi dengan rekan kerja, atasan atau bawahan. Masalah ini tidak hanya berbentuk konflik, namun masalah lainnya seperti perasaan minder, malu, cemas jika berada di antara kelompok dan merasa tidak nyaman untuk berkomunikasi secara normal. Mereka merasa tidak mampu untuk bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun ada kesempatan (Stuart dan Laraia, 2005; Boyd dan Nihart 1998; stuart dan Sundeen,2005). Situasi ini sampai saat ini masih dirasakan pada sebagian besar responden yang bekerja sebagai karyawan ada perasaan takut tidak

diterima dalam lingkungan bekerjanya, takut tidak mampu menjalankan tugasnya secara baik begitu juga pada pasien yang bekerja sebagai pedagang mereka merasa tidak 'seleluasa' dan 'seyakin' sebelum sakit, karena dirasakan sering sulit konsentrasi, cepat lelah atau kurang bertenaga.

Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa pasien GGK yang menjalani hemodialisa sangat berisiko mengalami harga diri rendah, terkait dengan faktor-faktor yang mendukung terjadinya perilaku harga diri rendah, mekanisme koping yang digunakan dan sumber koping yang dimiliki pasien GGK. Sehubungan dengan sumber koping yang dimiliki pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa, sebaiknya perawat mengkaji aspek ini dengan seksama, karena dengan keterbatasan fisik yang dialami sering pasien GGK tidak menyadari adanya sumber koping baik dalam dirinya sendiri maupun dari orang lain seperti keluarga, teman dan kerabat yang merupakan *support system* bagi pasien. Didukung dari hasil analisis terhadap tingkat harga diri pasien GGK sebelum dilakukan terapi CBT tingkat harga diri secara kognitif nilai rata-rata berada pada ambang tinggi yaitu 56,85 dari nilai optimalnya 80 artinya masih jauh dari nilai optimalnya, sedangkan nilai harga diri dari segi perilakunya sebelum dilakukan terapi CBT yaitu nilai rata-ratanya 48,11 dari nilai optimal 80, karena sudah masuk pada rentang sedang, maka pasien dengan GGK jika tidak diberikan intervensi yang tepat atau tindakan keperawatan yang tepat kemungkinan harga diri baik secara kognitif maupun perilaku akan terus menurun dan bisa menjadi harga diri rendah kronis.

Pasien GGK karena pengaruh penyakitnya cenderung mengalami distress emosional, biasanya diinterpretasikan melalui pengalamannya dalam bentuk disfungsi dan distorsi kognitif yang beresiko terjadinya kesalahan dalam berfikir yang pada akhirnya akan mempengaruhi perilakunya (Clarke, 1999). Gangguan fungsi kognitif yang berakibat pada perubahan perilaku yang dialami pasien GGK dipengaruhi beberapa hal seperti, ketidakmampuan dalam mengambil keputusan, keharusan menjalani diet, dan pengaruh terapi medis, maka dibutuhkan suatu terapi dalam mengatasi masalah gangguan kognitif dan perilaku ini (Riselligia C., 2007).

Pasien GGK yang mengalami harga diri rendah, jika dibiarkan akan berlanjut menjadi kronis dan jika tidak diberikan intervensi keperawatan yang memadai dapat menimbulkan masalah keperawatan yang lain seperti, ketidak berdayaan, keputusasaan, dan mungkin sampai pada masalah risiko perilaku bunuh diri. Selama berlangsungnya penelitian ini dari salah satu responden juga melakukan percobaan bunuh diri dengan minum racun serangga namun bisa tertolong setelah dilakukan kumbah lambung dan hemodialisis, pada waktu kejadian responden sudah mendapatkan terapi CBT sesi 2 yaitu, belajar cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang berkaitan dengan perilaku yang ditampilkan, setelah peneliti lakukan pengakaji ulang ternyata responden sudah berupaya sekuat tenaga untuk mengatasi pikiran otomatis negatifnya, tetapi tidak mampu karena kompleksnya masalah yang dihadapi bukan saja karena Hemodialisisnya, tetapi lebih pada tidak adanya pendukung yang adekuat. Semua kondisi di atas akan memperburuk kondisi kesehatan jiwa pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis di unit hemodialisa RS Husada Jakarta. Untuk itu dibutuhkan asuhan keperawatan yang profesional dan spesialis yang lebih tepat yaitu *CBT, psiko edukasi keluarga, triangle therapy*.

6.4. Perubahan Tingkat Harga Diri Pasien GGK setelah mendapatkan Terapi CBT

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa setelah mendapatkan terapi *CBT* menunjukkan adanya peningkatan harga diri dari segi kognitif maupun perilaku yang bermakna antara sebelum mendapatkan terapi *CBT* dan setelah mendapatkan terapi *CBT* yaitu nilai harga diri secara kognitif nilai rata-rata sebelum intervensi 56,85 setelah intervensi 66,22 dan nilai harga diri secara perilaku sebelum intervensi rata-rata 48,11 setelah intervensi 66,30 nilai optimalnya 80. Terapi *CBT* yang terdiri dari 5 sesi pertemuan ini diberikan kepada 27 responden selama penelitian di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta. Nilai akhir tingkat harga diri pasien sudah dalam katagori harga diri tinggi hal ini menunjukkan hasil yang memuaskan, yaitu peningkatan tingkat harga diri baik dari segi kognitif maupun perilaku.

Kristyaningsih (2009) dalam penelitiannya yang berjudul 'Pengaruh Terapi Kognitif terhadap harga diri rendah dan kondisi depresi pasien GGK di ruang Hemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta ', bahwa sebelum dilakukan terapi kognitif rata-rata nilai harga diri responden adalah 28,82 dari nilai optimal 54, yang artinya bahwa tingkat harga diri responden berada pada kondisi harga diri sedang. Setelah dilakukan tindakan terapi kognitif diperoleh nilai rata-rata harga diri responden menjadi 32,86 dengan nilai optimal 54, yang artinya responden masih berada pada rentang harga diri sedang tetapi tampak ada peningkatan harga diri responden, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan harga diri antara sebelum dan sesudah terapi kognitif. Atau dapat disimpulkan bahwa dari 100 % responden mengalami harga diri sedang sebelum dilakukan terapi kognitif dan setelah dilakukan terapi kognitif terjadi peningkatan harga diri walaupun masih berada pada rentang harga diri sedang. Hal ini menunjukkan bahwa terapi kognitif bermanfaat pada pasien dengan gangguan kesehatan fisik yang mengalami harga diri rendah dan akan lebih sempurna jika ditambahkan dengan terapi perilaku karena dengan kognitif yang negatif akan mempengaruhi perilaku kearah yang maladaptif, untuk itu maka CBT cocok diberikan pada pasien gangguan fisik yang mengalami harga diri rendah.

Harga diri rendah adalah kemampuan penilaian terhadap perasaan diri dan kemampuan diri secara negatif yang berkepanjangan (NANDA, 2005). Pasien GGK yang mengalami kelemahan fisik kronis perlu mendapatkan intervensi yang dapat mengubah cara berfikir pasien yang negatif untuk menjadi lebih positif perilaku yang maladaptif menjadi adaptif, yaitu dengan pemberian terapi CBT. Pasien GGK yang mengalami kelemahan fisik yang bersifat kronis akan menginterpretasikan pengalaman hidupnya dalam kehidupannya sehari-hari, dan menentukan bagaimana perasaannya dari hari ke hari. Pasien GGK akan berusaha untuk beradaptasi terhadap penyakit kronisnya pada beberapa pasien menciptakan istilah baru yaitu 'bersahabat' dengan keterbatasan fungsi ginjalnya serta untuk menjalani terapi hemodialisis (Suryadinata, 2005)

CBT adalah suatu bentuk psikoterapi yang dapat melatih pasien untuk mengubah pikiran otomatis negatif dan cara memandang segala sesuatu pada saat ia mengalami perasaan kecewa, sehingga ia merasa lebih baik dan dapat bertindak lebih produktif. Pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis memiliki perasaan malu,

minder, putus asa dan tak berdaya akibat kelemahan fisik yang membuatnya tergantung terhadap mesin dialisa ini. Permasalahan lebih kompleks terjadi karena masalah finansial dan prognosa yang buruk dari penyakit GGK yang dapat berujung pada kematian membuat kondisi keputus asa dan harga diri rendah pasien GGK menjadi bertambah buruk dan kronis. Hal ini pula yang menyebabkan pasien GGK selalu memiliki pikiran-pikiran negatif tentang diri, berperilaku maladaptif takut akan kemampuan diri dan masa depannya. Pemberian terapi *CBT* diharapkan dapat merubah pikiran-pikiran negatif pada pasien GGK menjadi pikiran yang lebih positif dan perilaku yang maladaptif menjadi efektif sesuai dengan kemampuan yang masih dimiliki saat ini, sehingga pasien GGK walaupun hidup bergantung dengan mesin tetapi tetap dapat menjalani sisa hidupnya dengan lebih produktif dan berkualitas (Kusnadi, 2003.; Bond F.w & Dryden, 2002.; Bwown, 2003).

Hasil penelitian pengaruh terapi *CBT* pada pasien GGK di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta, menunjukkan adanya peningkatan harga diri pasien baik dari aspek kognitif maupun perilakunya antara sebelum dilakukan terapi dan setelah dilakukan terapi. Hal tersebut menunjukkan bahwa tingkat harga diri pasien GGK di Unit Hemodialisa dapat meningkat melalui pemberian terapi *CBT*.

Menurut hasil penelitian yang dilakukan Sasmita (2007), tentang *Cognitive Behavior Therapy* (*CBT*) yang diberikan pada pasien Harga Diri Rendah di RSU Marzuki Mahdi, didapatkan bahwa terapi ini memberikan peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor secara bermakna pada pasien dengan harga diri rendah kronis. Dapat disimpulkan bahwa untuk menyelesaikan atau mengatasi kondisi harga diri rendah kronik pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa juga dapat diberikan intervensi keperawatan spesialistik seperti *CBT*.

Meskipun kondisi akhir pada responden belum mencapai nilai maksimal yaitu 80, namun sudah menunjukkan hasil yang cukup bermakna dalam mengatasi harga diri rendah pasien GGK baik secara kognitif maupun perilaku. Dapat peneliti asumsikan bahwa harga diri pasien GGK yang menjalani hemodialisis akan dapat terus meningkat jika terapi *CBT* yang telah diajarkan kepada mereka, dapat dilakukan terus menerus oleh pasien secara mandiri di rumah.

Stallard (2002), menyebutkan bahwa CBT adalah intervensi terapeutik yang bertujuan untuk mengurangi tingkah laku mengganggu dan maladaptif dengan mengembangkan proses kognitif. CBT didasarkan pada asumsi bahwa afek dan tingkah laku adalah produk dari kognisi oleh karena itu intervensi kognitif dan tingkah laku (CBT) dapat membawa perubahan dalam pikiran, perasaan dan tingkah laku. Terapi CBT yang dilakukan peneliti pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis di unit Hemodialisa RS Husada Jakarta, bahwa diawal perencanaan terapi ini akan dilakukan dalam 5-7 kali pertemuan, dalam realisasinya tidak sesuai dengan perencanaan beberapa pasien membutuhkan pertemuan lebih dari 7 kali yaitu 8 kali namun rata – rata membutuhkan 7 kali pertemuan, hal ini terkait dengan kondisi fisik responden GGK di unit hemodialisa RS Husada dalam keadaan yang rata-rata relatif stabil terutama tekanan darahnya walaupun naik turun tetapi masih dalam batas toleransi. Dapat disimpulkan bahwa perlu adanya keberlanjutan penerapan terapi CBT di unit hemodialisa dan penerapan mandiri oleh pasien di rumah. Kegiatan monitoring pelaksanaan penelitian ini perlu dilakukan dengan tujuan untuk mengevaluasi tingkat harga diri pasien. Kegiatan ini dapat peneliti lakukan sendiri atau dibantu perawat unit hemodialisa berhubung peneliti bertugas di AKPER Husada masih dalam lingkungan RS Husada.

Kesimpulan akhir dari hasil penelitian terhadap perubahan harga diri pasien GGK di unit Hemodialisa RS Husada Jakarta adalah bahwa ada peningkatan yang bermakna antara sebelum dan sesudah intervensi terapi CBT yaitu nilai harga diri aspek kognitif sebelum intervensi rata-rata 56,85 dan nilai harga diri aspek kognitif sesudah intervensi rata-rata 66,22 dengan nilai optimalnya 80. Sedangkan nilai (*p value* 0,000). Nilai harga diri aspek perilaku sebelum intervensi rata-rata 48,11 dan setelah intervensi nilai rata-rata 66,30. Analisis peneliti adalah dengan pemberian intervensi keperawatan spesialistik yaitu CBT dapat memberikan hasil yang baik untuk menangani masalah psikososial pada umumnya dan harga diri rendah pada pasien GGK di unit hemodialisa pada khususnya.

Penelitian yang dilakukan oleh (Cukor, 2007 dalam Kristyaningsih, 2009) pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis dengan menggunakan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) dan instrumen yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu *Beck Depression Inventory* (BDI) didapatkan hasil bahwa setelah 15 minggu diberikan

terapi CBT, kondisi depresi pasien berkurang dari rata-rata kondisi depresi awal (sebelum terapi CBT) menunjukkan 28,9 menurun hingga 18,5.

Penelitian yang dilakukan oleh Kristyaningsih (2009) ‘pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan harga diri rendah dan kondisi depresi pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta’. Berdasarkan uji statistik didapatkan hasil a 5% ada perubahan yang bermakna (perubahan yang lebih baik) terhadap rata-rata tingkat harga diri dan kondisi depresi pasien GGK yang mendapatkan terapi kognitif ($p \text{ Value} < a 0,05$). Ternyata pasien GGK yang sedang menjalani hemodialisis dengan diberikan terapi CBT peningkatan harga diri lebih bermakna atau hasil analisis menunjukkan bermakna secara signifikan baik dari segi kognitif maupun perilakunya.

Pada penelitian ini pemberian terapi *CBT* dibagi dalam 5 sesi dan untuk setiap sesinya membutuhkan waktu kurang lebih 30 menit. Asumsi peneliti adalah kecukupan waktu untuk melaksanakan terapi *CBT* dalam penelitian ini mungkin salah satu faktor yang mempengaruhi peningkatan harga diri pasien GGK, selain itu kerja sama yang baik antara perawat di unit hemodialisa dan keluarga pasien juga turut berkontribusi dalam peningkatan harga diri pasien GGK.

Berdasarkan uraian hasil penelitian tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa faktor yang paling berhubungan atau memiliki hubungan yang bermakna terhadap perubahan tingkat harga diri pada pasien gagal ginjal kronik di unit hemodialisa adalah dengan pemberian terapi CBT. Hal ini membuktikan bahwa tingkat harga diri dapat dipengaruhi secara bermakna dengan pemberian intervensi keperawatan spesialistik yaitu terapi CBT.

6.5. Pengaruh Karakteristi Pasien GGK Terhadap Intervensi CBT

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

6.5.1 Faktor usia responden

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme coping.

Analisis hasil dari usia pasien (responden), rata-rata berumur 46 tahun masuk pada kategori dewasa tua yang seharusnya masih pada rentang umur produktif. Hasil dari analisis hubungan usia dengan harga diri dari segi kognitif, ternyata usia tidak berpengaruh secara signifikan terhadap kognitif pasien, hal ini karena usia pasien masuk dalam rentang usia dewasa sampai dewasa lanjut sehingga sudah lebih arif dalam menyikapi setiap perubahan dalam perjalanan hidupnya termasuk GGK yang dialami. Hasil dari analisis hubungan usia dengan harga diri dari segi perilaku, ternyata usia tidak berpengaruh secara signifikan terhadap perilaku pasien hal ini dimungkinkan karena pasien rata-rata usia dewasa tua artinya sudah mempunyai berbagai pengalaman dalam hidupnya.

Dapat disimpulkan bahwa faktor usia responden tidak memiliki hubungan atau kontribusi yang signifikan terhadap harga diri rendah pada pasien GGK. Dengan demikian maka karakteristik usia responden tidak berpengaruh yang signifikan terhadap pemberian terapi *CBT* dalam upaya meningkatkan harga diri dari segi kognitif maupun perilakunya.

6.5.2 Faktor jenis kelamin responden

Dari berbagai penelitian yang dilakukan diberbagai negara didapatkan kesimpulan yang hampir sama yaitu wanita memiliki resiko dua kali lebih besar mengalami perasaan depresi yang pada akhirnya menurunkan harga diri atau harga diri rendah dibandingkan dengan pria, prevalensi depresi pada wanita sebesar 15% sedangkan pria 12 %, hal ini diduga wanita mempunyai permasalahan yang kompleks dan saling berhubungan seperti faktor, biologis, psikologis dan kemungkinan juga dari faktor genetik.

Hasil analisis hubungan antara harga diri dari segi kognitif dengan jenis kelamin pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada tidak ada hubungan yang signifikan. Hasil analisis hubungan antara harga diri dari segi perilaku dengan jenis kelamin pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada tidak ada hubungan yang signifikan, pada penelitian ini perbandingan antara responden laki-laki dan perempuan relatif seimbang yaitu laki-laki 14 orang dan perempuan 13 orang.

6.5.3 Faktor pekerjaan responden

Menurut (Levy, 1979, dalam Feldman, 1989), perubahan fungsi peran, harapan untuk hidup semakin berkurang, dan merasa tidak berdaya sering dialami oleh pasien dengan penyakit kronis. Pasien dengan GGK karena kelemahan fisiknya maka akan menurun pula produktifitasnya, terganggu perannya, merasa tidak berdaya. Namun demikian, penelitian ini memberikan hasil bahwa tidak ada kontribusi antara faktor pekerjaan terhadap peningkatan harga diri pasien GGK baik dari segi kognitif maupun perilaku. Hal ini disebabkan karena CBT menekankan merubah pikiran otomatis negatif menjadi positif dan merubah perilaku maladaptif menjadi efektif serta menekankan pada penyelesaian masalah yang dihadapi pasien berdasarkan kondisi yang nyata saat terapi dilakukan. Pasien diharapkan dapat memaksimalkan kemampuan yang masih dimiliki saat penurunan fungsi tubuh sudah mulai terjadi karena adanya penurunan fungsi ginjal. Disinilah pentingnya perawat mengkaji sumber coping individu pada pasien GGK berupa penilaian terhadap kemampuan lain yang masih dimiliki dalam upaya meningkatkan harga diri. Walaupun hasil analisis hubungan antara harga diri dari segi kognitif dengan pekerjaan pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada tidak ada hubungan yang signifikan. Begitu juga hubungan antara harga diri dari segi perilaku dengan pekerjaan pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada tidak ada hubungan yang signifikan.

6.5.4 Faktor tingkat pendidikan responden

Tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuannya dalam menerima informasi yang diberikan, pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Perawat sebagai terapis mendorong pasien untuk terlibat aktif dalam setiap sesi (pertemuan), sehingga pasien merasa perlu membuat tugas-tugas yang diberikan di akhir setiap sesi untuk dikerjakan di rumah.

Penelitian menunjukkan tidak ada hubungan tingkat pendidikan terhadap timbulnya harga diri rendah dari segi kognitif maupun perilaku pada pasien GGK. Hasil tersebut menunjukkan walaupun sebagian besar latar belakang pendidikan responden (pasien GGK) adalah menengah atas, maka masih beresiko terjadi harga diri rendah. Pada responden dengan latar belakang pendidikan rendah, masih mampu melakukan *CBT* sesuai yang telah diajarkan di rumah.

Menurut Stallard (2002), tujuan keseluruhan dari *CBT* adalah untuk meningkatkan kesadaran diri, memfasilitasi pemahaman diri yang lebih baik, dan meningkatkan kontrol diri dengan mengembangkan ketrampilan kognitif dan perilaku yang tepat.

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

6.5.5 Faktor status perkawinan

Status perkawinan dapat mempengaruhi perilaku seseorang baik positif maupun negatif. Individu yang tidak menikah atau mengalami perceraian termasuk kelompok risiko tinggi mengalami gangguan jiwa (Siagian, 2002). Hasil analisis hubungan antara harga diri dari segi kognitif dengan perkawinan pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada tidak ada hubungan yang signifikan, hasil analisis hubungan antara harga diri dari segi perilaku dengan perkawinan pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada tidak ada hubungan yang signifikan. Sebagian besar responden berstatus menikah, namun dengan menikah bukanlah menjadi patokan timbulnya harga diri rendah pada pasien GGK. Mungkin adanya ketegangan peran atau konflik peran karena tidak mampu menjalankan perannya, pasien GGK karena penyakitnya maka mengalami keterbatasan/kelemahan fisik. Namun demikian, hal ini bergantung pada kemampuan keluarga khususnya pasangan hidup pasien GGK tersebut dalam mengatasi masalahnya.

6.5.6 Faktor lama sakit dan frekuensi hemodialisa yang telah dijalani

Ketika difonis GGK pasien akan mengalami ansietas, untuk itu dibutuhkan kemampuan dalam menyeimbangkan diri dari berbagai keadaan yang disebabkan oleh penyakitnya tersebut, pada awalnya individu akan kesulitan dalam menyesuaikan hidupnya sehingga potensial menimbulkan ansietas kronis, yang pada akhirnya dapat menyebabkan permasalahan lainnya seperti harga diri rendah (Anderson, 1988). Menurut Roos (1998), tahapan terakhir dari rasa kehilangan adalah *Acceptance*, artinya dengan berjalannya waktu pasien GGK mulai dapat menerima bahwa ia memang menderita penyakit kronis, dan mulai menata hidupnya kembali. Hasil analisis hubungan antara harga diri dari segi kognitif dan perilaku dengan lama sakit pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada tidak ada hubungan yang signifikan, hasil analisis hubungan antara harga diri dari segi perilaku dengan lama sakit pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada tidak ada hubungan yang signifikan. Menurut asumsi peneliti bahwa karena lamanya menderita penyakit GGK maka rata-rata pasien sudah mulai *Acceptance*.

6.5.7 Frekuensi terapi hemodialisis yang telah dijalani

Setiap individu dalam hidupnya diharapkan mampu untuk beradaptasi dengan dirinya sendiri dan dengan lingkungannya, dengan banyaknya jumlah atau frekuensi terapi hemodialisis maka sudah menjadi *habit*, sehingga diharapkan sudah lebih nyaman, walaupun ternyata tidak sesederhana itu, berbagai hal justru menyertai pasien setiap akan dilakukan dialisis, seperti masalah penyuntikan, penggunaan waktu, biaya, ketergantungan dengan mesin atau orang. Hasil analisis hubungan antara harga diri dari segi kognitif dengan frekuensi hemodialisis pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada tidak ada hubungan yang signifikan, hasil analisis hubungan antara harga diri dari segi perilaku dengan frekuensi hemodialisis pasien GGK di unit hemodialisa RS Husada tidak ada hubungan yang signifikan. Menurut asumsi peneliti bahwa karena seringnya menjalani hemodialisis maka pasien GGK rata-rata sudah mulai *terbiasa*.

6.6 Keterbatasan penelitian

Setiap penelitian beresiko mengalami kelemahan yang diakibatkan adanya keterbatasan-keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai kendala, meliputi keterbatasan kondisi fisik responden, keterbatasan tempat penelitian (tempat pelaksanaan intervensi CBT), keterbatasan pelaksanaan pengisian instrumen, keterbatasan variabel dan keterbatasan hasil.

6.6.1. Keterbatasan kondisi fisik responden

Pasien GGK yang sedang mengalami kondisi fisik yang lemah, sehingga pelaksanaan untuk tiap sesi dalam intervensi CBT membutuhkan lebih dari 1 kali pertemuan. Kemudian pelaksanaan terapi hemodialisa yang mengharuskan pasien dalam posisi yang statis, dimana pasien tidak boleh banyak bergerak khususnya pada bagian yang terpasang alat *cimino* ataupun jarum, juga merupakan salah satu keterbatasan dalam penelitian ini karena dapat

mempengaruhi kerja mesin dialisa. Hal ini mengakibatkan dalam pelaksanaan penelitian ini peneliti tidak dapat meminta responden untuk menulis saat terapi sedang berlangsung, sehingga peneliti memodifikasi dengan peneliti yang memberikan contoh dengan menuliskan bentuk-bentuk distorsi kognitif (ingin pergi jauh, ingin mati, apa gunanya hidup ini, hidup terus bergantung) yang dimiliki pasien dan cara menanggapi dan bagaimana cara merubah perilaku yang maladaptif (tidak mau melakukan kegiatan, melamun, tidak mengurus diri), menjadi perilaku yang efektif dengan terapi CBT. Keberhasilan setiap sesi dilihat setelah pasien dapat mengerjakan tugas dalam sesi 1 – 3 secara mandiri di rumah.

Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan peneliti bahwa mereka merasakan kondisi nyaman 1 hari setelah terapi hemodialisa karena urium sudah relatif stabil sehingga badan merasa nyaman. Untuk itu mungkin alternatif lain dalam pelaksanaan terapi CBT yang dapat menghasilkan perbaikan kondisi harga diri yang meningkat adalah 1 hari setelah terapi hemodialisa. Hal ini dapat dilakukan melalui melakukan kunjungan pasien di luar jadwal hemodialisa atau perawat dalam melakukan terapi CBT di rumah pasien (melalui kunjungan rumah atau perawat *home care*).

6.6.2 Keterbatasan variable dan tempat penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian “*Quasi Experimental Pre-Post Test Without Control Group*” dengan pemberian intervensi terapi CBT. Pengumpulan data dan pengukuran variabel dilakukan sebelum dan sesudah tindakan pemberian terapi CBT ini. Menurut Kristyaningsih (2009), pada penelitian quasi eksperimen semua variabel harus dikendalikan, jadi dapat dipastikan bahwa tidak ada variabel pengganggu. Namun demikian, area penelitian yang dilakukan adalah pasien GGK dengan berbagai karakteristik yang berbeda dan bervariasi. Hal inilah yang menyebabkan peneliti tidak dapat mengontrol semua variabel karakteristik demografi secara optimal sehingga variabel tersebut sedikit banyak akan mempengaruhi variabel penelitian.

Salah satu variabel yang menurut peneliti menjadi pengganggu adalah faktor lingkungan tempat pelaksanaan terapi CBT yang terbuka (kurang memberikan privasi), mengingat kondisi unit hemodialisa yang terbatas dimana seluruh tempat tidur tidak bersekat. Untuk mengantisipasi hal ini maka peneliti saat melakukan terapi CBT ini menggunakan intonasi suara yang lembut namun cukup terdengar oleh responden. Untuk keterbatasan penelitian ini, maka peneliti menawarkan sebuah solusi untuk pelaksanaan terapi CBT sebaiknya tidak dilakukan di ruang hemodialisa yang memiliki *space* (ruang) yang terbatas, tetapi mungkin di ruang tertutup terpisah dari ruang tindakan terapi hemodialisa.

6.6.3 Keterbatasan Pelaksanaan Pengisian instrument

Modul (buku pedoman) yang digunakan untuk membantu pelaksanaan terapi CBT pada penelitian ini disusun oleh peneliti sendiri dengan memodifikasi modul hasil Workshop Keperawatan Jiwa 2010. Buku ini Belum dilakukan uji coba pada klien lain diluar penelitian, namun modul hasil Workshop Keperawatan Jiwa 2010 sudah diujicobakan pada pasien gangguan jiwa di RS MM Bogor. Buku pedoman terapi CBT ini telah dilakukan dengan mengkonsultasikan kepada pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Dalam pelaksanaan terapi CBT terdapat hambatan khususnya pada cara mengisi buku kerja pasien (responden) yang dirasakan sering lupa karena belum terbiasa tulis menulis di rumah. Untuk kendala ini, maka peneliti melakukan solusi pemecahanya dengan melibatkan keluarga pasien untuk mengingatkan pasien menulis sesuai dengan kemampuan menulis pasien dan jika mungkin dibantu dalam menulis.

6.7 Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi hasil penelitian yang menunjukkan adanya pengaruh terapi CBT terhadap perubahan tingkat harga diri pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta.terhadap:

6.7.1 Pelayanan Keperawatan di Unit Hemodialisa dan Rumah Sakit Umum

Selama ini pelayanan keperawatan di Ruang Hemodialisa kurang menyentuh aspek psikososial pasiennya. Hal ini dibuktikan dengan format pengkajian keperawatan yang berlaku di ruangan ini hanya meliputi aspek fisik sebelum, selama dan sesudah pelaksanaan terapi hemodialisa berlangsung, namun SAK untuk intervensi psikososial sudah ada. Dengan adanya penelitian ini, maka unit Hemodialisa dapat menambahkan 1 komponen pengkajian yaitu pengkajian kondisi psikososial, berikut dengan rencana tindakannya untuk memanfaatkan standar asuhan keperawatan (SAK) yang sudah ada. Pelayanan kesehatan jiwa di ruang Hemodialisa ini dapat dikembangkan dengan adanya intervensi keperawatan jiwa baik generalis maupun spesialis pada pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa rutin di ruangan ini. Bila kondisi diatas dapat terlaksana, maka hal tersebut dapat berdampak pada meningkatnya pelayanan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan kesehatan umum yang belakangan ini sering diabaikan. Pengembangan program pelayanan kesehatan jiwa di pelayanan kesehatan umum merupakan program utama dalam melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa masyarakat yang komprehensif dan paripurna.

6.7.2 Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh terapi CBT terhadap perubahan tingkat harga diri pasien GGK di Unit Hemodialisa. Penelitian ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya dalam mengembangkan kemampuan melaksanakan intervensi keperawatan jiwa spesialisik dan pelayanan keperawatan jiwa pada umumnya.

6.7.3 Kepentingan Penelitian

Hasil penelitian ini terbatas pada pasien GGK yang menjalani terapi Hemodialisa di RS Husada Jakarta, maka penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda, seperti dengan metode *Cohort* ataupun dengan metode studi kualitatif. Pelaksanaan penelitian untuk populasi/sample yang sama dengan

menggunakan terapi spesialistik yang berbeda dalam mengatasi kondisi harga diri pasien GGK juga dapat dilakukan seperti pemberian *Logotherapy*, terapi suportif maupun psikoedukasi untuk pasien dan keluarga sehingga dapat semakin meningkatkan kemampuan pasien GGK dalam meningkatkan harga diri akibat penyakit terminal yang dialaminya.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

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

7.1 Simpulan

Penelitian tentang pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* terhadap perubahan tingkat harga diri pada pasien GGK di Unit Hemodialisa RS Husada Jakarta memberikan hasil bahwa karakteristik pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) di unit hemodialisa Rumah Sakit Husada: rata-rata berusia 46,22 tahun, laki-laki dan perempuan relatif seimbang, pekerjaan lebih banyak yang bekerja dari pada yang tidak bekerja, memiliki jenjang pendidikan terbanyak tamatan SMA, status perkawinan terbanyak menikah. Karakteristik lainnya: memiliki waktu lama sakit rata-rata 25,85 bulan, dan jumlah frekuensi hemodialisa rata-rata 206,78 kali.

Pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa berhubung dengan hidup yang terus bergantung dengan orang lain dan mesin maka, berisiko mengalami harga diri rendah. Akibat dari penyakit dan terapinya tersebut maka sering muncul pikiran negatif dan perilaku maladaptif yang mendukung terjadinya perilaku harga diri rendah, mekanisme koping yang digunakan dan sumber koping yang dimiliki pasien GGK dan didukung adanya hasil analisis terhadap tingkat harga diri pasien GGK sebelum terapi CBT diberikan, yang meskipun menunjukkan nilai harga diri dari segi kognitif berada pada ambang tinggi yaitu kognitif dengan nilai rata-rata 56,85, namun harga diri dari segi perilakunya berada pada rentang rendah yaitu nilai rata-rata 48,11, artinya masih jauh berada dibawah nilai standar optimal untuk harga diri yaitu 80.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh terapi CBT ternyata cukup bermakna terhadap peningkatan harga diri baik dari segi kognitif maupun dari segi perilaku pada pasien GGK dimana terapi CBT yang telah dilakukan selama kurang lebih 5 minggu ini telah memberikan hasil yaitu bahwa tingkat harga diri dari segi kognitif pasien GGK meningkat secara bermakna dari sebelum dilakukan terapi CBT nilai rata-rata 56,85 dan setelah diberikan terapi CBT menjadi rata-rata 66,22 nilai optimalnya 80. Harga diri dari segi perilaku pasien GGK sebelum terapi CBT nilai rata-rata yang diperoleh 48,11 menjadi rata-rata 66,30 dengan nilai optimal 80.

Penelitian ini peneliti membandingkan perubahan tingkat harga diri dari segi kognitif maupun perilaku antara sebelum dilakukan intervensi CBT dan sesudah diberikan intervensi CBT. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat harga diri pasien GGK setelah diberikan terapi CBT meningkat secara bermakna dibandingkan dengan tingkat harga diri pasien GGK sebelum diberikan terapi CBT.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tingkat harga diri pasien GGK hanya memiliki hubungan yang kuat dengan pemberian terapi CBT dan tidak memiliki hubungan terhadap karakteristik pasiennya. Dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang kuat antara pemberian terapi CBT dengan tingkat harga diri dari segi kognitif pasien GGK yang mengalami harga diri rendah dan peluang untuk meningkatnya harga diri dengan pemberian terapi CBT adalah sebesar 11,7%. Hasil analisis juga menunjukkan bahwa adanya hubungan yang kuat antara terapi CBT dengan tingkat harga diri dari segi perilaku pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa dan peluang untuk meningkatkan harga diri dari segi perilaku dengan pemberian terapi CBT adalah sebesar 43,9 %.

7.2 Saran

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

7.2.1 Aplikasi keperawatan

- 7.2.1.1 Terapi CBT dapat dijadikan panduan perawat spesialis jiwa dalam melaksanakan CBT pada pasien di rumah sakit umum dengan masalah psikososial
- 7.2.1.2 Pihak RS Husada Jakarta khususnya Unit Hemodialisa untuk mengembangkan pelayanan kesehatan jiwa yang terintegrasi dalam pelayanan keperawatan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya pada pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa dan mengalami masalah psikososial melalui peningkatan kemampuan perawat unit hemodialisa dalam melakukan intervensi keperawatan generalis.
- 7.2.1.4 Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi CBT sebagai salah satu kompetensi yang dapat diberikan pada pelayanan kesehatan jiwa di tatanan pelayanan kesehatan umum (rumah sakit umum).

7.2.2 Keilmuan

- 7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan mengembangkan modul-modul terapi dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan kemudian melakukan pengesahan validitas isi secara resmi.
- 7.2.2.2 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa pada semua tatanan pelayanan kesehatan dalam penerapan terapi-terapi spesialis.

7.2.3 Metodologi

- 7.2.3.1 Perlu dilakukan penelitian lanjutan seperti penelitian kualitatif untuk mengkaji lebih mendalam yang terkait dengan masalah-masalah yang dihadapi pasien terkait dengan dampak penyakit yang dideritanya.
- 7.2.3.2 Perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk peran keluarga terhadap perubahan harga diri pasien GGK di Unit Hemodialisa.
- 7.2.3.3 Perlu diteliti lebih lanjut tentang faktor perancu lain, misalnya lama penusukan ke arteri atau vena, lamanya penekanan setelah dialisis, pengaruh peningkatan berat badan sebelum dialisa.



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2. Lembar persetujuan
- Lampiran 3. Kuesioner A (Data demografi)
- Lampiran 4. Kuesioner B (Harga diri rendah dari segi kognitif)
- Lampiran 5. Kuesioner C (Harga diri rendah dari segi perilaku)
- Lampiran 6. Modul Cognitive Behavior Therapy (CBT)
- Lampiran 7. Keterangan Lulus Uji Etik
- Lampiran 8. Surat Izin Penelitian FIK-UI
- Lampiran 9. Surat Izin Penelitian RS Husada Jakarta
- Lampiran 10. Daftar Riwayat Hidup Peneliti
- Lampiran 11. Daftar Konsultasi Tesis

DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Rentang respon Konsep diri	29
Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian	46
Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian	46
Skema 4.1 Desain penelitian <i>pre</i> dan <i>post test</i>	72
Skema 4.2 Proses Kerja Cognitive Behavior Therapy	81



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

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

Nama : Tri Setyaningsih
NPM : 090661514
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) terhadap perubahan harga diri pasien GGK di unit Hemodialisa RS Husada Jakarta.

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : Juli 2011
Yang menyatakan

(Tri Setyaningsih)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata

Nama : Tri Setyaningsih
Tempat/Tanggal Lahir : Klaten, 17 Juli 1962
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Dosen Keperawatan Jiwa AKPER Husaka Jakarta
Alamat Instansi : Jl Mangga Besar Raya No 137-139 Jakarta Pusat
Alamat Rumah : Griya Waringin Elok B7 No 24 Rt.01 Rw. 08
Bojong Gede Bogor.

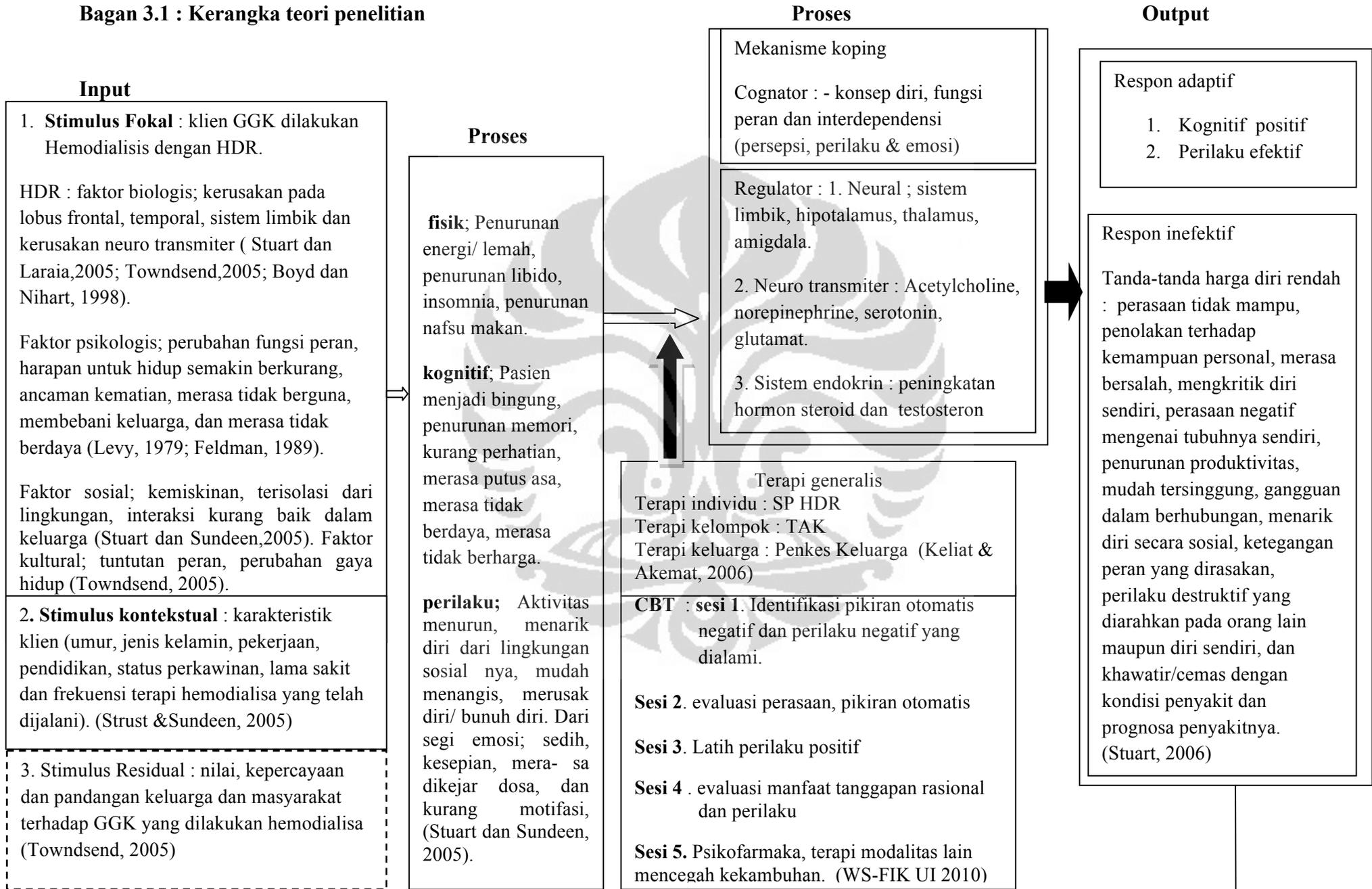
Riwayat Pendidikan

S-1 Keperawatan UI : Lulus tahun 1997
AKPER PGI TJIKINI : Lulus tahun 1987
SMAN 48 : Lulus tahun 1982
SMP N I Maninsrenggo : Lulus tahun 1978
SDN Kadijajo : Lulus tahun 1974

Riwayat Pekerjaan

Perawat pelaksana di RS PGI Tjikini Tahun 1987 – 1990
Perawat penyelia di RS Husada 1990-1990 (3 bulan)
CI di Akper RS Husada 1990 -1991
Dosen Keperawatan AKPER HUSADA 1991 – sekarang
Dosen tidak tetap di AKPER Andakara 1998-1999

Bagan 3.1 : Kerangka teori penelitian



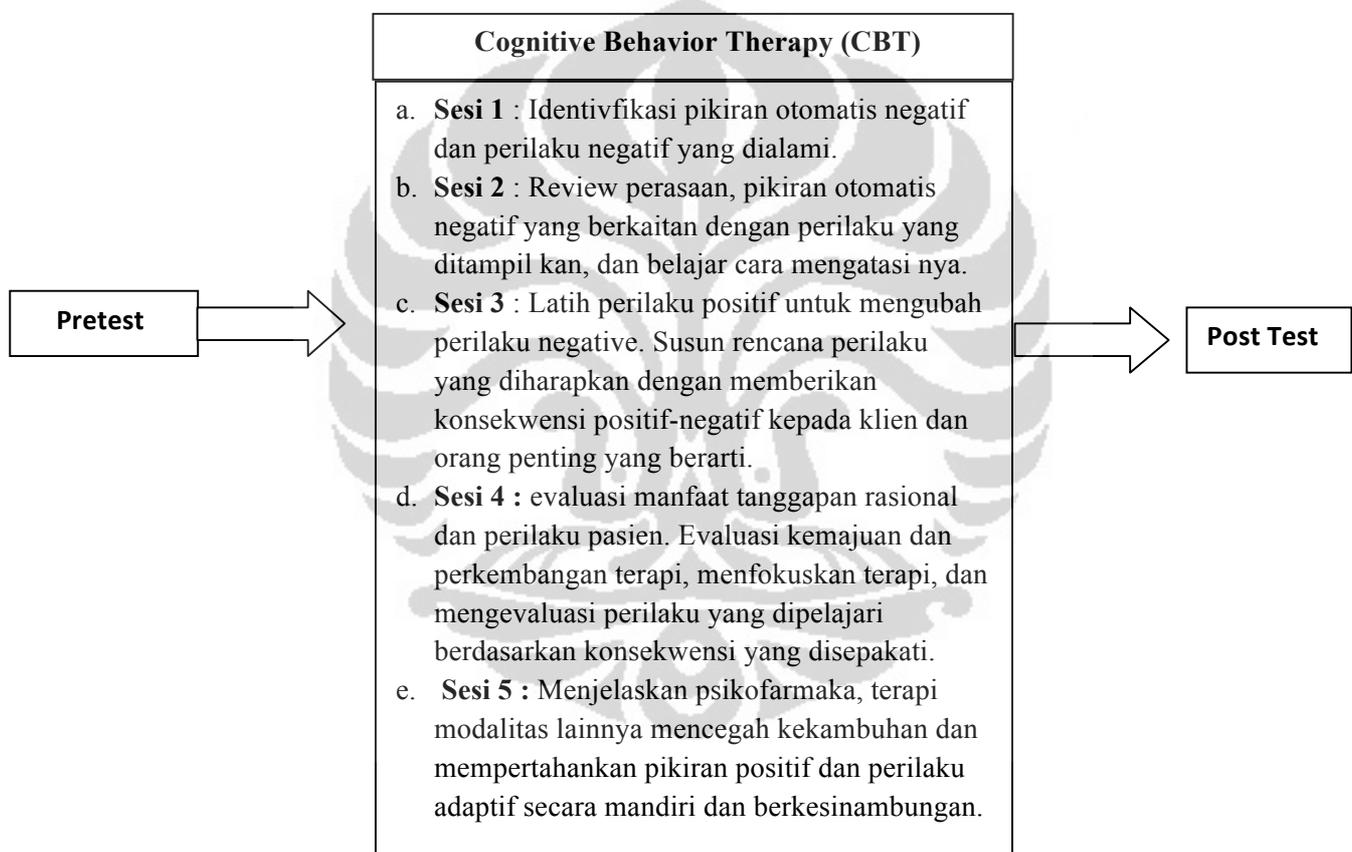
Bagan 4.1 Intervensi CBT

no	Sesi	Intervensi	Evaluasi	waktu
1	1. Identifikasi pikiran otomatis negatif	Bina hubungan saling percaya dengan pasien, identifikasi pikiran otomatis, diskusi untuk 1 pikiran otomatis yang dipilih, beri tanggapan rasional.	Jelaskan cara mengisi buku raport/catatan harian	senin 23, selasa 24, rabu 25 Mei 2011
2	2. Review perasaan, pikiran otomatis negatif yang berkaitan dengan perilaku yang ditampilkan	Evaluasi sesi 1.(evaluasi catatan harian, evaluasi pikiran otomatis, dan evaluasi tanggapan rasional yang dilakukan pasien secara mandiri). Belajar mengatasi yang masih belum berhasil.	Kontrol buku raport	Kamis, Jumat, Sabtu : 26, 27,28 Mei 2011. Senin, Selasa Rabu 30,31 Mei 2011, 1 Juni 2011
3	3. Terapi perilaku	Evaluasi sesi 2. Identifikasi perilaku negatif yang akan diubah, Latih perilaku positif untuk mengubah susun rencana perilaku yang diharapkan dengan memberikan konsekwensi positif-negatif kepada klien (jika dilakukan atau tidak dilakukan) dan libatkan orang penting yang berarti	Kontrol buku raport	Jumat, Sabtu, 3,4 Juni 2011. Senin, Selasa, Rabu Tgl 6,7,8 Juni 2011 Kamis, Jumat Sabtu tagl 9,10,11 Juni 2011
4	4. Evaluasi CT dan BT/ manfaat tanggapan rasional dan perilaku pasien.	Evaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, menfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekwensi yang disepakati.	Kontrol buku raport	Senin, Selasa, Rabu Tgl 13,14,15 Juni 2011
5	5. Mencegah kekambuhan	Evaluasi sesi 4. Jelaskan pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan, dengan cara mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku efektif secara mandiri dan berkesinambungan dalam mengatasi masalah.	Kontrol buku raport	Kamis, Jumat, Sabtu Tgl 16,17,18 Juni 2011

Bagan 4.2

Kerangka Kerja Cognitive Behavior Therapy Pada Pasien GGK Di Unit Hemodialisa yang Mengalami Harga Diri Rendah

Pretest	intervensi	Post test
1 minggu	4 minggu	1 minggu
(20 – 21 Mei 2011)	(23 Mei – 18 Juni 2011)	(20 – 21 Juni 2011)



PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Lampiran 2

Saya yang menyatakan dibawah ini :

Nama : Tri Setyaningsih

No yang dapat dihubungi : 08121930076

Adalah mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian dengan tema : “ Pengaruh Cognitive Behavior Therapy (CBT) Terhadap Perubahan Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta 2011”

Hasil penelitian ini nantinya akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan kesehatan jiwa pada umumnya dan di Rumah Sakit Husada pada khususnya.

Peneliti menjamin bahwa hasil penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak saudara sebagai responden dengan cara : 1. Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian. 2. Menghargai keinginan anda sebagai responden untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, dan 3. Menghargai keinginan anda sebagai responden jika tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian penjelasan singkat mengenai penelitian yang akan saya lakukan. Akhir kata peneliti ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas kesediaan saudara menjadi partisipan dalam penelitian ini.

Hormat saya,

Tri Setyaningsih

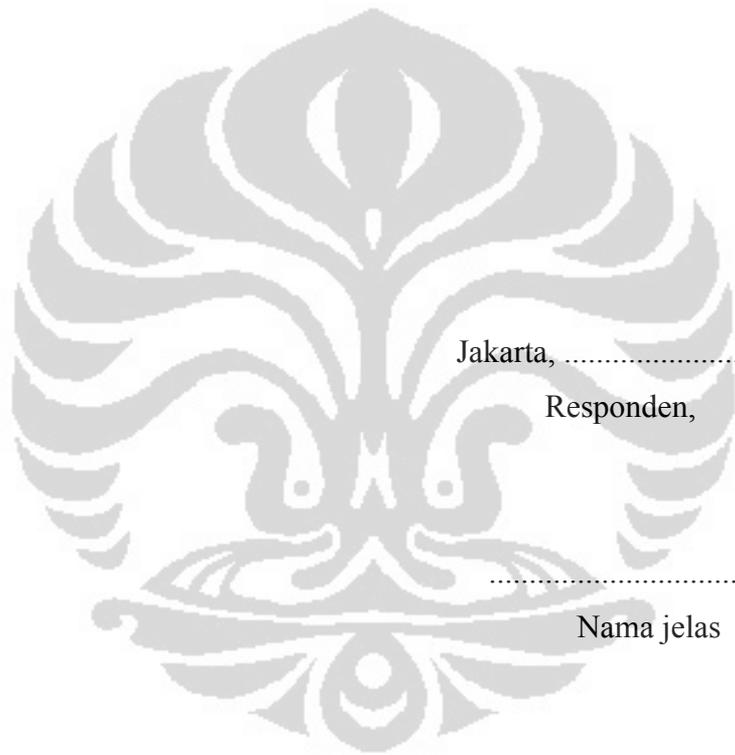
LEMBAR PERSETUJUAN

Lampiran 3

Setelah membaca penjelasan mengenai penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan pada peneliti, saya mengerti dan memahami manfaat dan tujuan penelitian yang akan dilakukan.

Saya meyakini bahwa peneliti menghargai serta menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden dan penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas kesehatan jiwa di rumah sakit, khususnya rumah sakit Husada Jakarta tempat saya dirawat.

Dengan ini, saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini dan bersedia menandatangani lembar persetujuan ini.



Jakarta,2011

Responden,

.....
Nama jelas

INSTRUMEN A

Lampiran 4

DATA SOSIO DEMOGRAFI

No. Kode :

Petunjuk pengisian :

1. Isilah dengan lengkap
2. Tanda yang dipilih beri tanda silang pada kotak yang tersedia dan atau isi sesuai jawaban anda.

A. Sosio demografi Pasien GGK di unit Hemodialisa

1. Nama pasien :

2. Usia : tahun

3. Pendidikan terakhir :

SD SMP SMU Sarjana

4. Pekerjaan :

Bekerja tidak bekerja

5. Status perkawinan :

Kawin tidak kawin

6. Lama sakit

Lamanya sakitbulan

7. Jumlah frekuensi cuci darah yang sudah dijalani

Jumlahkalikali dalam seminggu.

INSTRUMEN B

Komponen Harga Diri dari segi kognitif
Coopersmith, (1993), Harrill (edisi revisi 2008), Fahey at.al (2005)

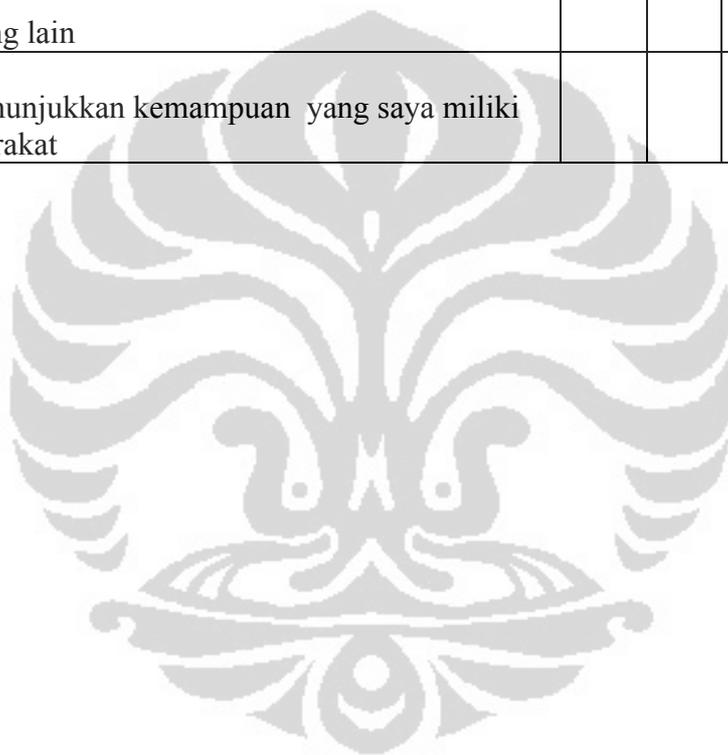
Petunjuk Pengisian

Berilah tanda (V) pada pilihan jawaban yang paling anda anggap sesuai.

1. Isilah T jika anda “Tidak pernah” memikirkannya
2. Isilah J jika anda “ Jarang” memikirkannya
3. Isilah S jika anda “ Sering ” memikirkannya
4. Isilah SL jika anda “selalu” memikirkannya (> 3x/hari)

No	Pernyataan	TP	J	S	SI
	Saya berfikir bahwa diri saya :				
1	Bingung mau melakukan apa				
2	Sulit untuk memfokuskan perhatian pada satu inti permasalahan				
3	Orang yang pelupa				
4	Tidak mampu mendapatkan sesuatu sesuai dengan keinginan saya				
5	Bisa berfikir tanpa banyak kesulitan				
6	Dihargai orang lain				
7	Dapat memfokuskan perhatian terhadap hal yang saya kerjakan				
8	Mudah membuang perasaan negatif dan berfokus untuk menjalani hidup dengan segenap kemampuan saya				
9	Sanggup mengungkapkan masalah saya pada orang terdekat saya				
10	Lupa dengan kejadian masa lalu				
11	Orang yang tidak berharga				
12	Tidak mau dikuasai/ menguasai orang lain.				

13	Mempunyai sesuatu yang dapat saya banggakan				
14	Kurang bermakna dalam hidup ini				
15	Suka pada semua orang yang dekat dengan saya				
16	Tidak sepintar kelihatannya dan kurang pintar dari kebanyakan orang				
17	Tidak ada hal yang bisa saya banggakan dalam hidup ini				
18	Sanggup mengerjakan sesuatu yang bisa bermanfaat bagi orang lain				
19.	Sebaik orang lain				
20.	Mampu menunjukkan kemampuan yang saya miliki pada masyarakat				



INSTRUMEN C

KOMPONEN HARGA DIRI (PERILAKU)

Coopersmith (1967), Harrill (edisi revisi 2008), fahey at.al (2005)

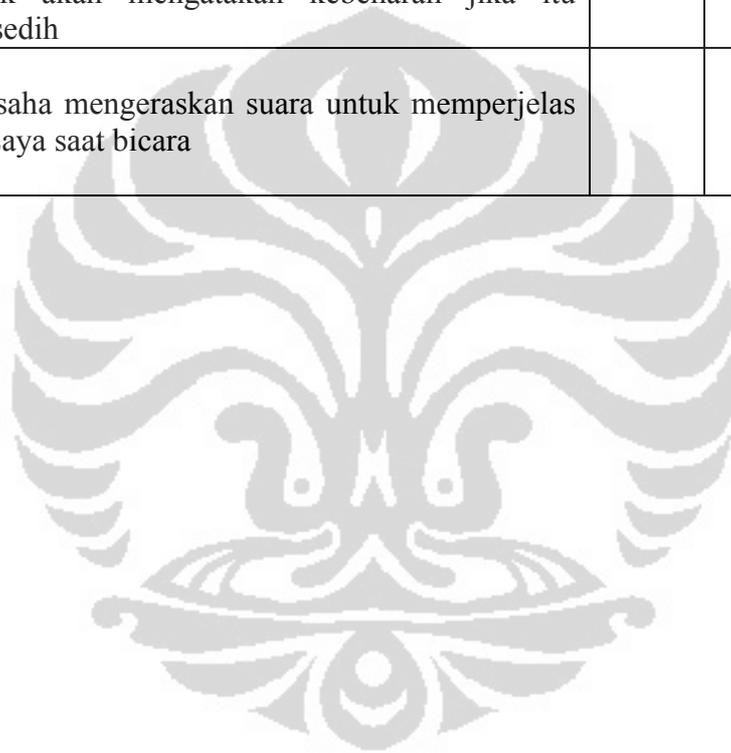
Petunjuk Pengisian

Beri tanda (√) pada pilihan yang anda anggap paling sesuai dengan pendapat anda

1. Isilah TP jika anda Tidak Pernah” melakukan
2. Isilah J jika “Jarang” melakukan
3. Isilah S jika “Sering” melakukan
4. Isilah SL jika “Selalu” melakukan

No	pernyataan	TP	J	S	SL
1.	Saya sulit untuk berbicara didepan orang banyak				
2.	Saya menghabiskan waktu untuk melamun sehingga malas untuk melakukan kegiatan.				
3.	Saya mampu mengurus diri saya sendiri				
4.	Saya menggunakan waktu dengan baik secara teratur				
5.	Saya mudah marah jika menghadapi masalah				
6.	Saya tidak melakukan apapun jika ada masalah				
7.	Saya mudah menyesal untuk hal yang saya lakukan				
8.	Saya ingin merubah diri saya supaya menjadi lebih baik				
9.	Saya mudah menyerah terhadap hal yang sulit saya lakukan				
10.	Saya tidak peduli terhadap apa yang akan terjadi pada diri saya sendiri				
11.	Jika ada sesuatu yang harus dikatakan saya akan katakan walaupun itu pahit				
12.	Saya puas dengan hasil pekerjaan saya				

13.	Saya melakukan pekerjaan terbaik yang saya sukai				
14.	Saya termasuk orang yang gagal				
15.	Saya lebih suka menyendiri				
16.	Jika berbicara dengan orang lain saya tidak menatap lawan bicara.				
17.	Saya enggan untuk memulai pembicaraan				
18.	Saya kesal dengan diri saya jika ada masalah yang tidak sanggup saya selesaikan				
19.	Saya tidak akan mengatakan kebenaran jika itu membuat sedih				
20.	Saya berusaha mengeraskan suara untuk memperjelas kata-kata saya saat bicara				



Universitas Indonesia

MODUL
COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY PADA PASIEN
GAGAL GINJAL KRONIK DI UNIT HEMODIALISA
YANG MENGALAMI HARGADIRI RENDAH



OLEH
TRI SETYANINGSIH

PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2011

Modifikasi Draft Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa (2010)

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit gagal ginjal terminal digolongkan sebagai penyakit kronis, sebab penyakit ini berlangsung terus disepanjang umur hidup pasien. Seorang individu yang didiagnosis menderita penyakit kronis, akan berada pada kondisi krisis, yang ditandai dengan ketidakseimbangan fisik dan psikososialnya (Moos dalam Taylor,2003). Pasien merasa kacau , cemas, takut dan perasaan emosional lainnya, karena coping yang biasa digunakan saat menghadapi masalah tidak efektif. Setelah masa krisis berlalu pasien akan memikirkan bagaimana pengaruh penyakitnya terhadap kehidupan selanjutnya. Kemungkinan banyak kesulitan dan keterbatasan yang dialami sehingga membutuhkan rehabilitasi pada aspek fisik, vokasional, sosial dan psikologis (Taylor, 2003).

Kusnadi (2003), mengatakan bahwa stres bahkan depresi sering terjadi pada pasien gagal ginjal terminal yang menjalani hemodialisis, baik ketika memulai hemodialisis atau beberapa bulan setelah menjalani hemodialisis. Timbulnya stres ini dimungkinkan sebagai akibat dari kesadaran pasien bahwa panyakitnya tak dapat disembuhkan dan pasien harus mengubah gaya hidupnya. Menurutnya banyak permasalahan psikis seperti kecemasan akan kematian dan depresi terhadap penyakit gagal ginjal terminal yang mengharuskan sepanjang umur hidupnya menjalani hemodialisis. Ciri-ciri psikologis adanya stres pada pasien-pasien GGK yang menjalani hemodialisis memiliki beberapa gejala yaitu sedih, murung, mudah terharu, menangis, tidak berdaya, kecewa, kehilangan minat dan kegembiraan. Ciri-ciri psikologis pasien GGK yang menjalani hemodialisis yang dikemukakan (Kusnadi ,2003; Moos dan Taylor, 2003; Levy, 1979) dapat disimpulkan bahwa pasien dengan GGK yang menjalani hemodialisis akan menunjukkan ciri dari gangguan konsep diri harga diri rendah seperti ; mudah menangis, merasa tidak berdaya, kecewa, hilang minat dan kegembiraan, merasa kacau. Masalah-masalah yang ditimbulkan dari dampak GGK yang menjalani hemodialisa harus ditangani dengan serius oleh tenaga ahli yang kompeten, dan nuntuk masalah keperawatan tentunya harus ditangani oleh perawat spesialis, sedangkan terapi yang tepat untuk masalah kognitif dan perilaku adalah terapi *Cognitive behaviour Therapy (CBT)*

Cognitive behaviour therapy adalah terapi yang digunakan untuk memodifikasi pikiran, perasaan dan perilaku dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali sehingga dengan merubah status pikiran dan perasaannya, pasien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif (Oemarjoedi, 2003). *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* (2006) juga menyatakan bahwa *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 pasien merubah pikiran dan perilakunya yang negatif menjadi positif dan berfokus pada keadaan atau masalah yang dihadapi pasien saat ini.

Stallard (2002), menyebutkan bahwa CBT adalah intervensi terapeutik yang bertujuan untuk mengurangi tingkah laku mengganggu dan maladaptif dengan mengembangkan proses kognitif. CBT didasarkan pada asumsi bahwa afek dan tingkah laku adalah produk dari kognisi oleh karena itu intervensi kognitif dan tingkah laku dapat membawa perubahan dalam pikiran, perasaan, dan tingkah laku.

Menurut Bush (2005) CBT adalah terapi yang menggabungkan dua jenis psikoterapi yang paling efektif, yaitu terapi kognitif dan perilaku. Terapi perilaku membantu melemahkan hubungan antara situasi menyulitkan dengan reaksi yang biasa ditampilkan. Reaksi seperti rasa takut, depresi atau maeah, dan tingkah laku merusak diri. Terpi ini juga mengajarkan bagaimana menenangkan pikiran dan tubuh sehingga klien dapat merasa lebih baik, berfikir lebih jernih dan membuat keputusan yang lebih baik.

Stallard (2002) mengemukakan bahwa tujuan keseluruhan dari CBT adalah untuk meningkatkan kesadaran diri, memfasilitasi pemahaman diri yang lebih baik, dan untuk meningkatkan kontrol diri dengan mengembangkan ketrampilan kognitif dan perilaku yang tepat. CBT membantu untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran dan kepercayaan yang negatif, bias dan kritik diri. Keadaan/situasi ini yang sering terjadi pada pasien

GGK yang dilakukan hemodialisis. Selain itu perilaku negatif pasien diubah dengan cara melatih strategi koping baru untuk merubah perilaku yang negatif (Oemarjoedi, 2003). Selain itu perilaku negatif pasien diubah dengan cara melatih strategi koping baru untuk merubah perilaku yang negatif (Oemarjoedi, 2003). Maka dari itu pasien dengan GGK yang dirawat di unit Hemodialisa yang mengalami harga diri rendah harus ditangani oleh perawat yang kompeten atau perawat spesialis jiwa yaitu dengan diberikan terapi CBT.

Berdasarkan hal tersebut 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 pasien harga diri rendah. Oleh karena itu pedoman ini menjelaskan bagaimana strategi pelaksanaan *Cognitive Behaviour therapy* pada pasien dengan GGK yang dirawat di unit hemodialisa dan mengalami harga diri rendah.

B. Tujuan Umum

1. Perawat:

Agar perawat dapat memberikan *cognitive behavior therapy* pada pasien harga diri rendah.

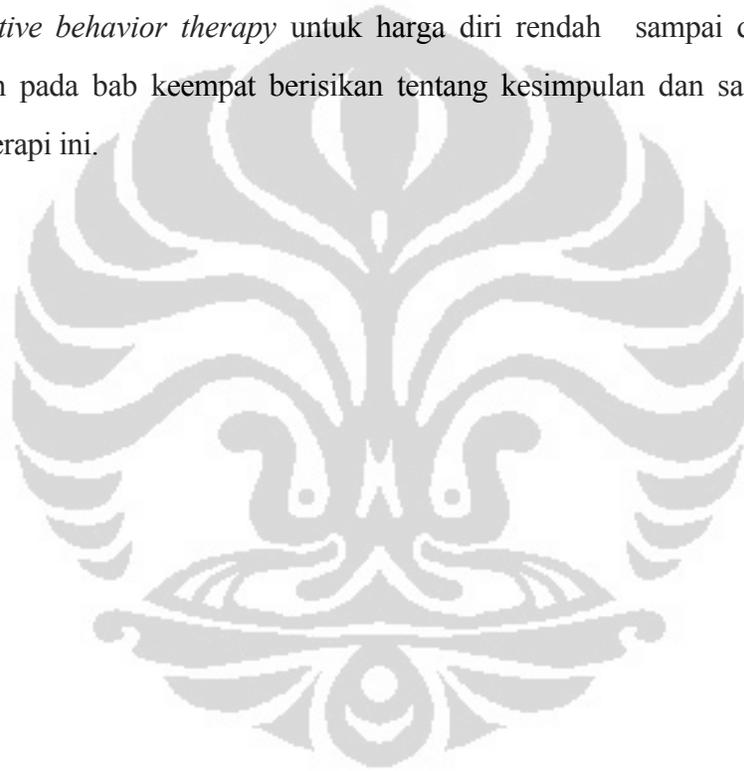
2. Pasien:

Pasien dapat merubah pikiran dan perilakunya dari negatif menjadi positif.

C. Petunjuk Penggunaan Modul

Modul *cognitive behavior therapy* untuk pasien dengan harga diri rendah terdiri dari empat bab. Bab yang pertama adalah pendahuluan yang berisikan tentang latar belakang mengapa *Cognitive Behavior Therapy* dilakukan untuk pasien GGK yang dirawat di Unit hemodialisa yang mengalami harga diri rendah. Bab kedua menjelaskan tentang pedoman pelaksanaan *cognitive behavior therapy* untuk pasien dengan harga diri rendah. Pada bab dua ini segala hal yang berkaitan dengan *cognitive*

behavior therapy akan dijelaskan, mulai dari pengertian *cognitive behavior therapy*, tujuan *cognitive behavior therapy*, prinsip *cognitive behavior therapy*, indikasi *cognitive behavior therapy*, tempat dan sesi dalam *cognitive behavior therapy*, daftar pikiran, perasaan dan perilaku negatif dan pelaksanaan *cognitive behavior therapy*. Pada bab ketiga akan menjelaskan tentang implementasi *cognitive behavior therapy* pada pasien GGK dengan harga diri rendah. Bab ini akan menjabarkan bagaimana pelaksanaan *cognitive behavior therapy* untuk harga diri rendah pada setiap sesi pertemuannya. Pada bab ini juga mencakup bagaimana strategi dan aplikasi langsung dari *cognitive behavior therapy* untuk harga diri rendah sampai dengan evaluasi. Sedangkan pada bab keempat berisikan tentang kesimpulan dan saran dari peneliti terhadap terapi ini.



BAB II

PEDOMAN PELAKSANAAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* PADA PASIEN HARGA DIRI RENDAH

A. PENGERTIAN *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY*

Cognitive behaviour therapy merupakan terapi yang berfokus untuk mengubah perilaku dan pikiran individu. Berdasarkan Oemarjoedi (2003), *cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang digunakan untuk memodifikasi pikiran, perasaan dan perilaku dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali dan dengan merubah status pikiran dan perasaannya tersebut, pasien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif. Sedangkan menurut *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* (2006), *cognitive behaviour therapy* adalah terapi yang dapat membantu individu merubah cara berfikir dan perilakunya sehingga dengan perubahan itu membuat individu merasa lebih baik. Dengan demikian *cognitive behaviour therapy* secara umum merupakan suatu terapi yang dapat membantu pasien merubah pikiran dan perilakunya yang negatif menjadi positif dan berfokus pada keadaan atau masalah yang dihadapi pasien saat ini.

cognitive behaviour therapy pada pada pasien GJK yang dirawat di unit hemodialisa dan mengalami harga diri rendah merupakan suatu bentuk psikoterapi yang dapat membantu individu untuk mengidentifikasi dan merubah pikiran dan perilaku negatif individu akibat harga diri rendah yang dialaminya saat ini menjadi pikiran dan perilaku yang positif.

B. TUJUAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY*

Tujuan *cognitive behaviour therapy* secara umum adalah merubah pikiran dan perilaku pasien secara bersamaan. Wells dan Giannetti (1990, dalam Frisch & Frisch, 2006) menyebutkan bahwa *cognitive behaviour therapy* membantu pasien mengatasi masalah, merubah perilaku, lingkungan atau kognitifnya secara langsung dan meningkatkan kemampuan coping pasien.

Sedangkan *cognitive behavior therapy* pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis dan mengalami harga diri rendah bertujuan untuk meningkatkan pemahaman tentang harga diri, meningkatkan kemampuan coping dengan gejala-gejala harga diri rendah, menurunkan stress yang berhubungan dengan GGK yang menjalani hemodialisis dengan harga diri rendah.

Berdasarkan pengertian dan sumber diatas dapat disimpulkan bahwa *cognitive behaviour therapy* pada pasien GGK di unit hemodialisa yang mengalami harga diri rendah bertujuan agar pasien mampu:

1. Mengetahui harga diri rendah, perasaan, perilaku dan pikiran negatif akibat harga diri rendah yang dialaminya saat ini.
2. Merubah pikiran dan perilaku negatif akibat harga diri rendah menjadi pikiran dan perilaku yang positif.
3. Merubah harga diri
4. Meningkatkan kemampuan coping pasien dalam mengatasi harga diri rendah
5. Mencegah kekambuhan

C. INDIKASI COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY

Indikasi *cognitive behaviour therapy* 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 pengendalian impuls, perilaku antisosial, kecemburuan, pemulihan seksual 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 (Froggrat, 2006). Gejala-gejala yang disebutkan diatas juga merupakan ciri dari harga diri rendah. Hal tersebut menunjukkan bahwa *cognitive behaviour therapy* efektif dalam mengatasi masalah pada pasien, tidak hanya pasien jiwa baik berat tetapi juga pada gangguan mental emosional.

Seperti yang dikemukakan Stallard (2002) bahwa tujuan keseluruhan dari CBT adalah untuk meningkatkan kesadaran diri, memfasilitasi pemahaman diri yang lebih baik, dan untuk meningkatkan kontrol diri dengan mengembangkan ketrampilan kognitif dan perilaku yang tepat. CBT membantu untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran dan kepercayaan yang negatif, bias dan kritik diri.

D. PRINSIP PELAKSANAAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY*

Cognitive behaviour therapy memiliki asumsi bahwa pola berpikir dan keyakinan mempengaruhi perilaku dan perubahan kognisi ini dapat menghasilkan perubahan perilaku yang diharapkan (Dobson & Dozois, 2001). Teori *Cognitive Behaviour* pada dasarnya meyakini bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon yang saling berkaitan dan membentuk semacam jaringan dalam otak manusia, dimana proses kognitif akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak. Sementara itu adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irrasional, dimana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku maka *cognitive behavior therapy* diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan memutuskan kembali sehingga dengan merubah status pikiran dan perasaannya, pasien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya dari negatif menjadi positif.

Oemarjoedi (2003) menyebutkan bahwa bagaimana individu menilai situasi

dan bagaimana cara mereka menginterpretasikan suatu kejadian akan sangat berpengaruh terhadap kondisi reaksi emosional yang kemudian akan mempengaruhi tindakan yang dilakukan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa sistem keyakinan atau kepercayaan adalah penyebab utama dari gangguan perilaku.

Untuk memahami psikopatologi gangguan mental dan perilaku, *cognitive behaviour therapy* mencoba menguraikan penyebabnya sebagai akibat dari adanya pikiran dan asumsi irasional, adanya distorsi dalam proses pemikiran manusia. Walaupun pada umumnya masalah gangguan mental psikologis berakar pada masa anak-anak, namun gangguan tersebut diperkuat dengan cara pengulangan pada masa selepas masa anak-anak. Dialog internal didalam diri individu memegang peran penting dalam tingkah laku yang ditampilkan. Individu menyimpulkan asumsi dan membentuk konsep yang salah atau negatif. Dan konsep yang negatif tersebut akan mempengaruhi kualitas perasaan yang ditampilkan untuk menjadi negatif, dan perasaan negatif akan mengarah pada tingkah laku menjadi negatif pula (Oemarjoedi, 2003).

Burns (1998 dalam Safaria & Saputra, 2009) yang menyatakan bahwa semua penilaian tentang setiap peristiwa tergantung dari *self talking* individu dengan pikirannya, yang sering disebut dialog internal, sehingga apapun tanggapan dari pikiran tersebut tergantung dari seberapa baik individu tersebut mengenal sederatan dari setiap peristiwa positif maupun negatif yang berada dalam pikirannya, sehingga penilaian tersebut pada akhirnya akan menghasilkan suatu perasaan atau *mood* yang diciptakan secara otomatis dari pikiran-pikiran tersebut. Dan tidak jarang penilaian tersebut mengalami kekacauan kognitif atau yang sering disebut distorsi kognitif. Beck (2008, dalam Townsend, 2009) juga menyatakan bahwa pikiran otomatis akan terjadi secara cepat sebagai respon terhadap situasi dan tanpa adanya analisis rasional. Pikiran tersebut seringkali merupakan pikiran negatif dan berdasarkan pada logika yang keliru yang sering disebut dengan pikiran otomatis negatif atau distorsi kognitif (Beck, 1987 dalam Townsend, 2009).

Menurut Stuart dan Laraia (2005), strategi *cognitive behaviour therapy* adalah **menurunkan ansietas yang salah satunya dengan cara latihan relaksasi, restrukturisasi kognitif dengan cara memonitor pikiran dan perilaku dan belajar perilaku baru seperti belajar *token economy*, *role play* dan *sosial skills training***. Sedangkan menurut Meichenbaum (1996, dalam Corey, 1996; Oemarjoedi, 2003), proses *cognitive behavior modification* menggunakan teknik terapi *self instructional* yang merupakan proses merestrukturisasi sistem kognisi pasien, dan sebagai langkah awal untuk perubahan perilaku pasien harus mengenali cara mereka berpikir, merasa dan bertindak serta bagaimana akibatnya terhadap oranglain. Proses tahapan dalam *cognitive behavior modification* adalah 1) **observasi diri**, pasien diminta mendengar dialog internal dalam diri mereka dan mengenali karakteristik pernyataan negatif yang ada, proses ini melibatkan kegiatan meningkatkan sensitivitas terhadap pikiran, perasaan, perbuatan, reaksi fisiologis dan pola reaksi terhadap oranglain. 2) **Membuat dialog internal baru**; setelah pasien belajar untuk mengenali perilaku menyimpang, mereka mulai mencari kesempatan untuk mengembangkan alternatif tingkah laku adaptif dengan cara merubah dialog internal sehingga dengan dialog internal baru tersebut dapat menghasilkan tingkah laku baru yang akan memberi dampak terhadap struktur kognisi pasien. 3) **Belajar keterampilan baru**; pasien belajar teknik mengatasi masalah secara praktis yang dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

Pada pelaksanaannya *cognitive behaviour therapy* juga mempersiapkan diri pasien agar dapat melakukan intervensi dan memotivasi dirinya sendiri untuk berubah, serta mampu berhadapan dengan kemungkinan resistensi dan relapse melalui pelatihan *stress-inoculation* yang terdiri dari kombinasi antara pemberian informasi, diskusi, restrukturisasi kognitif, problem solving, relaksasi, pengulangan tingkah laku, monitor diri, instruksi diri, penguatan diri dan kemampuan dalam merubah lingkungan.

E. SESI DALAM *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (CBT)

Jumlah sesi dalam *cognitive behaviour therapy* disesuaikan dengan masalah yang akan diatasi. Pada pasien harga diri rendah, *cognitive behaviour therapy* dilakukan dalam 5 sesi. Jumlah sesi ini sama dengan FIK-UI, dimana pada tiap sesi menekankan pada perubahan pikiran dan perilaku negatif yang timbul akibat harga diri rendah. Penelitian dan referensi lain secara garis besar juga sama, dimana pada *cognitive behavior therapy* pada konsep diri adalah menggali pengalaman konsep diri negatif, pikiran negatif dan perilaku negatif yang timbul, kemudian belajar mekanisme koping untuk mengatasi masalah pikiran dan perilaku yang negatif, dan akhirnya ada pencegahan kekambuhan.

Untuk memaksimalkan hasil, masing masing sesi *cognitive behaviour therapy* pada harga diri rendah akan dilakukan pada saat pasien menjalani hemodialisis, dalam waktu 3 minggu. Sedangkan jarak satu sesi dengan sesi berikutnya adalah 3- 4 hari sekali sesuai jadwal hemodialisis. Waktu yang digunakan untuk pelaksanaan 1 (satu) sesi *cognitive behavior therapy* lebih kurang 30 menit. Hal ini sesuai dengan *British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies* menyebutkan bahwa sesi terapi minimal antara 30 sampai dengan 60 menit. Pernyataan ini memberi arti bahwa proses pelaksanaan *cognitive behaviour therapy* berkisar antara 30 sampai dengan 60 menit.

F. TEMPAT PELAKSANAAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* (CBT)

Cognitive behavior therapy dilaksanakan di ruang rawat tempat pasien di rawat, suasana tenang, nyaman dan *privacy* terjaga.

G. DAFTAR PIKIRAN, PERASAAN DAN PERILAKU NEGATIF

a. Pikiran negatif

Menurut Beck (1987, dalam Townsend, 2009; Burns, 1998 dalam Safaria & Saputra, 2009) dan Oemarjoedi (2003), macam-macam pikiran otomatis negatif atau distorsi kognitif yang dapat menyebabkan kegalauan emosi dapat terjadi dalam

beberapa bentuk yaitu:

1. Pemikiran segalanya atau tidak sama sekali, hal ini menunjukkan segala sesuatu dari kategori hitam atau putih secara ekstrem. Contoh: karena saya telah kalah bersaing maka saya nol besar.
2. Terlalu mengeneralisasi (*over generalisasi*), yaitu memandang peristiwa yang negatif sebagai sebuah kekalahan tanpa akhir. Contoh: inilah saya selalu tidak dapat melakukan yang terbaik, saya sangat sial tidak dapat seperti oranglain.
3. Filter mental, yaitu menemukan hal kecil yang negatif dan terus memikirkannya sehingga pandangan dalam diri individu menjadi gelap. Contoh: Seorang pria menentukan kriteria kerja terlalu tinggi untuk memilih lapangan pekerjaan, berakibat kepada sulitnya kriteria tersebut terpenuhi, lalu menyimpulkan bahwa ia tidak layak untuk bekerja.
4. Mendiskualifikasikan yang positif, yaitu menolak pengalaman-pengalaman positif dengan bersikeras bahwa semua itu bukan apa-apa. Contoh: Mereka memuji saya kan hanya basa basi, sebenarnya saya kan jelek.
5. Loncatan kesimpulan, yaitu membuat sebuah penafsiran negatif walaupun tanpa fakta yang jelas untuk mendukung kesimpulan. Contoh: seorang pria yang mengalami kegagalan dalam perkawinannya menjadi enggan untuk membina hubungan baru karena yakin akan gagal lagi.
6. Pembesaran dan pengecilan, yaitu melebih-lebihkan pentingnya segala sesuatu hal (misalnya kesuksesan oranglain atau kesalahan diri sendiri). Contoh: kegagalan kecil dianggap sebagai akhir dari segala-galanya.
7. Penalaran emosional, yaitu menganggap bahwa emosi-emosi yang negatif mencerminkan bagaimana sebenarnya realita. Contoh: saya memang orang yang menyedihkan dan tidak berguna sekalipun hanya dalam mengerjakan tugas kuliah.
8. Pernyataan harus, yaitu mencoba menggerakkan diri sendiri dengan harus serta seharusnya tidak, seolah-olah harus dicambuk untuk melakukan sesuatu.

Contooh: seharusnya saya tidak terlambat, saya seharusnya datang tepat waktu dan harus disiplin.

9. Memberi cap salah / salah memberi cap, yaitu suatu bentuk ekstrem dari *overgeneralisasi*, selain menguraikan kesalahan dalam diri individu, individu memberi sebuah cap yang negatif pada diri sendiri. Contoh: saya adalah orang yang sial.
10. Personalisasi, yaitu memandang diri sebagai penyebab dari suatu peristiwa eksternal yang negatif. Distorsi ini merupakan sumber bersalah dan individu yang mengalaminya merasa bertanggungjawab atas semua peristiwa negatif yang terjadi. Contoh: saya adalah ibu yang jelek karena saya telah gagal melakukan pekerjaan tersebut.

Pada pasien harga diri rendah, pikiran otomatis negatif atau distorsi kognitif yang sering dijumpai adalah kepercayaan yang negatif terhadap diri, bias dan kritik diri (stillard, 2002).

Dampak harga diri rendah terhadap perasaan

Harga diri rendah merupakan upaya maladaptif yang digunakan pasien untuk memberikan kenyamanan terhadap stressor yang dialaminya. Sehingga pada saat halusinasi muncul, perasaan pasien bisa positif dan juga negatif. Perasaan positif dan negatif yang dirasakan pasien adalah

1. Perasaan Positif

Merasa senang, semangat, berani, tenang, riang gembira, nyaman, percaya diri, ingin tahu, sangat senang, energik, gembira, mengembirakan, bersemangat, gembira luar biasa, senang, baik, berterima kasih, senang, berharap, bergembira, penuh gairah, damai, lucu, bangga, rileks, nyaman, kuat, simpatik, hangat, sangat bagus, berguna, semakin muda (Smith, 2003).

2. Perasaan Negatif

Takut, marah, cemas, gelisah, malu, aneh, bosan, bingung, kalah, putus asa,

depresi, hancur, tidak puas, kecil hati, tidak dipercaya, malu, marah sekali, jengkel, tolol, gila, frustrasi, mati, bersalah, dibenci, tidak berdaya, menakutkan, bermusuhan, terhina, tersakiti, tidak sabar, tidak aman, terganggu, cemburu, sendiri, melankolis, menyedihkan, tidak dapat dimengerti, panik, pesimis, berprasangka, menyesal, malu, menyesal, susah sembuh, stres, terancam, menakutkan, lelah, terjebak, bermasalah, bimbang, tidak nyaman, tidak mudah, khawatir, tegang, letih (Smith, 2003).

b. Prilaku Negatif

Prilaku negatif yang timbul karena harga diri rendah adalah kurang aktivitas/ menurunnya aktifitas yang menyenangkan, asosiasi sosial, kurang ketrampilan bersosialisasi, merusak diri/ bunuh diri.

Stuart dan Laraia (2005); Smith (2003); Millis (2000, dalam Varcarolis, Carson dan Shoemaker, 2006); Carson (2000); Birchwood (2009) dan Copel (2007), menyebutkan bahwa untuk mengatasi prilaku yang negatif diatas maka pasien harga diri rendah diajarkan prilaku baru atau strategi coping baru untuk membantunya merubah harga diri . Prilaku baru yang akan dilatih pada pasien harga diri rendah meliputi: distraksi, meningkatkan interaksi sosial, meningkatkan aktivitas, relaksasi. Sedangkan Smith (2003) menyebutkan prilaku baru yang perlu dilatih pada pasien adalah *problem solving*, relaksasi, distraksi dan aktivitas terjadual.

H. PELAKSANAAN *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY*

1. Kriteria Terapis

Berdasarkan Doebbling (2007), pemberian terapi kesehatan jiwa ditatanan pelayanan kesehatan tidak hanya dapat diberikan oleh psikiater, tetapi juga dapat diberikan oleh seorang psikolog klinis, pekerja sosial kesehatan jiwa, perawat dan juga konselor.

Perawat praktisi keperawatan jiwa yang dapat melakukan terapi pada pasien gangguan jiwa harus memiliki keahlian sebagai seorang *register nurse* dengan latar belakang pendidikan master keperawatan atau di atasnya dan telah mendapatkan latihan. Perawat tersebut dapat melakukan psikoterapi secara mandiri dibawah supervisi doktor keperawatan (Doebbling, 2007). Pernyataan tersebut memberi arti bahwa perawat spesialis jiwa merupakan salah satu tim kesehatan yang dapat memberikan *cognitive behaviour therapy*.

Di Indonesia sendiri, pelayanan keperawatan jiwa seperti diatas telah dikembangkan. Hamid (2009) menyebutkan bahwa perawat profesional yang dapat memberikan *nursing treatment* adalah perawat yang berada pada level magister atau doktor keperawatan yang tersertifikasi seta menjalankan peran sebagai pakar praktisi pada satu bidang tertentu seperti jiwa dan lainnya.

Kriteria pelaksana/terapis *cognitive behavior therapy* pada harga diri rendah yaitu:

1. Minimal lulus Spesialis keperawatan jiwa
2. Berpengalaman dalam praktek keperawatan jiwa

2. Proses kerja

a. Persiapan

i. Melakukan seleksi pasien

Pasien yang dipilih adalah pasien GGK di unit hemodialisis yang mengalami harga diri rendah yang dapat dikaji melalui lembar kuisisioner tanda dan gejala harga diri rendah.

ii. Menyetujui pelaksanaan *cognitive behavior therapy* dalam 5 sesi dimana masing-masing sesi diulang 2-3 kali dan dilaksanakan sesuai dengan jadwal hemodialisis dijaninkannya.

2) **Pelaksanaan**

Sesi 1 : Pengkajian

Mengungkapkan pengalaman harga diri rendah serta pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien yang berkaitan dengan stressor yaitu pengalaman halusinasi yang dialami, serta latihan satu pikiran otomatis negatif.

Sesi 2 : Terapi Kognitif

Meriview pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional yang dilakukan pasien secara mandiri dan melatih untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

Sesi 3 : Terapi Perilaku

Meriview pikiran otomatis dan evaluasi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis pertama dan kedua yang dilakukan pasien secara mandiri, mengidentifikasi perilaku negatif yang akan diubah, mengidentifikasi perilaku positif yang baru, menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul dan mendiskusikan konsekwensi positif atau konsekwensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan

Sesi 4 : Evaluasi Terapi kognitif dan perilaku

Meriview pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekwensi yang disepakati

Sesi 5 : Mencegah Kekambuhan

Meriview pikiran otomatis negatif dan perilaku negative, menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan dengan cara mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dalam mengatasi masalah

3. Evaluasi dan Dokumentasi

Evaluasi dan dokumentasi dilakukan dengan 2 cara:

1. Buku kerja pasien

Buku kerja pasien merupakan buku yang berisikan seluruh catatan harian pasien, seluruh perasaan, perilaku dan pikiran otomatis negatif akibat halusinasi dan catatan tentang cara melawan pikiran otomatis negatif dan perilaku yang akan diubah. Buku kerja ini akan disimpan oleh pasien sendiri dan dibawa setiap akan mengikuti terapi. Penggunaan buku kerja tersebut pada awal sesi dilakukan setelah terapis mendiskusikan cara penggunaan buku dan setelah menggali dan membantu pasien mengungkapkan pikiran otomatis negatif.

2. Buku raport pasien

Buku raport pasien merupakan buku tentang dokumentasi evaluasi pelaksanaan *cognitive behavior therapy* pada pasien harga diri rendah yang dipegang oleh terapis. Buku ini berisikan tentang kemampuan pasien melakukan sesi demi sesi dalam *cognitive behavior therapy*.

3. Peran terapis

- a. Membantu pasien mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri (*assessment*) dan mengenali pikiran negatif dan perilaku maladaptive yang dialami.

- b. Membantu pasien belajar cara untuk mengatasi pikiran negatif dan perilaku maladaptif.
- c. Membantu pasien menyusun rencana tindakan yang akan dilakukan dalam merubah perilaku negatif.
- d. Menyepakati dengan pasien konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- e. Memberikan *feed back* pada pasien atau hasil kemajuan dan perkembangan terapi.
- f. Mendiskusikan dengan pasien tentang kemajuan dan perkembangan terapi.
- g. Membantu pasien untuk tetap menerapkan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku yang ditampilkan.
- h. Mengevaluasi pelaksanaan tindakan terhadap perilaku dengan konsekuensi yang telah disepakati.
- i. Membuat komitmen dengan pasien untuk melakukan metode untuk mengubah pikiran jadi positif dan perilaku jadi adaptif secara mandiri dan berkesinambungan yaitu pasien sendiri yang membantu dirinya untuk mencegah kekambuhan.
- j. Membuat komitmen dengan pasien untuk secara aktif melakukan pikiran, perasaan dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi.

BAB III

IMPLEMENTASI *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* PADA PASIEN HARGA DIRI RENDAH

Pada bab ini akan dijelaskan aplikasi pelaksanaan *Cognitive Behavior Therapy* pada masing – masing sesi.

SESI I. CBT: PENGKAJIAN

Tujuan:

Pasien mampu:

1. Mengungkapkan pengalaman harga diri rendah, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri (*assessment*)
2. Melatih cara untuk mengatasi satu pikiran negatif

Setting

- a. Pertemuan dilakukan di ruang ruang rawat/unit hemodialisa rumah sakit
- b. Suasana ruangan harus tenang
- c. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

Alat

- a. Buku raport pasien halaman 1
- b. Buku kerja pasien
- c. Alat tulis

Metode

- a. Diskusi dan tanya jawab

Langkah-Langkah Kegiatan**A. Persiapan**

1. Membuat kontrak dengan pasien bahwa terapi akan dilaksanakan secara individual dalam 5 (lima) sesi, dimana masing-masing sesi dilakukan 2 kali selama \pm 30 menit. Jika pasien berhasil melewati masing-masing sesi sesuai kriteria maka pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya, jika tidak maka pasien akan mengulangi sesi tersebut.
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. Pelaksanaan**1. Orientasi****a. Salam terapeutik**

- 1) Salam dari terapis

- 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis
- 3) Menanyakan nama dan panggilan pasien
- b. Evaluasi/validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
 - 2) Mengevaluasi cara generalis yang telah diketahui pasien dalam merubah harga diri/meningkatkan harga diri
- c. Kontrak
 - 1) Menjelaskan tujuan pertemuan pertama yaitu:
 - 2) Membantu pasien mengungkapkan pengalaman harga diri rendah, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri (*assessment*)
 - 3) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran negatif
 - 4) Terapis menjelaskan aturan sebagai berikut:
 - a) Terapi dilakukan dalam 5 sesi, setiap sesi akan diulang 2 - 3 kali dengan jarak disesuaikan dengan jadwal hemodialisis. Terapi dilakukan dalam waktu 3 minggu dan jarak satu sesi dengan sesi berikutnya adalah 2 hari sekali atau disesuaikan jadwal hemodialisis.
 - b) Lama kegiatan \pm 30 menit
 - c) Pasien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai
 - d) Pasien berperan aktif dalam mengungkapkan pengalaman harga diri rendah, perasaan, perilaku dan pikiran.
 - e) Terapis menjelaskan buku kerja pasien

2. Fase Kerja

- b. Terapis mendiskusikan tentang :
 - 1) Semua pengalaman harga diri rendah
 - 2) Perasaan dan perilaku negatif yang muncul akibat harga diri rendah

- 3) Semua pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri
 - 4) Mencatat perasaan, perilaku dan pikiran negatif dalam buku kerja pasien oleh pasien atau mahasiswa
- c. Melatih satu pikiran otomatis negatif
- 1) Memilih satu pikiran negatif yang paling mengganggu
 - 2) Mencatat pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif dalam buku kerja pasien
 - 3) Latihan cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif yaitu dengan cara pasien diminta untuk mengisi pikirannya dengan pikiran otomatis negatif tersebut dan mencoba melawannya dengan cara mengatakan pada dirinya sendiri "tapi kan saya" dengan pikiran positif (dialog internal).
Contoh: saya merasa tidak berdaya karena suara-suara tersebut sangat kuat tapi kan saya bisa mengontrolnya karena tidak ada yang tidak mungkin terjadi didunia ini.
- d. Terapis memberikan pujian atas komitmen dan semangat pasien.
3. Terminasi
- a. Evaluasi
- 1) Menanyakan perasaan pasien setelah latihan
 - 2) Mengevaluasi kemampuan pasien mengenali perasaan dan perilaku maladaptif yang dialami serta pikiran negatif
 - 3) Mengevaluasi kemampuan pasien dalam melatih cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif
 - 4) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama pasien yang baik
- b. Tindak lanjut
- 1) Mengajukan pasien untuk latihan mandiri cara untuk mengatasi pikiran

negatif akibat GGK dan harga diri rendah yang sudah dipelajari, catat waktu terjadinya, cara yang dilakukan dan bagaimana hasilnya.

- 2) Mencatat perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya pada buku kerja pasien
 - 3) Mencatat pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif akibat GGK dan harga diri rendah dibuku kerja pasien
- c. Kontrak yang akan datang
- 1) Menepakati topik percakapan pada sesi 2 yaitu pasien mampu mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Dokumentasi evaluasi

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 1 adalah kemampuan pasien memperkenalkan diri, mengungkapkan pengalaman harga diri rendah, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, memilih satu pikiran otomatis negatif untuk dilatih, mengidentifikasi hal positif untuk mengatasi pikiran negatif dan latihan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang pertama.

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 1, pasien mampu mengungkapkan pengalaman harga diri rendah, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif tentang diri sendiri, memilih satu pikiran negatif, mengidentifikasi hal positif dan latihan satu pikiran negatif otomatis, pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 2. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 1, pasien belum mampu mengungkapkan pengalaman harga diri rendah, perasaan dan perilaku negatif yang dialami pasien, pikiran otomatis yang negatif yang dialami pasien, dianjurkan pasien untuk

melatih diri di secara mandiri (buat jadwal).

D. Buku raport pasien

Sesi 1 CBT: Pengkajian

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal	Tanggal
1	Memperkenalkan diri dengan baik.		
2	Mengungkapkan pengalaman harga diri rendah		
3	Mengungkapkan perasaan dan perilaku negatif yang timbul akibat pikiran negatif		
3	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif terhadap diri sendiri		
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		
	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 ≥ 4 : pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
2. Bila nilai ≤ 3 : pasien harus mengulangi sesi

E.Format Dokumentasi di buku kerja pasien

Sesi 1 CBT: Daftar Pikiran Otomatis Negatif

Pengalaman Harga diri rendah	Perasaan dan Prilaku negatif yang muncul	Pikiran Negatif yang muncul	Ket.

Sesi 1 CBT: Terapi kognitif

Tanggal:

Pikiran otomatis yang akan dirubah :

No	Cara melawan pikiran otomatis negatif	Hasil
1.		
2.		
3.		
4.		
5		

SESI 2. CBT: TERAPI KOGNITIF

Tujuan

Pasien mampu:

1. Mereview pikiran otomatis yang negatif yang masih ada yang berkaitan dengan diri sendiri.
2. Mendemonstrasikan cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang rawat / unit hemodialisa di rumah sakit
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

Alat

1. Buku raport pasien halaman 2
2. Buku kerja pasien
3. Alat tulis

Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

Langkah-Langkah Kegiatan

A. Persiapan

1. Mengingatkan kontrak dengan pasien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. Pelaksanaan

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis dengan memanggil nama panggilan pasien

b. Evaluasi/validasi

- 2) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
- 3) Menanyakan kepada pasien GGK apakah merasa harga diri rendah, pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.
- 4) Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif yang telah dilatih
- 5) Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat merasa harga diri rendah
- 6) Mengevaluasi apakah halusinasi telah berkurang
- 7) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 2 yaitu memilih pikiran otomatis yang negatif yang kedua yang akan diubah.
- 2) Menyetujui tempat dan waktu

2. Fase Kerja

- a. Menanyakan apakah pasien sudah memilih pikiran otomatis kedua yang akan diubah
- b. Diskusikan dengan pasien pikiran otomatis negatif kedua yang telah dipilih untuk diselesaikan dalam pertemuan kedua ini
- c. Latih pasien cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan cara mencatat pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif dalam buku kerja pasien, latihan cara untuk mengatasi satu pikiran otomatis negatif yaitu dengan cara pasien diminta untuk mengisi pikirannya dengan pikiran otomatis negatif tersebut dan mencoba melawannya dengan cara mengatakan pada dirinya sendiri "tapi kan saya" dengan pikiran positif (dialog internal)
- d. Memberikan pujian terhadap keberhasilan pasien.
- e. Terapis memberi *reinforcement* positif terhadap keberhasilan pasien

3. Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah latihan mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.
 - 2) Menanyakan berapa pikiran otomatis negatif yang telah dilatih
 - 3) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan pasien
- b. Tindak lanjut
 - 1) Anjurkan pasien untuk melawan pikiran otomatis negatif 1 dan 2, jika muncul dibuat di buku kerja pasien kapan waktunya, cara yang dilakukan dan bagaimana hasilnya

- 2) Anjurkan pasien untuk menuliskan perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi pada buku kerja pasien
- 3) Anjurkan pasien untuk mencatat pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif di buku kerja pasien
- 4) Motivasi pasien untuk melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang lainnya secara mandiri

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyetujui topik percakapan pada sesi 3 yaitu menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif
- 2) Mendiskusikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien apabila pasien melakukan atau tidak melakukan

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi Proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pasien melatih cara mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 2, pasien mampu mereview pikiran negatif dan pikiran otomatis yang negatif serta cara penyelesaian masalah. Pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 3. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 2, pasien belum mampu mereview pikiran negatif serta cara penyelesaian masalah, dianjurkan pasien untuk melatih diri di mandiri /mengulangi sesi 2(buat jadwal).

D. Dokumentasi Evaluasi di buku raport pasien

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 format cara melawan pikiran negatif		
4	Menulis pikiran positif untuk mengatasi pikiran negatif yang kedua		
5	Melatih cara untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua		
	Jumlah		

1. Petunjuk penilaian:

- a. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
- b. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

2. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

- a. Bila nilai ≥ 3 : pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- b. Bila nilai ≤ 2 : pasien harus mengulangi sesi

E. Format Dokumentasi di buku kerja pasien

Sesi 2 CBT: Terapi kognitif

Tanggal:

Pikiran otomatis yang akan dirubah :

No	Cara melawan pikiran otomatis negatif	Hasil
1.		
2.		
3.		
4.		

SESI 3. CBT: TERAPI PERILAKU

Tujuan:

Pasien mampu:

1. Memilih perilaku negatif yang akan dirubah
2. Mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif sesuai dengan terapi generalis
3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif
4. Menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif yang muncul akibat pengalaman halusinasi
5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatifnya
6. Menampilkan perilaku yang baru
7. Mendiskusikan konsekwensi positif dari perilaku positif dan konsekwensi negatif untuk perilaku negatif

Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang rawat /unit hemodialisa rumah sakit
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

Alat

1. Buku kerja pasien
2. Buku raport pasien
3. Alat tulis

Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

Langkah-Langkah Kegiatan

A. Persiapan

1. Mengingatkan kontrak dengan pasien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

B. Pelaksanaan

1. Orientasi

a. Salam terapeutik

- 1) Salam dari terapis dengan memanggil nama panggilan pasien

b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
- 2) Menanyakan kepada pasien apakah pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.
- 3) Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif
- 4) Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya saat mengalami harga diri rendah
- 5) Mengevaluasi apakah harga diri sudah berubah
- 6) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian

c. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan sesi 3 yaitu memilih satu perilaku negatif untuk diubah, mengidentifikasi cara perilaku positif yang dimiliki/digunakan, mengidentifikasi cara perilaku baru yang positif untuk mengatasi perilaku negatif, menyusun rencana tindakan untuk mengatasi perilaku negatif dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien
- 2) Menyepakati tempat dan waktu

2. Fase Kerja

- a. Terapis mendiskusikan dengan pasien perilaku negatif yang muncul dari pikiran otomatis negatif dan yang sudah dituliskan pada buku harian pasien.
- b. Terapis mendiskusikan dengan pasien tentang perilaku negatif yang dipilih untuk diubah.
- c. Terapis menjelaskan tentang cara mengubah perilaku negatif yaitu dengan

prilaku positif yang telah dimiliki serta dengan prilaku baru yang positif yaitu relaksasi dan distraksi

- d. Terapis bersama pasien mendiskusikan cara perilaku positif yang dimiliki pasien untuk mengubah perilaku negatif (yang sudah dipelajari dari terapi generalis yaitu: menghardik, bercakap-cakap, melakukan aktivitas dan patuh obat). Jika pasien belum mengasai maka terapis akan melatihnya.
- e. Terapis mendiskusikan 1 perilaku baru yang akan dilatih untuk melawan perilaku negatif yaitu tehnik relaksasi (relaksasi *via letting go* yang dilakukan dalam waktu 10-15 menit, caranya: fokus pada pernafasan, tarik nafas dalam dan keluarkan nafas secara perlahan, fokus pada beberapa area tubuh (5 otot yaitu: otot muka, otot tangan, otot punggung, otot perut dan otot kaki) yang terasa tegang dan dengan keluar masuknya nafas biarkanlah ketegangan tersebut menghilang dari otot-otot, mulai dari bagian atas dan ulangi beberapa kali)
- f. Terapis membuat kesepakatan dengan pasien tentang cara untuk mengubah satu perilaku negatif (dengan 7 cara yaitu: bercakap-cakap, beraktivitas, relaksasi otot muka, relaksasi otot tangan, relaksasi otot punggung, relaksasi otot perut dan relaksasi otot kaki), apakah pasien akan mencoba mengganti perilaku negatif tersebut dengan 7 cara tersebut atau tidak.
- g. Terapis menjelaskan pada pasien tentang konsekuensi positif dan konsekuensi negatif terhadap perilaku baru yang dipelajari
- h. Terapis membantu pasien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
- i. Terapis bersama pasien membuat komitmen tentang bagaimana pasien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif

3. Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Terapis menanyakan pada pasien perasaan setelah latihan perilaku positif untuk mengatasi perilaku negatif

2) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah menentukan perilaku baru yang dipelajari

3) Terapis menanyakan perilaku negatif lain yang timbul akibat pikiran otomatis yang negatif

b. Tindak lanjut

1) Anjurkan pasien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati

2) Motivasi pasien untuk melatih mengubah perilaku negatif lain secara mandiri

3) Bantu pasien memasukkan kegiatan mempraktekkan perilaku baru dalam jadwal kegiatan harian pasien yang diberikan.

4) Anjurkan pasien untuk tetap melatih melawan pikiran negatif dan menuliskannya dalam buku kerja

c. Kontrak yang akan datang

1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 4 yaitu kemampuan pasien 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 pasien

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pasien menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan

adalah pasien mengikuti CBT sesi 3, pasien mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien. Pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 4. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 3, pasien belum mampu menyusun rencana perilaku baru yang positif yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif dan konsekuensi negatif kepada pasien. Dianjurkan pasien untuk melatih diri secara mandiri /mengulangi sesi 3(buat jadwal).

D. Dokumentasi Evaluasi di buku raport pasien

Sesi 3. CBT: Terapi Perilaku

No	Aspek yang dinilai	Nilai	
		Tanggal:	Tanggal
1	Mengidentifikasi perilaku yang negatif di buku kerja		
2	Memilih satu perilaku yang negatif yang akan dirubah.		
3	Mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki 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 sangsi yang akan didapatkan jika melakukan kelakuan yang buruk		
	Jumlah		

1. Petunjuk:

- a. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
- b. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

2. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

- a. Bila nilai ≥ 4 : pasien dapat melanjutkan ke Sesi berikutnya
- b. Bila nilai ≤ 3 : pasien harus mengulangi Sesi 3

E. Format Dokumentasi di buku kerja pasien

Sesi 3. CBT: Terapi Perilaku

Tanggal :

Perilaku Yang Akan Dirubah

Perilaku yang akan diubah :

No	Perilaku yang baru	Hadiah	Sanksi
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

SESI 4. CBT: TERAPI PERILAKU

Tujuan

Pasien mampu:

1. Memilih perilaku negatif kedua yang akan dirubah
2. Mengidentifikasi perilaku positif yang digunakan untuk merubah perilaku negatif kedua sesuai dengan terapi generalis
3. Mengidentifikasi perilaku positif yang baru untuk mengubah perilaku negatif kedua
4. Menyusun rencana perilaku untuk mengubah perilaku negatif kedua yang muncul akibat pengalaman GGK dan harga diri rendah
5. Melatih pasien melakukan perilaku baru untuk mengubah perilaku negatif kedua

6. Menampilkan perilaku yang baru
7. Mendiskusikan konsekuensi positif dari perilaku positif dan konsekuensi negatif untuk perilaku negatif
8. Menerapkan terapi secara konsisten

Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruang rawat pasien/unit hemodialisa
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

Alat

1. Buku kerja pasien
2. Buku raport pasien
3. Alat tulis

Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingat kontrak dengan pasien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Pelaksanaan
 - a. Orientasi
 - 1) Salam terapeutik
 - 2) Salam dari terapis dengan memanggil nama panggilan pasien
 - b. Evaluasi/validasi
 - 1) Menanyakan bagaimana perasaan pasien saat ini
 - 2) Menanyakan kepada pasien apakah pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.

- 3) Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis negatif
- 4) Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi
- 5) Mengevaluasi apakah harga diri berubah
- 6) Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian
- 7) Menanyakan apakah perilaku baru telah dilakukan, apakah perilaku negatif berkurang dan perolehan bintang sebagai hadiah
- 8) Memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.

3. Kontrak

- 1) Menjelaskan tujuan terapi sesi 4 yaitu mengevaluasi :
 - a) kemampuan merubah perilaku negatif kedua menjadi perilaku positif
 - b) kemampuan menerapkan terapi secara konsisten.
- 2) Menyepakati tempat dan waktu pertemuan sesi 4

2. Fase Kerja

- a. Terapis mendiskusikan dengan pasien tentang perilaku negatif yang kedua yang dipilih untuk diubah.
- b. Terapis mendiskusikan perilaku baru kedua yang akan dilatih untuk melawan perilaku negatif yaitu tehnik distraksi (melakukan aktivitas yang bermanfaat saat merasakann harga diri rendah datang seperti melaksanakan hobi/kegiatan yang disenangi dan dapat dilakukan di rumah sakit maupun di rumah)
- c. Terapis menjelaskan tentang cara untuk mengubah satu perilaku negatif dan menggantinya dengan perilaku yang baru
- d. Terapis menjelaskan pada pasien tentang konsekuensi positif dan konsekwensi negatif terhadap perilaku baru yang dipelajari

- e. Terapis membantu pasien untuk mempraktekkan perilaku baru yang disepakati
- f. Terapis bersama pasien membuat komitmen tentang bagaimana pasien dan terapis menerapkan konsekuensi positif dan negatif
- g. Terapis memberikan dukungan dan semangat pada kemajuan yang dicapai pasien
- h. Terapis memberikan feedback atas kemajuan dan perkembangan terapi.
- i. Terapis mengingatkan pasien untuk menerapkan terapi secara konsisten dengan tetap menggunakan format melawan pikiran negatif dalam mengatasi pikiran negatif dan mempraktekkan perilaku baru yang adaptif
- j. Terapis mengevaluasi pelaksanaan tindakan tingkah laku dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati.

4. Terminasi

- a. Evaluasi
 - 1) Terapis menanyakan perasaan pasien setelah melaksanakan perilaku baru yang dipelajari
 - 2) Terapis menanyakan pada pasien pikiran positif yang muncul saat ini.
 - 3) Terapis menanyakan pada pasien perilaku baru apa yang akan dilakukan
 - 4) Berikan pujian untuk jawaban pasien
- b. Tindak lanjut
 - 1) Anjurkan pasien untuk mempertahankan dan meningkatkan kemampuan berfikir secara positif
 - 2) Anjurkan pasien untuk melatih cara melawan pikiran negatif lain dan mengubah perilaku negatif secara mandiri dan menuliskannya di buku kerja
 - 3) Anjurkan pasien untuk tetap menerapkan perilaku baru yang disepakati
 - 4) Anjurkan pasien untuk tetap menerapkan terapi secara konsisten dengan menerapkan cara melawan pikiran negatif dan melaksanakan perilaku baru yang positif
 - 5) Masukkan kegiatan dalam jadwal kegiatan harian pasien.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyetujui topik percakapan sesi 5 yaitu membantu pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.

C. Dokumentasi Evaluasi di buku raport pasien

1. Evaluasi proses

evaluasi dilakukan saat proses CBT berlangsung, khususnya pada tahap fase kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan pasien 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. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 4, pasien mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati. Pasien dapat melanjutkan untuk mengikuti sesi 5. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT sesi 4, pasien belum mampu mengubah pikiran negatif menjadi pikiran positif, merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif, menerapkan terapi secara konsisten dengan konsekuensi-konsekuensi yang telah disepakati. Pasien dianjurkan untuk melatih diri secara mandiri /mengulangi sesi 4 (buat jadwal).

F. Dokumentasi Evaluasi di buku rapport pasien

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 sanksi yang diperoleh		
	Jumlah		

1. Petunjuk penilaian:

- a. Beri nilai 1 jika : perilaku tersebut dilakukan
- b. Beri nilai 0 jika : perilaku tersebut tidak dilakukan

2. Prasyarat mengikuti sesi berikutnya:

- a. Bila nilai ≥ 3 : pasien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- b. Bila nilai ≤ 2 : pasien harus mengulangi sesi

E. Format Dokumentasi di buku kerja pasien

Sesi 4. CBT: Evaluasi Terapi Kognitif dan Terapi Perilaku

Tanggal :

No	Pikiran positif	Perilaku yang baru	Hadiah
1			
2			
3			

SESI 5. CBT: KEMAMPUAN MERUBAH PIKIRAN NEGATIF DAN PERILAKU MALADAPTIF UNTUK MENCEGAH KEKAMBUHAN

Tujuan

Pasien mampu:

- 1. Melakukan pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi.

2. Memahami pentingnya CBT dan psikofarmaka disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan.
3. Mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan

Setting

1. Pertemuan dilakukan di ruangan rawat pasien/ unit hemodialisa
2. Suasana ruangan harus tenang
3. Pasien duduk berhadapan dengan terapis

Alat

1. Buku kerja pasien
2. Buku raport pasien
3. Alat tulis

Metode

1. Diskusi dan tanya jawab

Langkah-Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a. Mengingatkan kontrak dengan pasien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
2. Pelaksanaan
 - a. Orientasi
 - 1) Salam terapeutik
 - a) Salam dari terapis dengan memanggil nama pasien
3. Evaluasi/validasi
 - a. Menanyakan kepada pasien apakah pikiran otomatis negatif seperti yang dilatih muncul, jika muncul kapan waktunya, cara apa yang telah dilakukan dan bagaimana hasilnya.
 - b. Menanyakan apakah ada pikiran positif lain yang dapat melawan pikiran otomatis

negatif

- c. Menanyakan apakah ada perasaan, perilaku dan pikiran negatif lainnya yang muncul saat halusinasi terjadi
 - d. Mengevaluasi apakah halusinasi telah berkurang
 - e. Evaluasi kemampuan dan hambatan pasien dalam membuat catatan harian
 - f. Menanyakan apakah perilaku baru telah dilakukan
 - g. Menanyakan apakah perilaku baru tetap diterapkan dalam mengubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif berkurang.
 - h. Jika sudah, berikan konsekuensi positif dan jika belum, berikan konsekuensi negatif yang disepakati
 - i. Memberikan pujian atas keberhasilan pasien dalam usaha untuk menyelesaikan masalah.
4. Kontrak
- a. Menjelaskan tujuan sesi V yaitu :
 - 1) Membantu pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi
 - 2) Membantu pasien memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan
 - 3) Melakukan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan
 - 4) Menyepakati tempat dan waktu
5. Fase Kerja
- a. Terapis menganjurkan pasien 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 positif.

- c. Terapis mendiskusikan apa yang akan dilakukan pasien sendiri.
 - d. Terapis menganjurkan pasien untuk mencatat kegiatan yang akan dilakukan sendiri
 - e. Diskusikan cara-cara mencegah kambuhnya halusinasi yaitu dengan mengubah pikiran negatif dan perilaku negatif dengan pikiran positif dan perilaku positif yang dimiliki serta dengan psikofarmaka.
 - f. Terapis menganjurkan pasien untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan
 - g. Terapis bersama pasien menyimpulkan untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi.
6. Terminasi
- a. Evaluasi
 - 1) Terapis mengevaluasi kemampuan pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi dan kemampuan pasien memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan.
 - 2) Terapi menanyakan perasaan pasien setelah menyepakati untuk mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan
 - 3) Berikan pujian atas keberhasilan pasien
 - b. Tindak lanjut
 - 1) Anjurkan pasien 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 pasien.

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Mengakhiri pertemuan dan disepakati jika pasien 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 pasien untuk secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, kemampuan pasien memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan, mempertahankan pikiran positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan

2. Dokumentasikan kemampuan yang dimiliki pasien saat CBT pada catatan proses keperawatan. Jika pasien dianggap mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT Sesi 5, pasien mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku positif dalam setiap masalah yang dihadapi, pasien mampu memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan, pasien mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan. Jika pasien dianggap belum mampu, maka catatan keperawatan adalah pasien mengikuti CBT Sesi 5, pasien belum mampu secara aktif membentuk pikiran positif dan perilaku adaptif dalam setiap masalah yang dihadapi, memahami pentingnya psikofarmaka dan CBT disamping terapi modalitas lainnya untuk mencegah kekambuhan, melakukan mempertahankan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan, dianjurkan pasien untuk melatih diri secara mandiri / mengulangi sesi 5 (buat jadwal).

F. Dokumentasi evaluasi proses CBT di buku rapport pasien

**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 pasien mengatasi masalah		
4	Menyebutkan akibat jika penanganan harga diri rendah 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 ≥ 4 : pasien dapat menyelesaikan sesi terakhir
2. Bila nilai ≤ 3 : pasien harus mengulangi sesi

G. Format Dokumentasi di buku kerja pasien

Sesi 5. CBT : Kemampuan merubah pikiran negatif dan perilaku maladaptif untuk mencegah kekambuhan

Tanggal:

No	Menyebutkan keuntungan jika memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk membantu pasien mengatasi masalah	Menyebutkan akibat jika harga diri rendah tidak ditangani segera	Menyebutkan manfaat pengobatan (jika diperlukan)	Menyebutkan manfaat terapi modalitas lain untuk kesembuhan
1				
2				
3				
4				
5				
6				

BAB IV

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. *Cognitive Behaviour Therapy* merupakan terapi yang dilakukan untuk membantu individu mengevaluasi kembali kognitif/cara berfikir, keyakinan, dan perilaku yang tidak adaptif yang disebabkan oleh masalah yang dihadapinya. Sehingga individu merasa menjadi lebih baik.
2. *Cognitive Behaviour Therapy* telah terbukti efektif meningkatkan konsep diri harga diri pada remaja dengan gangguan citra tubuh seperti penelitian yang dilakukan oleh Sulistio (2006).

B. Saran

1. Perlu kerjasama yang terintegrasi dari seluruh tim kesehatan ditatanan pelayanan dalam upaya penanganan pasien harga diri rendah sehingga kualitas pelayanan menjadi lebih optimal.
2. Dibutuhkan pelatihan dan pendidikan yang berkelanjutan dalam melakukan *Cognitive Behaviour Therapy* bagi tim kesehatan khususnya perawat.

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

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

Nama : Tri Setyaningsih
NPM : 0906621514
Program Studi : Pasca Sarjana
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Pengaruh Cognitive Behavior Therapy (CBT) Terhadap Perubahan Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik Di Unit Hemodialisa Rumah Sakit Husada Jakarta.

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia atau 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 atau pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 12 Juli 2011
Yang menyatakan



(Tri Setyaningsih)



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 : 1066 /H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

7 April 2011

Yth. Direktur
RS. Husada
Jakarta

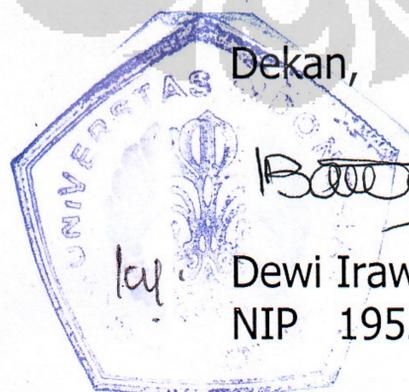
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Tri Setyaningsih
0906621514

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Terhadap Perubahan Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik di Unit Hemodialisa RS. Husada Jakarta"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Husada Jakarta.

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. Kepala Diklat RS. Husada
3. Kepala Bidang Keperawatan RS. Husada
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peringgal



RUMAH SAKIT HUSADA

RSUP WILAYAH JAKARTA PUSAT BAGIAN UTARA

Jl. Raya Mangga Besar No. 137 - 139, Jakarta 10730, Indonesia

KOTAK POS 2165 / JKT 10001

Tel.: (62-21) 626 0108, 649 0090, 601 0500 (Hunting) Fax. (62-21) 649 7494

E-mail: husada@husada.co.id Website: http://www.husada.co.id

No : 1243/B/Dirut/IV/2011
Lampiran : 4 (empat) lembar
Hal : Ijin penelitian

Jakarta, 27 April 2011

Kepada Yth,
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Jl Kampus UI Depok
Depok

Dengan hormat,

Membalas surat No 1066/H2 F12.D/PDP.04.02/2011, tanggal 07 April 2011, perihal permohonan ijin penelitian, dengan ini kami sampaikan pada prinsipnya kami menyetujui mahasiswi program magister Ilmu Keperawatan peminatan keperawatan jiwa fakultas ilmu keperawatan universitas indonesia (FIK-UI) atas nama **Sdr Tri Setyaningsih (0906621514)** untuk mengadakan penelitian dengan judul "**Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Terhadap Perubahan Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik di Unit Hemodialisa RS. Husada Jakarta**".

Mahasiswi tersebut bersedia untuk mentaati tata tertib dan peraturan yang berlaku di RS HUSADA (terlampir), dan menjaga kerahasiaan seluruh informasi kesehatan mengenai pasien baik lisan maupun tulisan.

RS HUSADA tidak menanggung biaya kesehatan atau biaya apapun dan oleh sebab apapun kepada mahasiswi pada saat mengadakan penelitian.

Biaya administrasi dapat ditransfer ke **Bank Bumi Arta Cab. Pangeran Jayakarta a.n RS HUSADA, No. Rek. 102-12-51001**, dengan mencantumkan nama sekolah/nama mahasiswi, dan bukti transfer dapat dikirim ke No. Fax. 021-6497494.

Untuk koordinasi selanjutnya agar menghubungi **Ka Divisi Keperawatan RS HUSADA, Ns. Ni Putu Ayu. J. Sastamidhyani, S Kep**, telepon 021-6260108, pesawat 8802,8923.

Demikian, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami
Direksi RS HUSADA

Dr Prhanantyo Setyabudi, Tjokro Widodo, MMR
Direktur Utama

- Tembusan :
- Direktur Pelayanan
 - Kepala Divisi Keperawatan
 - Manager Keperawatan
 - Ruang terkait
 - Bagian Rekam Medis & Informasi Kesehatan



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 Behavior Therapy Terhadap Perubahan Harga Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik di Unit Hemodialisa RS. Husada Jakarta.

Nama peneliti utama : **Tri Setyaningsih**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 19 Mei 2011

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Tri Setyaningsih

NPM : 0906621514

Tanda tangan :

Tanggal : Juli 2011

