



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN LATIHAN ASERTIF
TERHADAP DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGUBAH
PERSEPSI DIRI *CAREGIVER* PASIEN JANTUNG
DI RS JANTUNG HARAPAN KITA JAKARTA**

TESIS

**Fitri Wijayati
NPM.1006800850**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN LATIHAN ASERTIF
TERHADAP DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGUBAH
PERSEPSI DIRI *CAREGIVER* PASIEN JANTUNG
DI RS JANTUNG HARAPAN KITA JAKARTA**

TESIS

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

Oleh :

**Fitri Wijayati
NPM 1006800850**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK, JULI 2012**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis
Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juli 2012.

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Ir. Yusron Nasution, MKM

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Fitri Wijayati
NPM : 1006800850
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Jiwa
Judul Tesis : Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri *Caregiver* Pasien Jantung Di RS Jantung Harapan Kita Jakarta

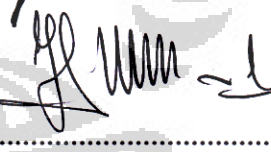
Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar **Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.**

DEWAN PENGUJI

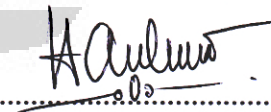
Pembimbing I : Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App., Sc

()

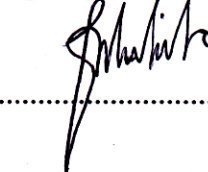
Pembimbing II : Ir. Yusron, Nasution, MKM

()

Penguji : Novy Helena C. D., SKp., M.Sc

()

Penguji : Sri Hunun Widiastuti, M.Kep., Sp.Kep., J

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 12 Juli 2012

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Puji dan Syukur penulis panjatkan ke Hadirat Allah SWT atas Rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul **“Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri *Caregiver* Pasien Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta Tahun 2012”**.

Penyusunan tesis ini tidak terlepas dari dukungan berbagai pihak. Pada kesempatan ini perkenankan penulis mengucapkan terima kasih yang mendalam kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., MN, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.,Sc. selaku Pembimbing I, yang telah membimbing penulis dengan sabar, teliti, dan bijaksana, serta senantiasa meluangkan waktu untuk memberi masukan yang berharga, dan motivasi yang luar biasa dalam penyelesaian tesis ini.
4. Bapak Ir. Yusron Nasution, MKM selaku Pembimbing II, yang telah memberikan arahan, bimbingan, dan masukan yang sangat berharga kepada penulis selama proses penyusunan tesis ini.
5. Ibu Novy Helena Christina Daulima, S.Kp., M.Sc selaku penguji yang selalu memberikan saran yang berharga untuk perbaikan tesis ini.
6. Ibu Sri Hunun Widiastuti, M.Kep., Sp.Kep.J selaku penguji yang telah memberikan masukan yang berarti terhadap perbaikan tesis ini.
7. Staf pengajar Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas bekal ilmu yang berharga.

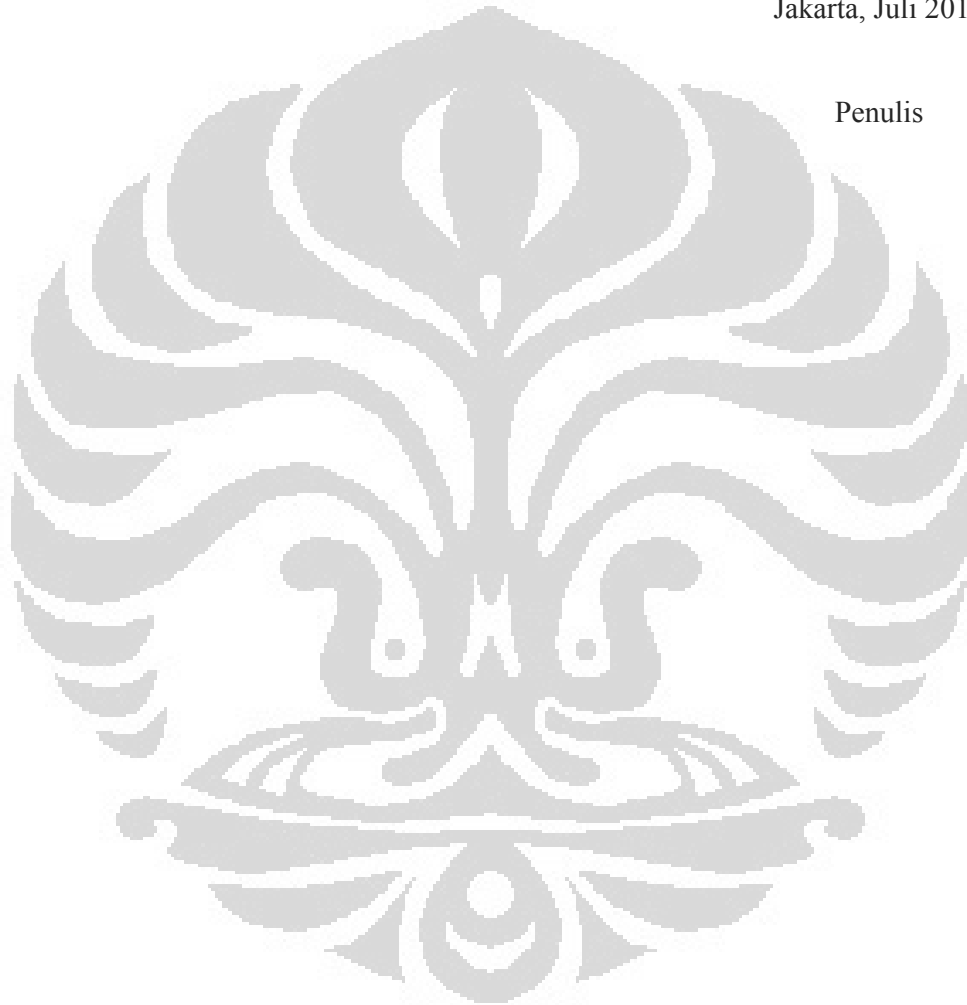
8. Staf akademik Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas bantuan dan informasi yang berarti selama proses penyusunan tesis ini.
9. Direktur RS Jantung Harapan Kita Jakarta yang telah memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian ini.
10. Kepala Divisi Penelitian dan Pengembangan RS Jantung Harapan Kita Jakarta beserta staf atas bantuan yang diberikan selama proses penelitian.
11. Kepala Bidang Keperawatan RS Jantung Harapan Kita Jakarta atas bantuannya selama proses penelitian.
12. Kepala Ruangan ICU dan CVCU RS Jantung Harapan Kita Jakarta atas bantuannya selama proses penelitian.
13. Para *caregiver* pasien penyakit jantung di ruang intensif RS Jantung Harapan Kita Jakarta yang telah meluangkan waktu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.
14. Poltekkes Kemenkes Kendari yang telah memberikan izin melanjutkan pendidikan pada Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
15. Orang tuaku yang selalu memotivasi dan mendoakan penulis sehingga mampu menyelesaikan tesis ini.
16. Suamiku “Aswan Sidik, SKM” dan Putriku “Azalea Marvelastri Sabrina” yang selalu memberikan dukungan, doa dan semangat selama menjalani studi, “Terima Kasih atas pengorbanan yang luar biasa ini.
17. Rekan-rekan Angkatan VI Program Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Jiwa yang selalu menguatkan dan memberi motivasi dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.
18. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas dukungan kalian.

Semoga Tuhan yang Maha Esa senantiasa melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya kepada Bapak dan Ibu sekalian. Penulis menyadari tesis ini masih perlu

penyempurnaan lebih lanjut, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik dari semua pihak demi kesempurnaan tesis ini.

Jakarta, Juli 2012

Penulis



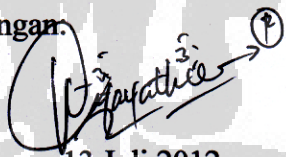
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Fitri Wijayati

NPM : 1006800850

Tanda Tangan.



Tanggal : 13 Juli 2012

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

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

Nama : Fitri Wijayati
NPM : 1006800850
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Jiwa
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN LATIHAN ASERTIF TERHADAP
DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGUBAH PERSEPSI DIRI *CAREGIVER*
PASIEN JANTUNG DI RS JANTUNG HARAPAN KITA JAKARTA**

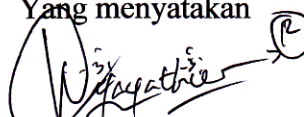
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, maka Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 13 Juli 2011

Yang menyatakan


(Fitri Wijayati)

ABSTRAK

Nama : Fitri Wijayati
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa
Judul : Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri *Caregiver* Pasien Jantung Di RS Jantung Harapan Kita Jakarta.

Depresi dan persepsi diri negatif merupakan masalah yang sering ditemukan pada *caregiver* pasien jantung. Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai pengaruh terapi kognitif dan latihan asertif terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung. Desain penelitian quasi eksperimen dengan, sampel penelitian berjumlah total 105 orang yang terbagi atas 3 kelompok, yaitu kelompok yang mendapat terapi kognitif dan latihan asertif, kelompok yang mendapat terapi kognitif, dan kontrol masing-masing 35 orang. Terapi kognitif dan latihan asertif dilakukan masing-masing selama 4 sesi. Hasil penelitian menunjukkan terjadi penurunan depresi *caregiver* secara bermakna pada kelompok yang mendapat terapi kognitif ($p \text{ value} < 0,05$). Pada kemampuan mengubah persepsi diri terjadi peningkatan secara bermakna pada kelompok yang mendapat terapi kognitif, dan kelompok yang mendapat terapi kognitif dan latihan asertif ($p \text{ value} < 0,05$), namun lebih bermakna pada kelompok yang mendapat terapi kognitif dan latihan asertif. *Caregiver* akan memperoleh manfaat terkait peningkatan kesehatan mental dan terapi kognitif dan latihan asertif ini dapat dijadikan sebagai referensi untuk mengatasi depresi dan persepsi negatif *caregiver* pasien penyakit jantung.

Kata Kunci : penyakit jantung; *caregiver*; terapi kognitif; latihan asertif; depresi; persepsi diri

ABSTRACT

Name : Fitri Wijayati
Study Program : Post Graduate of Nursing Psychiatric
Title : The Influence of Cognitive Therapy and Assertiveness Training on Depressed Condition and Ability of Changing Self-Perception by *Caregiver* of Patient with Heart Disease at Harapan Kita Cardiovascular Hospital in Jakarta

Depression and negative self perception often found in *caregiver* of patient with heart disease. The purpose of this research was to investigate the influence of cognitive therapy and assertiveness training on depressed condition and ability of changing self perception by *caregiver* of patient with heart disease. This is a quasi experimental study, and there were 105 subjects participated (70 in experimental groups; 35 in comparison group). These psychotherapies were doing in 4 sessions of each. The subjects had a significant decrease in depressed scores after the cognitive therapy ($p \text{ value} < 0,05$). There is a significant increase in ability of changing self perception's scores after cognitive therapy programme and cognitive therapy and assertiveness training programmes, in spite of the cognitive therapy and assertiveness training programmes are more significant. *Caregivers* would have benefit of mental health improvement, and these psychotherapies could be provided as a reference to overcome depressed and negative self perception of *caregiver* who taking care of patient with heart disease.

Keywords : heart disease; *caregiver*; cognitive therapy; assertiveness training; depression; self perception.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
PERNYATAAN ORISINALITAS	vii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	viii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR SKEMA	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	14
1.3 Tujuan Penelitian	15
1.4 Manfaat Penelitian	16
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep <i>Caregiver</i> Pasien Penyakit Jantung	18
2.2 Konsep Depresi	25
2.3 Kemampuan Mengubah Persepsi Diri <i>Caregiver</i>	49
2.4 Terapi Kognitif	51
2.5 Latihan Asertif	57
BAB 3 KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, dan DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Teori	60
3.2 Kerangka Konsep	60

3.3 Hipotesis.....	64
3.4 Definisi Operasional.....	64

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian.....	66
4.2 Populasi dan Sampel	68
4.3 Tempat Penelitian.....	72
4.4 Waktu Penelitian	72
4.5 Etika Penelitian	72
4.6 Alat Pengumpulan Data	74
4.7 Pengujian Instrumen.....	75
4.8 Prosedur Pelaksanaan Penelitian.....	78
4.9 Rencana Analisis Data	86
4.10 Analisis Data	87

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Karakteristik <i>caregiver</i> pasien penyakit jantung.....	93
5.2 Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Kondisi Depresi	97
5.3 Kondisi Depresi.....	97
5.4 Perubahan Kondisi Depresi sebelum dan setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif.....	98
5.5 Perbedaan Kondisi Depresi setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif.....	99
5.6 Perbandingan Kondisi Depresi antar kelompok setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif	100
5.7 Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Kemampuan mengubah Persepsi Diri	101
5.8 Kemampuan Persepsi Diri.....	101
5.9 Perubahan Kemampuan mengubah Persepsi Diri sebelum dan setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif.....	103

5.10 Perbedaan Kemampuan mengubah Persepsi Diri setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif	104
5.11 Perbandingan Kemampuan mengubah Persepsi Diri setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif.....	105
5.12 Hubungan antara Kondisi Depresi dan Kemampuan mengubah Persepsi Diri	106
5.13 Karakteristik yang berkontribusi terhadap Kondisi Depresi dan Kemampuan mengubah Persepsi Diri	106
5.14 Karakteristik yang berkontribusi terhadap Kondisi Depresi	107
5.15 Karakteristik yang berkontribusi terhadap Kemampuan mengubah Persepsi Diri	108

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Kondisi Depresi <i>caregiver</i>	110
6.2 Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Kemampuan mengubah Persepsi Diri <i>caregiver</i>	117
6.3 Hubungan antara Kondisi Depresi dengan Kemampuan mengubah Persepsi Diri sebelum dan setelah pemberian terapi	120
6.4 Karakteristik <i>caregiver</i> pasien penyakit jantung.....	121
6.5 Keterbatasan Penelitian	122
6.6 Implikasi terhadap Pelayanan dan Penelitian.....	123

BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan.....	124
7.2 Saran.....	125

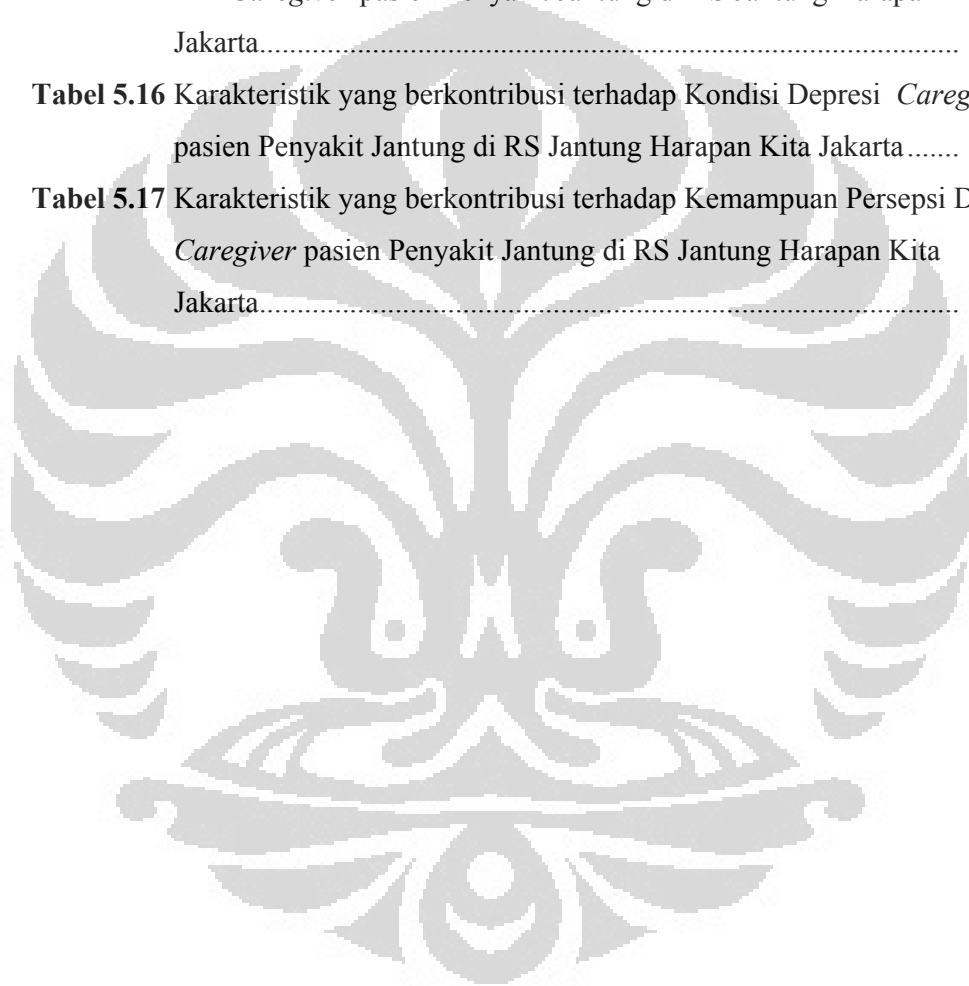
DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian (Variabel Independen, Dependen dan <i>Confounding</i>	64
Tabel 4.1 Analisis Bivariat Variabel Penelitian	89
Tabel 4.2 Analisis Multivariat Variabel Penelitian	92
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta.....	94
Tabel 5.2 Analisis Kesetaraan Karakteristik <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta	95
Tabel 5.3 Analisis Karakteristik <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta.....	96
Tabel 5.4 Analisis Kesetaraan Karakteristik <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta	96
Tabel 5.5 Analisis Kondisi Depresi <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta.....	97
Tabel 5.6 Analisis Kesetaraan Kondisi Depresi <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta	98
Tabel 5.7 Analisis Perubahan Kondisi Depresi <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta	99
Tabel 5.8 Analisis Perbedaan Kondisi Depresi <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta	100
Tabel 5.9 Analisis Perbandingan Kondisi Depresi <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta	100
Tabel 5.10 Analisis Kemampuan Persepsi Diri <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta.....	102
Tabel 5.11 Analisis Kesetaraan Kemampuan Persepsi Diri <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta	102
Tabel 5.12 Analisis Perubahan Kemampuan Persepsi Diri <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta	103

Tabel 5.13 Analisis Perbedaan Kemampuan Persepsi Diri <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta	104
Tabel 5.14 Analisis Perbandingan Kemampuan Persepsi Diri <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta	105
Tabel 5.15 Hubungan Kondisi Depresi dengan Kemampuan mengubah Persepsi Diri <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta.....	106
Tabel 5.16 Karakteristik yang berkontribusi terhadap Kondisi Depresi <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta	107
Tabel 5.17 Karakteristik yang berkontribusi terhadap Kemampuan Persepsi Diri <i>Caregiver</i> pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta.....	108



DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Rentang Depresi	28
Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian	62
Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian	63
Skema 4.1 Desain Penelitian <i>Pre and Post Nonequivalent Control Group...</i>	67
Skema 4.2 Kerangka Kerja Penelitian.....	85

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1** : Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2** : Penjelasan tentang Penelitian.
- Lampiran 3** : Lembar Persetujuan menjadi Responden.
- Lampiran 4** : Kuesioner A data demografi responden
- Lampiran 5** : Kuesioner B *Zung Self-rating Depression Scale*
- Lampiran 6** : Kuesioner C Kemampuan Mengubah Persepsi Diri
- Lampiran 7** : Surat Keterangan Lolos Kaji Etik dari Komite Etik
Keperawatan FIK-UI
- Lampiran 8** : Surat Keterangan Lolos *Expert Validity*
- Lampiran 9** : Surat Keterangan Lulus Uji Kompetensi
- Lampiran 10** : Surat Permohonan Izin melakukan Uji Instrumen
- Lampiran 11** : Surat Permohonan Izin Penelitian dari FIK-UI
- Lampiran 12** : Surat Jawaban Izin Penelitian dari RS Jantung Harapan Kita
Jakarta
- Lampiran 13** : Modul pelaksanaan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Penyakit kronik telah menjadi isu terbesar di dunia saat ini, diperkirakan pada tahun 2004 terdapat sekitar 133 juta orang dari 50% populasi dunia yang menderita setidaknya satu penyakit kronik. Estimasi global menyebutkan bahwa angka tersebut akan mengalami peningkatan hingga 157 juta orang pada tahun 2020 (*Partnership for Solutions*, 2004, dalam Lubkin & Larsen, 2006). WHO (2012) melaporkan bahwa lebih dari 63% kematian di dunia disebabkan oleh penyakit kronik, dimana pada tahun 2008 lebih dari 36 juta orang meninggal akibat penyakit kronik dengan 9 juta orang berusia kurang dari 60 tahun dan 90% terjadi di daerah miskin dan berkembang. Berdasarkan data diatas, tampak bahwa prevalensi penyakit kronik terus mengalami peningkatan yang berbanding lurus dengan tingginya angka kematian akibat penyakit kronik.

Penyakit kronik merupakan suatu keadaan yang menetap, terakumulasi atau tersembunyi yang melibatkan diri sendiri dan lingkungan secara total untuk mendapatkan dukungan perawatan, mempertahankan fungsi dan mencegah terjadinya ketidakmampuan yang berkelanjutan dari suatu kondisi atau penyakit (Lubkin & Larsen, 2006). Penyakit kronik merupakan penyakit menetap atau kambuhan yang biasanya berlangsung selama tiga bulan atau lebih (Wisegeek, 2012). Penyakit kronik merupakan penyakit jangka panjang dengan tingkat kemajuan yang lambat (WHO, 2012). Penyakit kronik merupakan suatu penyakit yang identik dengan durasi yang panjang dan lama, serta cenderung untuk berlanjut terus-menerus dan membinasakan.

Penyakit jantung dan pembuluh darah merupakan salah satu penyakit kronik yang ada dan telah menjadi penyebab kematian nomor satu di dunia dan diperkirakan sekitar 17,3 juta orang meninggal dunia pada tahun 2008 akibat

penyakit jantung dan stroke. Jumlah tersebut akan terus mengalami peningkatan hingga mencapai 23,6 juta orang pada tahun 2030 (WHO, 2012). Diperkirakan antara 400.000 hingga 460.000 orang di dunia meninggal secara tiba-tiba setiap tahunnya akibat penyakit jantung dengan insidens lebih tinggi pada pria yaitu 70%-89% (Urden, Stacy, Lough, 2010). Menurut Ignatavicius dan Workman (2006), penyakit jantung dan pembuluh darah juga telah menjadi satu-satunya penyebab kematian nomor satu di Amerika Serikat setiap tahunnya. Berdasarkan data diatas, dapat disimpulkan bahwa penyakit jantung merupakan salah satu penyakit kronik dengan angka morbiditas dan mortalitas yang diperkirakan akan terus mengalami peningkatan hingga kurang lebih 20 tahun kedepan.

Penyakit jantung merupakan suatu penyakit yang menyebabkan terjadinya gangguan pada jantung dan jaringan pembuluh darah yang memberi beragam gejala, seperti: infark miokard, stroke, tekanan darah tinggi, gagal jantung, dan angina pektoris (Braverman & Braverman, 2004). Penyakit jantung merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi struktur dan fungsi dari jantung (LeMone & Burke, 2008). Berdasarkan beberapa pengertian penyakit jantung diatas, dapat disimpulkan bahwa penyakit jantung merupakan salah satu penyakit kronik yang menyerang organ jantung dan mempengaruhi kondisi fisik seseorang secara nyata sehingga membutuhkan perawatan.

Menurut data Riskesdas tahun 2007 menyatakan bahwa prevalensi nasional penyakit jantung adalah sebesar 7,2% (Depkes, 2007). Jumlah pasien penyakit jantung yang dirawat di Rumah Sakit mencapai 239.548 orang dengan kasus terbanyak ialah penyakit jantung iskemik (Depkes, 2009). Penyakit jantung iskemik termasuk salah satu penyebab utama terjadinya *Sudden Cardiac Death* atau kematian mendadak akibat penyakit jantung (Sovari, 2011). Selanjutnya, Sovari (2011) menjelaskan bahwa insidens *Sudden Cardiac Death* cenderung terjadi pada pasien dengan gagal jantung, fase konvalesen pada miokard infark, dan pasien yang pernah mengalami henti jantung.

Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa penyakit jantung identik dengan terjadinya kematian mendadak (*Sudden Cardiac Death*).

Sudden Cardiac Death merupakan suatu sindrom yang disebabkan oleh berbagai jenis penyakit jantung, seperti: gagal jantung; kardiomiopati; penyakit jantung koroner dan infark miokard serta berbagai penyakit jantung genetik seperti sindrom Brugada; dan sindrom Wolff-Parkinson-White (Urden, Stacy, Lough, 2010). *Sudden Cardiac Death* merupakan suatu kematian yang tidak diduga yang disebabkan oleh penyakit jantung yang timbul dalam periode waktu satu jam setelah kejadian, pada individu yang menderita penyakit jantung, baik diketahui maupun tidak (Sovari, 2011). *Sudden Cardiac Death* merupakan suatu kondisi dimana terjadi serangan jantung secara mendadak yang mengakibatkan kematian pada penderitanya.

Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara penyakit fisik dan psikis. Ketika seseorang dinyatakan menderita suatu penyakit fisik, dalam hal ini penyakit jantung, maka akan berkorelasi langsung dengan kesehatan jiwanya. Respon psikologis umum yang menyertai penyakit fisik berupa: kondisi depresi, cemas, ketergantungan zat, kehilangan dan berduka, penolakan dan ketakutan akan ketergantungan dengan orang lain. Semua kondisi psikososial dan keterbatasan fisik tersebut akan meningkatkan kebutuhan pasien akan perawatan holistik meliputi rasa ingin diperhatikan dan menerima dukungan dari lingkungan dan keluarga, sehingga memberi dampak yang bermakna pada anggota keluarga lainnya berupa perubahan peran dan gaya hidup (Kara & Mirici, 2004). Penyakit jantung merupakan suatu penyakit kronis yang bersifat jangka panjang, sehingga seiring dengan tingginya angka mortalitas penyakit jantung, akan berdampak pada peningkatan kebutuhan akan *caregiver* atau pemberi perawatan.

Caregiver yang merawat pasien dengan penyakit kronik sering menampakkan respon emosional negatif, seperti: merasa terbebani; depresi, cemas dan

fatigue (Gaugler *et al.* 2005; Kozachik *et al.* 2001; dalam Sherwood *et al.* 2006). Beberapa studi telah membuktikan bahwa orang-orang yang mengalami stress berat dapat meningkatkan kecenderungan untuk menderita suatu penyakit (Wiebe & McCallum, 1986, dalam Sarafino, 1998). Efek emosional yang dialami oleh *caregiver* berupa, depresi berat terutama pada *caregiver* yang merawat pasien dengan kelemahan sedang hingga berat serta pasien dengan gangguan perilaku seperti agresif (Meshefedjian, *et al.*, 1998 dalam Lubkin & Larsen, 2006). Berdasarkan hal tersebut diatas, tampak bahwa anggota keluarga yang menderita suatu penyakit kronik seperti penyakit jantung, akan memberi dampak psikologis terhadap anggota keluarga yang lain, terutama *caregiver*.

Beberapa studi lain juga menunjukkan bahwa *caregiver* yang merawat pasien penyakit jantung terutama dengan serangan mendadak mengalami stress dan ketakutan yang bersifat jangka panjang terhadap penyakit yang dihadapi oleh anggota keluarga mereka, membatasi waktu dan kebebasan diri yang berujung pada terjadinya perubahan dalam berhubungan dengan orang lain (Leventhal, Leventhal & Van Nguyen, 1985; Michela, 1987; Skelton & Dominian, 1973; dalam Sarafino, 1998). Pasangan yang menjadi *caregiver* juga dilaporkan mengalami gangguan dalam hubungan seksual yang diakibatkan oleh ketakutan akan terjadinya serangan jantung saat sedang berhubungan, serta adanya perubahan peran dalam keluarga (Sarafino, 1998). Beranjak dari beberapa hasil studi yang telah dilakukan tersebut, dapat disimpulkan bahwa *caregiver* yang merawat pasien dengan penyakit jantung akan mengalami ketegangan fisik, lebih merasakan stress, dan lebih emosional.

Caregiver didefinisikan secara formal oleh Pearlin *et al.* pada tahun 1990 yang berasal dari kata “to care” yang berarti merawat dimana mengindikasikan adanya suatu komitmen sikap dan perilaku kepada seseorang, dan karena itu, mengacu pada siapapun yang memberi perhatian pada orang yang sakit terkait adanya hubungan kekeluargaan (Ferrario, *et al.*, 2003). Haigler, Bauer, dan

Travis (2004, dalam Lubkin & Larsen, 2006) menyatakan bahwa *caregiver* merupakan seseorang yang memberi bantuan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya, sedangkan Mittelman (2003, dalam Lubkin & Larsen, 2006) menyatakan bahwa keluarga dan teman yang memberi perawatan juga dapat disebut sebagai *caregiver* informal. *Caregiver* informal adalah anggota keluarga yang memberi perawatan dan dukungan fisik, praktis dan emosional kepada pasien dengan penyakit terminal atau kronik dengan tidak menuntut bayaran (Harding & Higginson, 2003, dalam Freeman, 2005). *Caregiver* merupakan seseorang yang bertanggung jawab terhadap perawatan harian individu yang menderita suatu penyakit atau yang sedang sekarat (Payne, Seymour, & Ingleton, 2004). Kesimpulan dari beberapa pengertian diatas, bahwa *caregiver* merupakan seseorang yang merawat salah satu anggota keluarga lainnya yang sedang mengalami penyakit, dalam hal ini penyakit jantung dan memberi bantuan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

Kao dan Acton (2006) menyatakan bahwa anggota keluarga yang peduli terhadap kesehatan anggota keluarga lainnya harus menerima perubahan-perubahan yang terjadi baik secara fisik, kognitif dan perilaku yang akan menjadi tantangan bagi keluarga sebagai pemberi perawatan atau *caregiver*. Faktor yang mempengaruhi *caregiver* saat memberi perawatan, meliputi: intensitas dari perawatan yang diberikan; jenis tugas perawatan yang ditampilkan; gender; karakteristik personal dari *caregiver*; hubungan antara *caregiver* dengan pasien; dan dukungan dari anggota keluarga yang lain. Bentuk bantuan perawatan yang diberikan oleh seorang *caregiver* pada pasien dengan penyakit kronik meliputi pemenuhan aktivitas hidup sehari-hari, memberi dukungan emosional untuk meningkatkan harga diri, kepuasan hidup, harapan untuk sembuh dan kesejahteraan secara umum (Brody & Schoonover, 1986; Horowitz, 1985 dalam Lubkin & Larsen, 2006). Keluarga sebagai suatu sistem menuntut *caregiver* untuk mampu memenuhi kebutuhan anggota keluarga yang sedang sakit baik secara fisik maupun psikis.

Caregiver sebagai bagian dari keluarga tentu saja saling berbagi kehidupan dengan pasien. Ketika merawat pasien dengan penyakit kronik seperti penyakit jantung, *caregiver* akan menunjukkan perubahan kebiasaan, emosi dan peran yang menyebabkan terjadinya ketegangan dalam merawat (Ferrario, *et al.*, 2003). Ketegangan dalam merawat terjadi ketika perawatan menjadi lebih lama atau bersifat jangka panjang yang dapat mengakibatkan terjadinya stress mental pada *caregiver*. Hasil studi yang dilakukan oleh Gordon dan Perrone (2004, dalam Lubkin & Larsen, 2006) menunjukkan bahwa insidens depresi dan stress mengalami peningkatan pada suami atau istri dari pasien yang menjadi *caregiver*. Berdasarkan hal tersebut, *caregiver* yang bertugas merawat pasien berada dalam kondisi yang berisiko untuk mengalami stress dan depresi.

Menurut Stuart (2009), stress pada *caregiver* merupakan ketegangan fisik dan emosional yang dialami saat merawat orang lain dengan penyakit kronik atau kondisi yang mengancam hidup. Kondisi penyakit pasien juga memperberat stress yang dirasakan oleh *caregiver*. Hal tersebut dibuktikan oleh studi yang dilakukan oleh Clyburn, *et al.* (2000; Fortinsky, Kercher & Burant, 2002; Harris, *et al.*, 2001; dalam Sherwood, *et al.*, 2006) yang melaporkan bahwa tanda dan gejala depresi merupakan hal yang biasa ditemukan diantara *caregiver* yang merawat pasien dengan penyakit kronik. *Caregiver* sebagai pemberi perawatan mulai merasa stress dan depresi ketika terjadi ketidaksepahaman antara dirinya dengan pasien. Hal itu terjadi ketika *caregiver* merasa gagal saat mencoba mendukung pasien untuk melakukan perubahan gaya hidup seperti mengurangi aktivitas fisik, pemilihan jenis makanan tertentu dan kebiasaan merokok (Kärner, Dahlgren, & Bergdahl, 2004). *Caregiver* sebagai pemberi perawatan cenderung untuk memegang kendali atas keadaan pasien, yang berdampak pada kondisi emosionalnya.

Beberapa studi telah dilakukan lebih dari dua dekade untuk mempelajari rentang stress pada *caregiver*, yang dikenal dengan tekanan hati dan beban

(*strain & burden*) serta kelelahan dan menyerah (*burned out & giving up*) pada *caregiver* (Lubkin & Larsen, 2006). Tekanan hati dan beban (*strain & burden*) pada *caregiver* merupakan konsep multidimensi yang terdiri dari persepsi subyektif *caregiver*, seperti beban berlebihan; dan faktor obyektif, seperti perilaku agresif dari pasien. Faktor yang menyebabkan *caregiver* merasa sangat tertekan saat mereka mendapati pasien menjadi manipulatif, tidak menghargai atau membuat permintaan yang tidak masuk akal. Beban diartikan sebagai tingkat ketidakmampuan pasien sehingga membutuhkan perawatan yang sesuai. Pasien yang membutuhkan perawatan yang besar dan luas akan berdampak pada peningkatan beban *caregiver*. Nerenberg (2002, dalam Lubkin & Larsen, 2006) menyatakan bahwa semakin meningkatnya ketidakmampuan pasien akan meningkatkan pula perawatan yang dibutuhkan. Pada fase *burned out & giving up* menunjukkan *caregiver* mengalami kelelahan baik secara fisik, emosional maupun mental yang disebabkan oleh keterlibatan jangka panjang dalam situasi emosional (Nerenberg, 2002, dalam Lubkin & Larsen, 2006). *Caregiver* mengalami perubahan pola dalam kehidupan yang berlangsung lama dan berujung pada munculnya gejala depresi.

Menurut Sherwood, *et al* (2004, dalam Rivera, 2009) menyatakan bahwa gejala depresi yang dialami oleh *caregiver* merupakan suatu reaksi emosional yang spesifik yang disebabkan oleh adanya stress saat memberi perawatan. Given, *et al* (2004, dalam Rivera, 2009) menyatakan bahwa gejala depresi pada *caregiver* mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan gejala depresi pada pasien. Hasil studi yang dilakukan oleh Meshefedjian, *et al* (1998, dalam Lubkin & Larsen, 2006) menunjukkan bahwa telah ditemukan tingkat depresi yang lebih tinggi pada *caregiver* yang merawat pasien dengan demensia. Pada studi berikutnya, ditemukan sekitar 35-40% *caregiver* yang merawat pasien demensia berisiko tinggi untuk mengalami gangguan depresi (Alspaugh, *et al.*, 1999, dalam Lubkin & Larsen, 2006). Clyburn, *et al.*, (2000, dalam Lubkin & Larsen, 2006) menyatakan bahwa ketika *caregiver*

merasakan beban yang tinggi atau berlebih, akan ditemukan gejala depresi yang lebih besar. Studi terbaru menyatakan bahwa prevalensi gejala depresi sebesar 32% - 50% pada *caregiver*, yang mencapai suatu tingkat untuk terjadinya depresi klinik (Butler, *et al.*, 2005; Covinsky, *et al.*, 2003; dalam Rivera, 2009). Depresi yang dirasakan oleh *caregiver* disebabkan oleh ketidakmampuan untuk beradaptasi sehubungan dengan panjangnya waktu perawatan.

Depresi merupakan suatu kondisi dimana seseorang merasa sedih, kecewa saat mengalami suatu perubahan, kehilangan maupun kegagalan dan menjadi patologis ketika tidak mampu beradaptasi (Townsend, 2009). Depresi merupakan suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang secara afektif, fisiologis, kognitif dan perilaku sehingga mengubah pola dan respon yang biasa dilakukan (Stuart, 2009). Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa depresi merupakan suatu keadaan abnormal yang menimpa seseorang yang diakibatkan ketidakmampuan beradaptasi dengan suatu kondisi atau peristiwa yang terjadi sehingga mempengaruhi kehidupan fisik, psikis maupun sosial seseorang.

Townsend (2009) menyatakan bahwa penyebab depresi hingga saat ini, belum mampu dijelaskan oleh satu teori tunggal. Beberapa postulat teori membagi penyebab depresi menjadi tiga bagian berdasarkan atas bukti yang ditemukan, yakni teori biologi, yang meliputi: genetik, pengaruh biokimiawi, gangguan neuroendokrin dan pengaruh fisiologi, selanjutnya teori psikososial, seperti: teori psikoanalitik, teori belajar dan teori kognitif serta model transaksional yang merupakan gabungan dari teori biologi dengan teori psikososial serta implikasi perkembangan (Townsend, 2009). Depresi yang terjadi pada *caregiver* pasien penyakit jantung disebabkan oleh karena memberi perawatan dalam jangka waktu lama yang berdampak pada kondisi fisik dan emosional.

Manifestasi depresi ditampilkan dalam bentuk kontinum dari depresi tidak menetap, depresi ringan, depresi sedang, hingga depresi berat. Pada depresi tidak menetap, tanda dan gejalanya berupa: merasa sedih; patah semangat; kecewa; menangis dan merasa lelah serta tak peduli. Pada depresi ringan,gejalanya bertambah menjadi menolak perasaan; marah; cemas; merasa bersalah; putus asa; tidak berdaya; regresi; agitasi; menarik diri; menyalahkan diri atau orang lain; mengalami gangguan tidur dan makan. Pada depresi sedang, gejala yang ditampilkan berupa: merasa pesimis; harga diri rendah, perilaku menyakiti diri, tidak mampu merawat diri, sulit berkonsentrasi dan nyeri abdominal. Pada depresi berat, gejalanya bertambah dengan merasa putus asa total; tidak berguna; afek datar; pergerakan tidak terarah; bingung; gangguan isi pikir; halusinasi dan berpikir untuk bunuh diri (Townsend, 2009).

Tarrier (2006) menyatakan bahwa tanda dan gejala depresi meliputi; gangguan tidur, agitasi, retardasi, hilangnya libido, dan gangguan makan yang diduga berasal dari pengaruh isi pikiran negatif terkait diri sendiri, dunia dan masa depan. Studi yang dilakukan oleh Yamada, Hagihara, dan Nobutomo, (2008) menemukan bahwa *caregiver* yang mengalami depresi dan stress berat sering mengkritik diri sendiri, menghindar dan menarik diri. Disamping itu, *caregiver* juga mengalami gangguan tidur, kualitas hidup yang rendah dan harus menyiapkan diri terhadap kemungkinan kematian pasien secara mendadak (Rodrigue, Widows, & Baz, 2006). Tanda dan gejala depresi pada *caregiver* pasien penyakit jantung bervariasi dari gangguan secara fisik hingga psikis yang bersumber dari kondisi yang dialami oleh pasien.

Stress yang dialami oleh *caregiver* tentu saja akan berdampak pada kualitas perawatan yang ditampilkan. Menurut Eisdorfer, *et al.* (2003, dalam Wicks, *et al.*, 2007) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara kejadian depresi dengan penurunan kemampuan *caregiver* dalam merawat. Studi yang dilakukan oleh Doherty,*et al.* (1983,dalam Kärner, Dahlgren & Bergdahl,

2004) menunjukkan bahwa perilaku stress dan depresi pada *caregiver* memberi pengaruh negatif pada pengobatan pasien dengan kolesterol tinggi. Beach, *et al* (1992, dalam Kärner, Dahlgren & Bergdahl, 2004) menyatakan bahwa kemampuan *caregiver* dalam menghadapi stress situasional dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk beradaptasi secara fisik dan emosional terhadap situasi kehidupan pada pasien dengan infark miokard. Helgesson (1993, dalam Kärner, Dahlgren & Bergdahl, 2004) menemukan bahwa komunikasi yang terbuka antara pasien infark miokard dan *caregiver* menunjukkan hasil yang positif terhadap rehospitalisasi dan serangan nyeri dada dan juga kepuasan hidup, dimana interaksi sosial yang negatif dikaitkan dengan lemahnya pengaturan psikososial terhadap penyakit.

Hasil studi literatur menunjukkan bahwa selain kondisi depresi yang dialami, *caregiver* juga mengalami kesulitan berkomunikasi secara asertif dengan pasien. Kärner, Dahlgren, dan Bergdahl (2004) menyatakan bahwa kebanyakan, pasien dan *caregiver* terlibat dalam pembuatan keputusan, namun terkadang respon pasien dianggap oleh *caregiver* sebagai suatu sikap pasif dan penolakan sehingga *caregiver* cenderung mencoba untuk mengontrol pasien dan memaksakan perilaku tertentu untuk dicapai oleh pasien. Pola komunikasi yang dikembangkan bersifat teguran dan otoriter yang terkadang disertai dengan kemarahan. Studi mengenai analisis kebutuhan *caregiver* yang dilakukan oleh Ferrario, *et al.*, (2003) ditemukan bahwa kebutuhan *caregiver* pada area psikologi berupa penurunan beban emosional dan keterampilan komunikasi. *Caregiver* membutuhkan suatu keterampilan untuk memecahkan masalah yang ditemukan dan meningkatkan harga diri sehingga distress dan depresi dapat ditekan.

Depresi dikaitkan dengan adanya persepsi dan interpretasi negatif seseorang terhadap informasi tertentu (Pietromonaco, 1983). Stuart (2009) menyatakan bahwa persepsi seseorang terhadap orang lain terbentuk dari hasil pengamatan terhadap perilaku orang tersebut, dan cara seseorang berperilaku merupakan

hasil dari bagaimana ia mempersepsikan suatu keadaan. Hasil studi yang dilakukan oleh Galambos, *et al* (2006, dalam Şahin, Batigün, & Koç, 2011) menunjukkan bahwa individu yang mengalami depresi juga memiliki persepsi diri yang negatif. Selain itu, diketahui bahwa individu yang mengalami depresi tidak mampu mengatasi rasa marah secara efektif (Petty, *et al.*, 2004, dalam Şahin, Batigün, & Koç, 2011). Löckenhoff, *et al* (2011) menjelaskan bahwa persepsi negatif *caregiver* berasal dari adanya perasaan khawatir dan kepedulian terhadap pasien yang dirawat, yang dimanifestasikan dalam bentuk perasaan tegang dan segan yang berujung pada terciptanya perasaan terjebak atau terperangkap dalam peran sebagai *caregiver*. Penyakit jantung yang dikenal sebagai salah satu penyakit kronik yang identik dengan serangan tiba-tiba telah menjadi stressor tersendiri bagi *caregiver* yang berdampak pada adanya persepsi negatif, serta ketidakmampuan mengatasi rasa marah yang dirasakan.

Strategi koping yang ada dan paling efektif dilakukan oleh *caregiver* ketika merasakan stress saat berada dalam situasi merawat yang menetap dan tidak dapat diubah ialah koping menghindar. Hal tersebut disebabkan oleh karena menghindar merupakan hal yang mudah dilakukan. Namun, penelitian terakhir mengindikasikan bahwa *caregiver* dapat menghadapi stress secara efektif dengan cara menerima peran mereka dan melibatkan diri secara aktif dalam perawatan (Asahara, *et al.* 2001; Okabayashi, *et al.* 2003, dalam Yamada, Hagihara & Nobutomo, 2008). Beranjak dari hal tersebut, tampak bahwa strategi koping yang baik untuk digunakan oleh *caregiver* adalah koping menerima (*approach coping*).

Depresi yang dialami oleh *caregiver* dapat diatasi dengan beragam terapi non farmakologis yang sesuai. Terapi yang dapat diberikan pada *caregiver* pasien dengan penyakit fisik kronik antara lain: terapi kognitif (Sarafino, 1998; TARRIER, 2006; RISO *et al.*, 2007; Nevid, Rathus, & Greene, 2008; Stuart, 2009; Townsend, 2009), atau terapi relaksasi progresif (Sarafino, 1998; Townsend,

2009), atau *rational-emotive therapy*, *biofeedback*, meditasi, hipnosis (Sarafino, 1998), atau terapi musik, *acupuncture*, *animal-assisted therapy*, aromaterapi dan yoga (Fontaine, 2009), atau terapi kognitif-perilaku, *interpersonal therapy* (Varcarolis & Halter, 2010), atau *social skill training* (Stuart, 2009), atau latihan asertif (Townsend, 2009), atau *family therapy* (Stuart, 2009; Townsend, 2009), atau terapi kelompok seperti *supportive* dan *self help group* (Stuart, 2009; Townsend, 2009; Varcarolis & Halter, 2010). Banyaknya terapi non farmakologis yang ditawarkan untuk mengatasi kondisi depresi menunjukkan bahwa selain terapi obat-obatan, depresi dapat pula diatasi dengan terapi non farmakologis.

Beberapa terapi non farmakologis yang terkait dengan depresi telah diteliti sebelumnya. Penelitian Kristyaningsih (2009) mengenai terapi kognitif pada pasien dengan penyakit Gagal Ginjal Kronik yang mengalami depresi menunjukkan hasil penurunan kondisi depresi yang cukup bermakna antara sebelum dan setelah terapi kognitif diberikan. Studi yang dilakukan oleh Lin, *et al* (2008) menyatakan bahwa kurangnya komunikasi dan perilaku asertif berkorelasi terhadap rendahnya harga diri yang merupakan salah satu gejala depresi. Berdasarkan hasil studi tersebut, diketahui bahwa terapi kognitif dan latihan asertif menjadi terapi yang mampu mengatasi kondisi depresi.

Terapi kognitif (*Cognitive Therapy*) merupakan salah satu jenis psikoterapi yang berbasis pada konsep mengenai proses mental patologi yang bertujuan untuk memodifikasi perilaku maladaptif dan distorsi kognitif (Townsend, 2009). Menurut Beck (1995, dalam Townsend, 2009), terapi kognitif ini dikembangkan untuk penderita depresi, gangguan kecemasan dan Schizophrenia. Fontaine (2009) menyatakan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang berfokus pada distorsi pola pikir yang menyebabkan timbulnya gejala gangguan mental dan perasaan tidak nyaman. Terapi ini menjadi terapi pilihan bagi individu yang mengalami depresi, seperti *caregiver* pasien penyakit jantung.

Latihan asertif (*Assertiveness Training*) merupakan salah satu intervensi keperawatan yang berupa strategi preventif untuk mengatur perilaku agresif (Stuart, 2009). Menurut Aschen (1997; Alberti & Emmons, 2001; dalam Lin, *et al.*, 2008) menyatakan bahwa latihan asertif (*Assertiveness Training*) merupakan suatu teknik yang bertujuan untuk membantu individu mengubah persepsi diri, meningkatkan perilaku asertif, mengekspresikan pikiran dan emosi secara adekuat dan untuk membangun kepercayaan diri. Terapi ini sangat berguna bagi penderita depresi, gangguan bipolar pada fase depresi, gangguan kecemasan atau gangguan penyesuaian (Lin,*et al.* 2008). Studi berikutnya yang dilakukan oleh Lin, *et al.* (2008) menunjukkan bahwa latihan asertif (*Assertiveness Training*) pada pasien depresi dapat membantu mengubah persepsi diri, membantu mengekspresikan pikiran dan emosi secara adekuat, membangun rasa percaya diri dan meningkatkan keasertifan pasien. *Caregiver* pasien penyakit jantung diharapkan mampu mengatasi depresi yang dialami dengan latihan asertif ini.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di ruang *Intensive* RS Jantung Harapan Kita Jakarta, yakni ruang *Intensive Care Unit* (ICU) dan ruang *Cardio Vascular Care Unit* (CVCU), diperoleh data bahwa jumlah pasien yang dirawat inap dalam periode satu tahun terakhir (tahun 2011) sebanyak 2400-2880 pasien dengan lama perawatan sekitar 5-6 hari. Hasil observasi dan wawancara dengan beberapa *caregiver* pasien, diperoleh informasi bahwa mereka merasa sedih dan khawatir akan kondisi penyakit yang dialami oleh pasien, takut kehilangan anggota keluarganya, serta mengalami gangguan tidur dan perubahan pola makan. Keluarga mengatakan tidak melakukan apapun untuk mengatasi keluhan tersebut. Keluarga juga mengatakan bahwa mereka belum mendapatkan asuhan keperawatan dari perawat yang ada diruangan terkait keluhan psikologis yang mereka rasakan. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat ruang ICU dan CVCU, diketahui bahwa selain pasien, keluarga juga menjadi fokus asuhan

keperawatan. Adapun bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan pada keluarga masih terbatas pada penyuluhan kesehatan mengenai penyakit jantung dan dampaknya secara fisik saja. Hasil observasi diperoleh data bahwa pemberian asuhan keperawatan pada keluarga dilakukan secara teratur 2-3 kali setiap minggunya, namun belum menyentuh area psikososial keluarga. Beranjak dari hal tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian pada *caregiver* pasien dengan penyakit jantung dengan memberikan intervensi gabungan antara terapi kognitif dan latihan asertif.

1.2 Perumusan Masalah

Penyakit jantung merupakan salah satu jenis dari penyakit kronik yang perawatannya bersifat jangka panjang. Jumlah pasien penyakit jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta, Jakarta yang sangat banyak berbanding lurus dengan banyaknya *caregiver* yang berasal dari keluarga. *Caregiver* sebagai pemberi perawatan dari pihak keluarga dituntut untuk mampu memberikan yang terbaik bagi anggota keluarga mereka yang sedang sakit. Keluarga sebagai suatu sistem, mengalami perubahan peran dan kebiasaan saat salah satu anggota keluarganya menderita sakit. Perubahan peran tersebut akan berdampak pada kondisi fisik dan psikologis *caregiver* yang berujung pada terjadinya depresi. Gejala depresi yang dialami oleh *caregiver* pasien penyakit jantung seharusnya mendapat perhatian dari perawat mengingat apabila gejala tersebut tidak ditangani dengan cepat akan berdampak pada kondisi mental *caregiver* di masa depan. Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

- 1.2.1 Depresi menjadi hal yang sering muncul pada *caregiver* yang merawat pasien penyakit jantung.
- 1.2.2 *Caregiver* belum mendapatkan asuhan keperawatan psikososial dari perawat.
- 1.2.3 Terapi kognitif dan latihan asertif sebagai terapi untuk mengatasi depresi, belum dilakukan pada *caregiver* yang mengalami depresi.

Berdasarkan rumusan masalah diatas, peneliti akan menggabungkan dua terapi yakni terapi kognitif dan latihan asertif untuk mengatasi depresi dan meningkatkan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung, sehingga pertanyaan penelitian yang akan dijawab melalui penelitian ini adalah :

- 1.2.4 Apakah terapi kognitif dan latihan asertif berpengaruh terhadap kondisi depresi pada *caregiver* pasien penyakit jantung?.
- 1.2.5 Apakah terapi kognitif dan latihan asertif berpengaruh terhadap kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver* pasien penyakit jantung?.
- 1.2.6 Apakah ada faktor lain yang berpengaruh terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung?.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran mengenai pengaruh terapi kognitif dan latihan asertif terhadap kondisi depresidan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita, Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diketuinya karakteristik *caregiver* pasien penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita, Jakarta.

1.3.2.2 Diketuinya kondisi depresi dan kemampuan persepsi diri *caregiver* pasien penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita, Jakarta.

1.3.2.3 Diketuinya pengaruh terapi kognitif terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diripada *caregiver* pasien penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita, Jakarta.

1.3.2.4 Diketuinya pengaruh terapi kognitif dan latihan asertif terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi

diri pada *caregiver* pasien penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita, Jakarta.

1.3.2.5 Diketuainya perbedaan kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita, Jakarta antara yang mendapat terapi kognitif dan latihan asertif, dengan yang mendapat terapi kognitif.

1.3.2.6 Diketuainya perbandingan kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri antara kelompok yang mendapat terapi kognitif dan latihan asertif, dengan kelompok yang memperoleh terapi kognitif, serta kelompok yang tidak mendapat terapi apapun.

1.3.2.7 Diketuainya karakteristik *caregiver* pasien penyakit jantung di RS Jantung Harapan Kita, Jakarta yang berpengaruh terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

1.4.1.1 Panduan bagi Perawat Spesialis Jiwa dalam menurunkan gejala depresi dan meningkatkan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* di tatanan Rumah Sakit Umum.

1.4.1.2 Memperluas wawasan dan pengetahuan peneliti mengenai penerapan *dual therapy* yakni kombinasi terapi kognitif dan latihan asertif.

1.4.1.3 Meningkatkan kemampuan coping *caregiver* keluarga dalam mengatasi gejala depresi dan persepsi negatif saat merawat pasien dengan penyakit jantung.

1.4.2 Manfaat Keilmuan

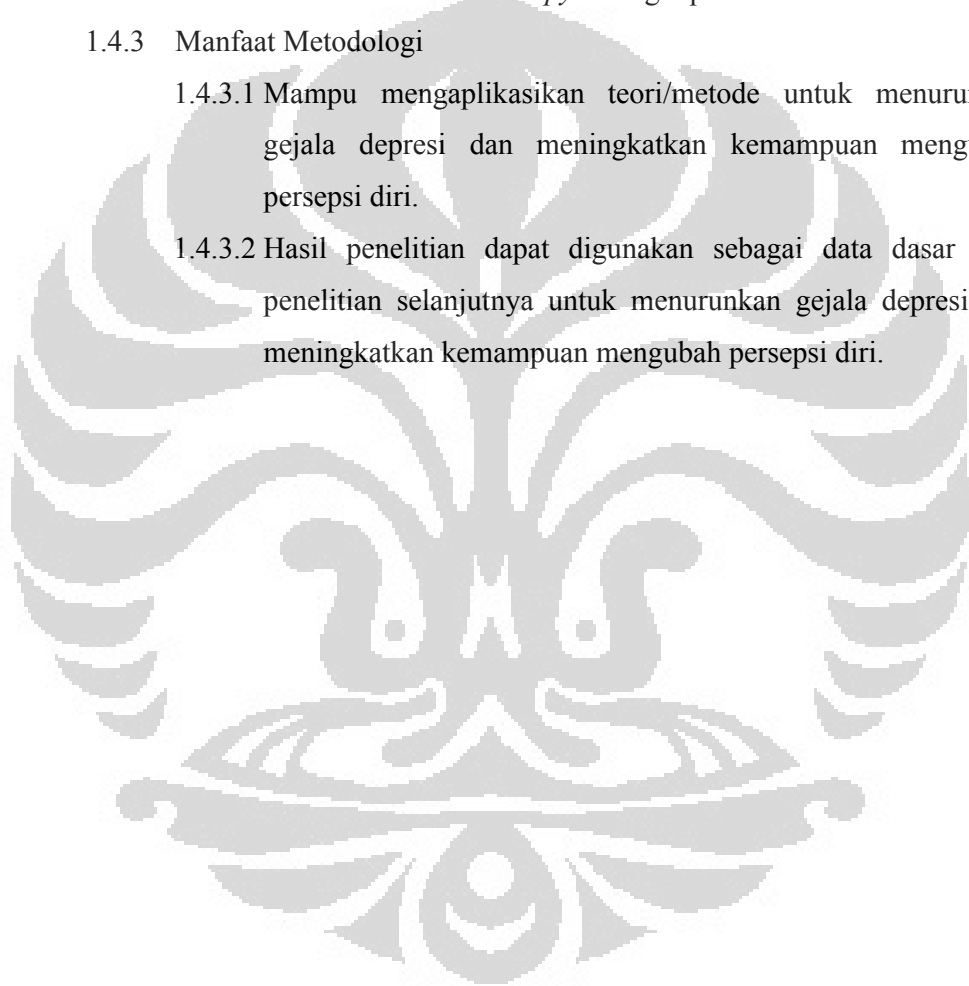
1.4.2.1 Metode terapi kognitif dan latihan asertif sebagai terapi spesialis keperawatan jiwa bagi *caregiver* yang mengalami depresi dan persepsi diri negatif.

1.4.2.2 Penelitian ini merupakan *Evidence Based Practice* dalam memberikan *dual therapy* di lingkup Rumah Sakit Umum.

1.4.3 Manfaat Metodologi

1.4.3.1 Mampu mengaplikasikan teori/metode untuk menurunkan gejala depresi dan meningkatkan kemampuan mengubah persepsi diri.

1.4.3.2 Hasil penelitian dapat digunakan sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk menurunkan gejala depresi dan meningkatkan kemampuan mengubah persepsi diri.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab dua ini menyajikan konsep dan teori serta hasil penelitian yang mendukung dan berkaitan dengan area penelitian ini sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian. Konsep dan teori yang disajikan adalah konsep *caregiver* pasien penyakit jantung, konsep depresi, kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver*, terapi kognitif, dan latihan asertif.

2.1 Konsep Caregiver Pasien Penyakit Jantung

Penyakit jantung merupakan salah satu penyakit kronik dan menjadi penyebab kematian nomor satu didunia. Tingginya angka kesakitan akibat penyakit jantung berkorelasi dengan peningkatan kebutuhan akan *caregiver* atau pemberi perawatan. Penyakit jantung dan *caregiver* merupakan dua hal yang saling berkaitan satu sama lain karena penyakit jantung memberi dampak psikologis baik kepada pasien maupun pada *caregiver*. Pemahaman terhadap konsep *caregiver* pasien penyakit jantung secara mendalam dapat meningkatkan pengetahuan akan sistem dan fungsi terkait interaksi yang terjadi, ketergantungan satu sama lain, kompleksitas, dan kemampuan beradaptasi.

2.1.1 Pengertian

Penyakit jantung merupakan suatu penyakit yang menyebabkan terjadinya gangguan pada jantung dan jaringan pembuluh darah yang memberi beragam gejala, seperti: infark miokard, stroke, tekanan darah tinggi, gagal jantung, dan angina pectoris (Braverman & Braverman, 2004). Penyakit jantung merupakan suatu penyakit yang mempengaruhi struktur dan fungsi dari jantung (LeMone & Burke, 2008). Berdasarkan beberapa pengertian penyakit jantung diatas, dapat disimpulkan bahwa penyakit jantung merupakan salah satu penyakit kronik yang menyerang organ jantung dan mempengaruhi

kondisi fisik seseorang secara nyata sehingga membutuhkan perawatan.

Caregiver berasal dari kata “*to care*” yang berarti merawat dan mengacu pada adanya suatu komitmen sikap dan perilaku, dengan memberi perhatian pada orang yang sakit terkait adanya hubungan kekeluargaan (Pearlin, *et al.* 1990, dalam Ferrario, *et al.* 2003). *Caregiver* merupakan seseorang yang memberi bantuan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya (Haigler, Bauer, & Travis, 2004). *Caregiver* merupakan seseorang yang bertanggung jawab terhadap perawatan harian individu yang menderita suatu penyakit atau yang sedang sekarat (Payne, Seymour, & Ingleton, 2004). *Caregiver* adalah anggota keluarga yang memberi perawatan dan dukungan fisik, praktis dan emosional kepada pasien dengan penyakit terminal atau kronik dengan tidak menuntut bayaran (Harding & Higginson, 2003, dalam Freeman, 2005). Kesimpulan dari beberapa pengertian diatas, bahwa *caregiver* merupakan seseorang yang merawat salah satu anggota keluarga lainnya yang sedang mengalami penyakit, dalam hal ini penyakit jantung dan memberi bantuan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

2.1.2 Jenis Perawatan

Lubkin dan Larsen (2006) menyatakan bahwa jenis perawatan yang diberikan oleh *caregiver* terdiri atas:

2.1.2.1 Perawatan sosial

Perawatan sosial meliputi bantuan fungsi dan afektif dalam kehidupan sehari-hari. Bantuan fungsi ditentukan oleh kemampuan pasien untuk melakukan berbagai tugas harian atau aktivitas hidup sehari-hari, seperti: makan; mandi; berpakaian; merawat diri; dan mobilisasi. Bantuan afektif, juga dapat disebut dukungan emosional, meliputi perilaku yang menyampaikan

rasa peduli terhadap kondisi pasien. Menurut Brody dan Schoonover (1986; Horowitz, 1985, dalam Lubkin & Larsen, 2006) menyatakan bahwa bantuan afektif sering dikaitkan dengan peningkatan harga diri, kepuasan hidup, harapan kesembuhan, kemuliaan, dan kesejahteraan umum. Berdasarkan hal tersebut, *caregiver* bertugas memberi perawatan secara fungsional dan memberi dukungan emosional terhadap pasien yang dirawat.

2.1.2.2 Perawatan kesehatan

Perawatan kesehatan mengacu pada perawatan khusus dan harian seperti pemberian obat. *Caregiver* memberikan tugas perawatan kesehatan berdasarkan arahan dari tenaga kesehatan profesional. Menurut Krozy (1996; Levine & Zuckerman, 2000; dalam Friedman, Bowden, & Jones, 2003) menyatakan bahwa fungsi perawatan kesehatan keluarga, dalam hal ini *caregiver* bergantung pada seberapa jauh keterlibatan *caregiver* dalam tim perawatan kesehatan pasien dan dalam proses pemberian terapi secara keseluruhan. Kao dan Acton (2006) menyatakan bahwa anggota keluarga yang peduli terhadap kesehatan anggota keluarga lainnya harus menerima perubahan-perubahan yang terjadi baik secara fisik, kognitif dan perilaku yang akan menjadi tantangan bagi keluarga sebagai pemberi perawatan atau *caregiver*. Sistem dalam keluarga merujuk pada adanya rasa saling ketergantungan satu sama lain. Saat salah satu anggota keluarga menderita suatu penyakit, maka anggota keluarga lain bertugas untuk mengemban tanggung jawab sebagai *caregiver*.

2.1.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi *caregiver* dalam memberikan perawatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi *caregiver* saat memberi perawatan, meliputi: (1) intensitas dari perawatan yang diberikan; (2) jenis tugas perawatan yang ditampilkan; (3) gender; (4) karakteristik personal dari *caregiver*; (5) hubungan antara *caregiver* dengan pasien; dan (6) dukungan dari anggota keluarga yang lain (Lubkin & Larsen, 2006). Payne, Seymour, dan Ingleton (2004) menyatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi *caregiver* dalam memberikan perawatan bergantung pada: (1) kondisi penyakit pasien; (2) hubungan dengan pasien; (3) tingkat kesehatan *caregiver* dan kemampuan merawat; (4) jenis dukungan yang diterima baik dari tenaga profesional maupun jaringan sosial. Studi yang dilakukan di Jepang mengenai strategi koping, dukungan pengaturan perawatan, dan kesehatan mental pada *caregiver* keluarga menunjukkan hasil bahwa tingkat kebutuhan perawatan, masalah daya ingat dan perilaku pasien berhubungan secara signifikan dengan depresi dan beban yang dirasakan oleh *caregiver* (Yamada, Hagihara, & Nobutomo, 2008). Hal tersebut menunjukkan bahwa terdapat banyak faktor yang mempengaruhi *caregiver* saat merawat, dan depresi yang dialami berkorelasi dengan faktor tersebut terutama keadaan penyakit pasien.

2.1.4 Dampak emosional *caregiver*

Respon psikis yang sering ditampilkan oleh pasien dengan penyakit fisik biasanya berupa kondisi depresi, cemas, ketergantungan zat, kehilangan dan berduka, penolakan, dan ketakutan akan ketergantungan dengan orang lain (Varcarolis & Halter, 2010). Semua kondisi psikososial dan keterbatasan fisik tersebut akan meningkatkan kebutuhan pasien akan perawatan holistik meliputi rasa ingin diperhatikan dan menerima dukungan dari lingkungan dan keluarga, sehingga memberi dampak yang bermakna pada anggota keluarga

lainnya berupa perubahan peran dan gaya hidup (Kara & Mirici, 2004). Penyakit jantung diketahui merupakan suatu penyakit yang membutuhkan perawatan jangka panjang. Ketika seseorang dinyatakan menderita penyakit jantung, bukan hanya dampak fisik yang dirasakan namun juga akan memberi dampak secara psikologis.

Leventhal, Leventhal, dan Van Nguyen (1985; Michela, 1987; Skelton & Dominian, 1973; dalam Sarafino, 1998) menyatakan bahwa *caregiver* yang merawat pasien penyakit jantung terutama dengan serangan mendadak mengalami stress dan ketakutan yang bersifat jangka panjang terhadap penyakit yang dihadapi oleh anggota keluarga mereka, membatasi waktu dan kebebasan diri mereka yang berujung pada terjadinya perubahan dalam berhubungan dengan orang lain. Sarafino (1998) menyatakan bahwa pasangan yang menjadi *caregiver* juga dilaporkan mengalami gangguan dalam hubungan seksual yang diakibatkan oleh ketakutan akan terjadinya serangan jantung saat sedang berhubungan, serta adanya perubahan peran dalam keluarga. Hasil studi yang dilakukan oleh Gordon dan Perrone (2004, dalam Lubkin & Larsen, 2006) menunjukkan bahwa insidens depresi dan stress mengalami peningkatan pada suami atau istri dari pasien yang menjadi *caregiver*. Penyakit jantung yang identik dengan terjadinya serangan tiba-tiba membuat *caregiver* terutama pasangan mengalami gangguan hampir di semua aspek kehidupan.

Efek emosional yang dialami oleh *caregiver* berupa, depresi berat terutama pada *caregiver* yang merawat pasien dengan kelemahan sedang hingga berat serta pasien dengan gangguan perilaku seperti agresif (Meshefedjian, *et al.*, 1998; dalam Lubkin & Larsen, 2006). Rupert (1996, dalam Freeman & Associates, 2005) menyatakan bahwa tantangan dan stressor yang dihadapi oleh *caregiver* menyebabkan *caregiver* mengalami depresi, kecemasan, ketidakberdayaan,

ketegangan peran, merasa bersalah, dan berduka. Studi yang dilakukan menemukan bahwa tanda dan gejala depresi merupakan hal yang biasa ditemukan diantara *caregiver* yang merawat pasien dengan penyakit kronik (Clyburn, *et al.* 2000; Fortinsky, Kercher, & Burant, 2002; Harris, *et al.*, 2001; dalam Sherwood, *et al.* 2006). Studi lain menunjukkan bahwa *caregiver* yang merawat pasien dengan penyakit kronik sering menampakkan respon emosional negatif, seperti: merasa terbebani; depresi, cemas dan fatigue (Gaugler *et al.* 2005; Kozachik *et al.* 2001; dalam Sherwood *et al.* 2006). Berdasarkan beberapa hasil studi yang telah dilakukan, menunjukkan bahwa depresi merupakan gejala utama yang dialami oleh *caregiver* yang merawat pasien dengan penyakit kronik seperti penyakit jantung.

Caregiver yang merawat pasien dengan penyakit kronik, akan menunjukkan perubahan kebiasaan, emosi dan peran yang menyebabkan terjadinya ketegangan dalam merawat (Ferrario, *et al.*, 2003). Ketegangan dalam merawat terjadi ketika perawatan menjadi lebih lama atau bersifat jangka panjang yang dapat mengakibatkan terjadinya stress mental pada *caregiver*. Kärner, Dahlgren, dan Bergdahl (2004) menyatakan bahwa kebanyakan pasien dan *caregiver* terlibat dalam pembuatan keputusan, namun terkadang respon pasien dianggap oleh *caregiver* sebagai suatu sikap pasif dan penolakan sehingga *caregiver* cenderung mencoba untuk mengontrol pasien dan memaksakan perilaku tertentu untuk dicapai oleh pasien. Pasien penyakit kronik seperti penyakit jantung, mengalami ketergantungan terhadap *caregiver* terkait kondisi yang dialami. Hal tersebut berakibat pada kecenderungan *caregiver* sebagai pemegang kendali untuk mengembangkan pola komunikasi yang bersifat teguran dan otoriter yang terkadang disertai dengan kemarahan.

Lubkin dan Larsen (2006) menyatakan bahwa stress yang dialami oleh *caregiver* saat memberikan perawatan, terbagi atas:

2.1.4.1 Tekanan hati atau Beban

Menurut Montgomery (1989, dalam Lubkin & Larsen, 2006) menyatakan bahwa tekanan hati mengacu pada perasaan akan terjadinya pelanggaran atas kebebasan hidup dan penindasan yang dialami oleh *caregiver* sebagai pemberi perawatan. Tekanan hati dan beban (*strain & burden*) pada *caregiver* merupakan konsep multidimensi yang terdiri dari persepsi subyektif *caregiver*, seperti beban berlebihan; dan faktor obyektif, seperti perilaku agresif dari pasien. Faktor yang menyebabkan *caregiver* merasa sangat tertekan saat mereka mendapati pasien menjadi manipulatif, tidak menghargai atau membuat permintaan yang tidak masuk akal (Nerenberg, 2002, dalam Lubkin & Larsen, 2006). Kondisi sakit dan keharusan merawat menjadi dua hal penting yang saling berkaitan. Pada satu sisi, pasien penyakit jantung membutuhkan *caregiver* untuk membantu pemenuhan kebutuhan selama sakit yang tentu saja berlangsung lama. Di sisi lain, perawatan yang berlangsung lama dapat menyebabkan kebebasan *caregiver* menjadi terbatas.

2.1.4.2 Kelelahan dan Menyerah

Caregiver mengalami kelelahan baik secara fisik, emosional maupun mental yang disebabkan oleh keterlibatan jangka panjang dalam situasi emosional (Pines & Aronson, 1988, dalam Lubkin & Larsen, 2006). Kelelahan yang dialami oleh *caregiver* berupa; kelelahan secara fisik, mental maupun emosional (Nerenberg, 2002, dalam Lubkin & Larsen, 2006). Figley (1998, dalam Lubkin & Larsen, 2006) menggambarkan bahwa kelelahan yang dialami oleh *caregiver* diawali dengan stress akibat terpapar dengan pasien. Anggota keluarga yang sakit mewajibkan anggota keluarga lainnya untuk menjadi

caregiver. Perawatan penyakit jantung yang berlangsung lama dan tidak berkesudahan dapat menyebabkan *caregiver* mengalami rasa tidak berdaya dan putus asa akan kondisi pasien yang terwujud dalam bentuk munculnya gejala depresi. Gejala depresi pada *caregiver* merupakan manifestasi dari perubahan pola yang diakibatkan oleh kondisi penyakit yang dialami oleh pasien.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa *caregiver* yang merawat pasien penyakit jantung memberi perawatan tidak hanya dalam pemenuhan kesehatan, melainkan juga pada aspek sosial pasien. *Caregiver* dipengaruhi oleh beberapa faktor saat memberi perawatan, yang memberi dampak secara psikologis. Kondisi psikologis *caregiver* yang memburuk merupakan manifestasi dari perubahan peran dan kebiasaan yang terjadi akibat merawat dalam jangka waktu yang lama, serta kondisi penyakit jantung itu sendiri yang identik dengan serangan mendadak.

2.2 Konsep Depresi

Depresi menjadi salah satu gejala yang sering ditampilkan oleh *caregiver* pasien penyakit kronik. Studi terbaru bahkan menyatakan bahwa prevalensi gejala depresi sebesar 32% - 50% pada *caregiver*, yang mencapai suatu tingkat untuk terjadinya depresi klinik (Butler, *et al.*, 2005; Covinsky, *et al.*, 2003; dalam Rivera, 2009). Pemahaman akan konsep depresi akan memudahkan perawat dalam memberikan intervensi keperawatan yang tepat dan diharapkan akan berkontribusi terhadap kemampuan *caregiver* dalam merawat pasien penyakit jantung.

2.2.1 Pengertian

Depresi merupakan suatu kondisi dimana seseorang merasa sedih, kecewa saat mengalami suatu perubahan, kehilangan maupun kegagalan dan menjadi patologis ketika tidak mampu beradaptasi

(Townsend, 2009). Depresi merupakan suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang secara afektif, fisiologis, kognitif dan perilaku sehingga mengubah pola dan respon yang biasa dilakukan (Stuart, 2009). Kesimpulan dari beberapa pengertian diatas, bahwa depresi merupakan suatu keadaan abnormal yang menimpa seseorang yang diakibatkan ketidakmampuan beradaptasi dengan suatu kondisi atau peristiwa yang terjadi sehingga mempengaruhi kehidupan fisik, psikis maupun sosial seseorang.

2.2.2 Penyebab depresi pada *caregiver* pasien penyakit jantung

Penyebab depresi hingga saat ini, belum mampu dijelaskan oleh satu teori tunggal (Townsend, 2009). Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mencari penyebab terjadinya depresi pada *caregiver*. Menurut Sherwood, *et al.* (2004, dalam Rivera, 2009) menyatakan bahwa gejala depresi yang dialami oleh *caregiver* merupakan suatu reaksi emosional yang spesifik yang disebabkan oleh adanya stress saat memberi perawatan. Given, *et al.* (2004, dalam Rivera, 2009) menyatakan bahwa gejala depresi pada *caregiver* mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan gejala depresi pada pasien. Lamanya perawatan dan kondisi penyakit jantung yang identik dengan serangan mendadak menjadi stressor yang umum dirasakan oleh *caregiver* sehingga berdampak pada kondisi depresi akibat ketidakmampuan untuk beradaptasi lagi secara wajar.

2.2.3 Karakteristik

Menurut *American Psychiatric Association/APA*(2000, dalam Townsend, 2009), gangguan depresi merupakan salah satu gangguan suasana hati (*mood*) yang diklasifikasikan kedalam dua kategori, yakni:

2.2.3.1 Gangguan depresif mayor (*Major Depressive Disorder*)

Gangguan depresif mayor digambarkan dengan hilangnya ketertarikan atau kesenangan akan aktivitas yang biasa dilakukan. Gejala yang tampak berupa: gangguan fungsi sosial dan aktivitas yang terjadi selama kurang lebih dua minggu, tanpa adanya riwayat perilaku manik. Gangguan ini memiliki beberapa pengklasifikasian, antara lain: (1) episode tunggal atau berulang; (2) ringan, sedang, berat; (3) dengan tanda psikotik; (4) dengan gejala katatonik; (5) dengan gejala melankolik; (6) kronik; (7) pola musiman; dan (8) dengan kejadian postpartum;

2.2.3.2 Gangguan distimik (*Dysthymic Disorder*)

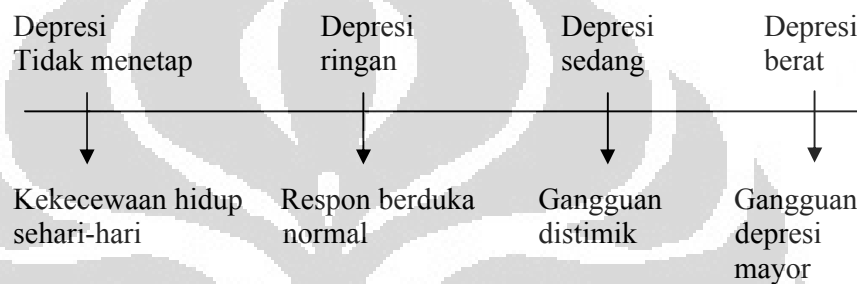
Karakteristik dari gangguan distimik mirip dengan gangguan depresif mayor, hanya bersifat lebih ringan. Gangguan distimik ini digambarkan dengan suasana hati merasa sedih atau “terpuruk dalam tekanan perasaan”. Pada gangguan distimik tidak ditemukan gejala psikotik, melainkan hanya perasaan tertekan yang kronik selama sepanjang hari, atau lebih dari sehari yang berlangsung selama kurang lebih dua tahun. Gangguan ini juga diklasifikasikan sebagai: (1) kejadian dini, yang terjadi sebelum usia 21 tahun; (2) kejadian lambat, yang ditemukan pada usia 21 tahun keatas.

Karakteristik depresi yang telah dipaparkan diatas meyakini bahwa kondisi depresi dinyatakan berdasarkan gejala yang ditampilkan. Klein, Schwartz *et al.*, (2000, dalam Nevid, Rathus, & Greene, 2008) menyatakan bahwa seseorang yang mengalami gangguan distimik selalu merasa kurang bersemangat dan tertekan serta depresi yang dialami bersifat ringan tetapi mengganggu dan cenderung bertahan dalam jangka waktu tahunan. Berdasarkan klasifikasi karakteristik depresi diatas, dapat disimpulkan bahwa *caregiver* pasien penyakit jantung mengalami gangguan distimik.

2.2.4 Rentang depresi

Townsend (2009) menggambarkan gejala depresi dalam suatu rentang depresi berikut ini, berdasarkan pada berat ringannya gejala yang dimulai dari depresi tidak menetap hingga depresi berat.

Skema 2.1
Rentang depresi



(Sumber: Townsend, 2009)

Skema 2.1 diatas menjelaskan bahwa rentang depresi dimulai dari depresi tidak menetap hingga depresi berat. Pada depresi tidak menetap, digambarkan dengan mengalami kekecewaan dalam hidup sehari-hari seperti kehilangan orang yang disayangi atau kekalahan dalam suatu pertandingan. Pada depresi ringan, digambarkan dengan respon berduka normal seperti proses berduka yang dipicu oleh kehilangan orang yang disayangi atau berarti, serta dapat juga berupa obyek seperti barang ataupun hewan kesayangan. Pada depresi sedang, dideskripsikan sebagai gangguan distimik dimana seseorang mengalami proses berduka yang memanjang dan berlebihan, misalnya pada gangguan distimik. Pada depresi berat, digambarkan dengan intensitas gejala depresi meningkat dari depresi sedang. Seseorang dengan depresi berat menunjukkan kehilangan kontak dengan realita yang diakibatkan oleh kurangnya kesenangan dalam melakukan semua aktivitas harian secara kompleks dan khayalan untuk bunuh diri biasa ditemukan.

2.2.5 Manifestasi Klinik

Townsend (2009) menampilkan manifestasi depresi dalam bentuk kontinum yang terdiri atas: (1) depresi tidak menetap, dengan gejala merasa sedih, patah semangat, kecewa, menangis, dan merasa lelah serta tak peduli; (2) depresi ringan, gejalanya bertambah menjadi menolak perasaan, marah, cemas, merasa bersalah, putus asa, tidak berdaya, regresi, agitasi, menarik diri, menyalahkan diri atau orang lain, mengalami gangguan tidur, dan makan; (3) depresi sedang, gejala yang ditampilkan berupa: merasa pesimis, harga diri rendah, perilaku menyakiti diri, tidak mampu merawat diri, sulit berkonsentrasi dan nyeri abdominal; dan (4) depresi berat, gejalanya bertambah dengan merasa putus asa total, tidak berguna, afek datar, pergerakan tidak terarah, bingung, gangguan isi pikir, halusinasi, dan berpikir untuk bunuh diri. Menurut Elvira dan Hadisukanto (2010), tanda dan gejala depresi berupa: (1) merasa sedih dan kesepian; (2) kehilangan minat dan berkurangnya energi; (3) gangguan tidur; (4) nafsu makan berkurang; (5) kecemasan; dan (6) gangguan endokrin. Manifestasi depresi tersebut diatas bergantung pada jenis depresi yang dialami, dan mengarah pada terjadinya gangguan secara psikologis maupun fisiologis.

Tarrier (2006) juga menyatakan bahwa tanda dan gejala depresi meliputi; gangguan tidur, agitasi, retardasi, hilangnya libido, dan gangguan makan yang diduga berasal dari pengaruh isi pikiran negatif terkait diri sendiri, dunia dan masa depan. Studi yang dilakukan oleh Yamada, Hagihara, dan Nobutomo, (2008) menemukan bahwa *caregiver* yang mengalami depresi dan stress berat sering mengkritik diri sendiri, menghindar dan menarik diri. Disamping itu, *caregiver* juga mengalami gangguan tidur, kualitas hidup yang rendah dan harus menyiapkan diri terhadap kemungkinan kematian pasien secara mendadak (Rodrigue, Widows, & Baz, 2006). Tanda dan gejala

depresi pada *caregiver* pasien penyakit jantung bervariasi dari gangguan secara fisik hingga psikis yang bersumber dari kondisi yang dialami oleh pasien.

2.2.6 Faktor Predisposisi

Stuart (2009) menyatakan bahwa faktor predisposisi adalah faktor risiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber-sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stress dan berupa faktor biologis, psikologi dan sosiokultural. Berikut ini merupakan faktor predisposisi terjadinya depresi, yaitu:

2.2.6.1 Genetik

Kembar identik dengan gangguan afektif lebih berisiko 2-4 kali dibanding kembar fraternal. Sadock dan Sadock (2007, dalam Townsend, 2009) menambahkan bahwa kejadian depresi lebih banyak ditemukan pada kembar monozigot dibanding dizigot. Studi yang dilakukan di Finlandia menemukan bahwa angka kejadian depresi tujuh kali lebih besar pada kembar monozigot dibanding dizigot dengan persentase sebesar 43% pada kembar monozigot dan 6% pada kembar dizigot (Kieseppä *et al.*, 2004, dalam Nevid, Rathus & Greene, 2008). Berdasarkan hal tersebut, tampak bahwa faktor genetik memberi pengaruh terhadap kejadian depresi, terutama pada manusia kembar.

2.2.6.2 Teori Kehilangan Objek

Mengacu pada adanya peristiwa traumatik berupa perpisahan dengan orang yang dianggap berarti. Dua hal penting dari teori ini berupa: (1) kehilangan pada masa kanak-kanak merupakan faktor predisposisi terjadinya depresi pada masa dewasa; (2) perpisahan yang dialami pada masa dewasa merupakan faktor presipitasi terjadinya depresi. Perspektif lain dari teori ini berfokus pada dampak negatif dari depresi maternal terhadap

bayi dan anak-anak (Swartz,*et al.* 2005; Weissman,*et al.*2006; dalam Stuart, 2009). Hal yang sama diungkapkan oleh Townsend (2009) yang menyatakan bahwa kemurungan hati terjadi saat seseorang mengalami kehilangan obyek yang dicintai, yang terpisah karena kematian, ataupun penolakan dan depresi merupakan dampak dari perpisahan dengan orang yang berarti pada enam bulan pertama. Beberapa studi telah membuktikan bahwa kehilangan orang yang berarti (*significant others*) berhubungan dengan perkembangan depresi (Kendler *et al.*, 2002; Kendler, Hettema *et al.*, 2003; dalam Nevid, Rathus& Greene, 2008). Depresi yang dialami oleh *caregiver* pasien penyakit jantung mengacu pada kondisi kehilangan yang bersifat abstrak, dalam hal ini kehilangan waktu bersama saat pasien belum menderita penyakit.

2.2.6.3 Teori Pengorganisasian Kepribadian

Tiga bentuk pengorganisasian kepribadian yang mengarah pada kejadian depresi menurut Arieti dan Bemporad (1980, dalam Stuart, 2009) yaitu: (1) dominasi orang lain, dimana seseorang bergantung pada orang lain untuk memenuhi kepuasan diri dan harga diri dengan karakteristik berupa sikap pasif, manipulatif, menghindari konflik, dan penurut; (2) seseorang menyadari bahwa keinginannya tidak akan pernah tercapai dengan ciri-ciri yang tampak berupa sikap tertutup, arogan, sering terobsesi, dan menghabiskan waktu dengan berandai-andai; (3) sistem keyakinan seseorang terkait pengalaman yang dirasakan berupa penolakan terhadap setiap bentuk pemuasan kesukaan karena menganggapnya sebagai hal yang tabu dimana seseorang dengan tipe ini mengalami kekosongan, bersikap picik dalam hubungan interpersonal dan mengkritik keras diri sendiri maupun orang lain. Berdasarkan teori ini, dapat dikatakan

bahwa *caregiver* di dominasi oleh pasien penyakit jantung yang bergantung kepadanya terkait pemenuhan kebutuhan selama kondisi sakit. Lamanya perawatan dapat mencetuskan suatu keadaan merasa terbebani dan tertekan yang berujung pada munculnya gejala depresi.

2.2.6.4 Model Kognitif

Depresi dianggap sebagai masalah kognitif yang didominasi oleh suatu evaluasi negatif seseorang terhadap diri, dunia dan masa depan. Beck *et al* (1979, dalam Stuart, 2009) menyatakan bahwa depresi dialami oleh orang-orang yang terganggu pikirannya. Orang-orang yang mengalami depresi dikuasai oleh rasa pesimis karena menganggap masa depan sebagai perpanjangan dari masa kini, merasa kegagalan mereka akan berlanjut secara menetap yang pada akhirnya rasa pesimis itu akan mendominasi aktivitas, keinginan dan harapan mereka. Townsend (2009) juga menambahkan bahwa depresi merupakan gambaran akan adanya gangguan pada kognitif seseorang, ditandai dengan munculnya perasaan tidak berarti terhadap diri sendiri, lingkungan ataupun masa depan. Tampak bahwa adanya gangguan kognitif merupakan faktor yang mendukung terhadap kejadian depresi, yang berasal dari terjadinya penilaian yang negatif terhadap diri, lingkungan dan masa depan.

Beck *et al.* (1979, dalam Nevid, Rathus & Greene, 2008) menyatakan bahwa terdapat tiga model kognitif pada depresi (*The Cognitive Triad of Depression*) yaitu: (1) adanya keyakinan negatif terhadap diri sendiri, seperti merasa tidak berguna, dan tidak memiliki kemampuan untuk mencapai kebahagiaan; (2) adanya keyakinan negatif terhadap lingkungan, seperti terpapar terus menerus terhadap kegagalan dan

kehilangan serta tuntutan dari lingkungan yang tidak mungkin untuk dicapai; dan (3) adanya keyakinan negatif terhadap masa depan, seperti merasa tidak berdaya dan yakin bahwa tak ada seorang pun yang mampu mengubah keadaan menjadi lebih baik. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa *caregiver* pasien penyakit jantung mengalami ketiga hal ini saat menderita depresi akibat merawat. Perasaan tidak berguna yang muncul pada *caregiver* pasien penyakit jantung berasal dari ketidakmampuan memberi perawatan yang sesuai dengan yang diharapkan. Kondisi penyakit jantung yang membutuhkan perawatan yang lama menjadi pemicu munculnya keyakinan negatif terhadap kondisi lingkungan. Ketidakberdayaan dan bahkan keputusasaan merupakan manifestasi dari pandangan negatif terhadap masa depan mengingat penyakit jantung yang tidak akan pernah bisa disembuhkan (*incurable*).

2.2.6.5 Model Keputusan-Ketidakterdayaan

Seligman (1975, dalam Stuart, 2009) menyatakan bahwa ketidakberdayaan merupakan suatu keyakinan bahwa “tak ada seorang pun yang akan membantu”, sedangkan keputusasaan merupakan suatu keyakinan bahwa “tak ada seorang pun yang mampu melakukan sesuatu”. Teori ini menunjukkan bahwa bukan hanya rasa trauma yang mencetuskan kejadian depresi, melainkan keyakinan bahwa seseorang tidak memiliki kontrol atas hal-hal penting dalam hidup dan karenanya menahan diri terhadap respon adaptif. Townsend (2009) menambahkan bahwa ketidakberdayaan merupakan hal yang dipelajari terkait dengan seringnya seseorang mengalami kegagalan, sehingga depresi terjadi karena mereka belajar bahwa apapun yang dilakukan pasti gagal. Berdasarkan hal tersebut, tampak bahwa seseorang dengan depresi cenderung merasa tidak berdaya dan putus asa.

Lewinsohn (1974, dalam Nevid, Rathus & Greene, 2008) menyatakan bahwa depresi merupakan hasil dari adanya ketidakseimbangan antara perilaku dan penguatan. Lebih lanjut dijelaskan bahwa kurangnya penguatan dapat melemahkan motivasi yang mencetuskan terjadinya depresi. *Caregiver* pasien penyakit jantung yang mengalami depresi, merasa tidak berdaya akibat adanya perbedaan yang mencolok antara kemampuan mereka untuk merawat dengan kurangnya bala bantuan ataupun penguatan yang diharapkan untuk tetap menjaga motivasi mereka dalam merawat.

2.2.6.6 Model Perilaku

Lewinsohn *et al.* (1979, dalam Stuart, 2009) menyatakan bahwa model perilaku menganggap manusia memiliki kemampuan untuk melatih kontrol atas perilaku mereka sendiri. Manusia tidak hanya bereaksi terhadap pengaruh eksternal, melainkan mereka memilih, mengatur, dan mengubah stimulus yang datang sehingga mereka tidak dianggap sebagai objek lemah yang dikontrol oleh lingkungan. Interaksi antara manusia dan lingkungan dengan hasil positif memberi penguatan yang positif. Beberapa interaksi menguatkan perilaku seseorang, sehingga asumsi kunci dari model ini ialah bahwa rendahnya penguatan positif dari lingkungan merupakan awal dari perilaku depresif. Dua elemen penting dari model ini yakni: (1) seseorang mungkin gagal untuk berespon sesuai sehingga mentahbiskan penguatan positif; (2) lingkungan mungkin gagal memberi penguatan sehingga memperburuk kondisi depresi yang dialami. Hal tersebut menunjukkan bahwa penyimpangan perilaku pada kondisi depresi merupakan hasil dari rendahnya penguatan yang diterima dari lingkungan.

Menurut Lubkin dan Larsen (2006), faktor yang menyebabkan *caregiver* merasa sangat tertekan saat mereka mendapati pasien menjadi manipulatif, tidak menghargai atau membuat permintaan yang tidak masuk akal. *Caregiver* pasien penyakit jantung sangat mengharapkan adanya penguatan positif baik dari pasien maupun anggota keluarga lainnya serta dari tenaga kesehatan. Penguatan positif yang diberikan merupakan bentuk dukungan yang diharapkan mampu mencegah terjadinya kondisi depresi pada *caregiver*.

2.2.6.7 Model Biologis

Stuart (2009) menyatakan bahwa model ini menyelidiki perubahan kimiawi dalam tubuh selama kondisi depresif. Apakah perubahan kimiawi ini menyebabkan depresi atau merupakan hasil dari depresi yang belum dipahami. Abnormalitas yang signifikan dapat dilihat pada beberapa sistem tubuh selama kondisi depresif, meliputi: gangguan elektrolit, terutama sodium dan potasium; perubahan neurofisiologis; disfungsi dan kesalahan pengaturan dari aktivitas sistem saraf otonom; perubahan hormon adrenokortikal, tiroid, dan gonad; dan perubahan neurokimiawi dalam neurotransmitter, terutama dalam amina biogenik yang berperan sebagai neurotransmitter sistem saraf pusat dan perifer. Townsend (2009) menambahkan bahwa depresi dapat disebabkan oleh adanya (1) pengaruh biokimiawi, seperti defisiensi norepinefrin, dopamin, dan serotonin; (2) gangguan neuroendokrin, seperti kegagalan sistem hormonal; dan (3) pengaruh fisiologis, seperti efek samping obat, gangguan neurologi, defisiensi nutrisi, gangguan elektrolit, dan gangguan fisik lainnya. Tampak bahwa gejala depresi belum diketahui apakah sebagai penyebab atau akibat dari suatu kondisi.

Nevid, Rathus, dan Greene (2008) menyatakan bahwa beberapa studi telah membuktikan bahwa kondisi depresi dapat dicetuskan oleh adanya penyimpangan atau abnormalitas aktivitas neurotransmitter di otak. Tampak bahwa penyimpangan neurotransmitter tersebut menjadi penyebab dari terjadinya gejala depresi. Berdasarkan teori ini, dapat dikatakan bahwa depresi yang dialami oleh *caregiver* pasien penyakit jantung boleh jadi disebabkan oleh adanya pengaruh faktor biologis atau mungkin faktor biologis tersebut terjadi karena kondisi depresi.

2.2.6.8 Model Transaksi

Townsend (2009) menambahkan bahwa model transaksi meyakini bahwa efek gabungan dari genetik, biokimiawi, dan pengaruh psikososial seperti gangguan kognitif, kehilangan obyek, dan teori belajar membuat seseorang menjadi mudah terpengaruh untuk terkena depresi. Penyebab depresi belum diketahui secara pasti apakah disebabkan oleh satu teori tunggal atau tidak. Model ini mencoba menjelaskan bahwa depresi juga bersifat dinamis, sehingga dapat disimpulkan bahwa *caregiver* pasien penyakit jantung yang mengalami depresi mungkin telah membawa faktor predisposisi lainnya yang ikut memberi kontribusi terhadap munculnya gejala depresi saat merawat.

2.2.6.9 Implikasi Perkembangan

Townsend (2009) menyatakan bahwa faktor predisposisi terakhir dari kejadian depresi merupakan dampak dari adanya penyimpangan pada masa perkembangan. Implikasi gangguan perkembangan ini terbagi atas: (1) masa kanak-kanak, mengalami masalah makan, tempertantrum, kurang bermain, dan kekecewaan; (2) masa remaja, mengalami konflik

kemandirian terkait proses maturasi; (3) masa tua, menghadapi banyak stressor seiring dengan usia yang menua, seperti: masalah keuangan, penyakit fisik, perubahan fungsi tubuh, dan menjelang kematian; dan (4) postpartum, dikaitkan dengan perubahan hormonal, kurang dukungan suami, atau pernikahan yang tidak bahagia. Berdasarkan hal tersebut, tampak bahwa depresi yang dialami juga dapat berasal dari adanya penyimpangan pada masa tumbuh kembang terkait tugas perkembangan. Stress dan depresi saat merawat dapat bersifat sebagai faktor pencetus dari kondisi depresi yang telah lama terjadi.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa faktor predisposisi yang berkontribusi terhadap kejadian depresi. Teori dan hasil penelitian membuktikan bahwa faktor predisposisi kejadian depresi, meliputi: (1) riwayat keturunan kembar monozigot; (2) riwayat mengalami perpisahan ataupun kehilangan dengan orang yang berarti; (3) adanya dominasi orang lain terhadap kehidupan diri; (4) adanya penyimpangan kognitif; (5) rasa tidak berdaya dan putus asa yang diyakini; (6) penyimpangan perilaku akibat rendahnya dukungan dari lingkungan; (7) gangguan fisiologis; (8) gabungan dari genetik, biokimiawi, dan gangguan psikososial; dan (9) adanya penyimpangan pada perkembangan. *Caregiver* pasien penyakit jantung yang mengalami depresi dipengaruhi oleh faktor predisposisi tersebut.

2.2.7 Faktor Presipitasi

Menurut Stuart (2009) faktor presipitasi merupakan stimulus yang menantang, mengancam atau menuntut individu. Berikut ini beberapa faktor yang mencetuskan terjadinya depresi, yaitu:

2.2.7.1 Kehilangan Ikatan

Depresi dapat dicetuskan oleh kehilangan pada masa dewasa, yang mungkin bersifat nyata atau hanya imajinasi yang meliputi: kehilangan cinta; seseorang; fungsi fisik; status atau harga diri. Kaitan antara kehilangan dan depresi bersifat kompleks, yakni: (1) peristiwa kehilangan dan perpisahan memungkinkan tercetusnya depresi; (2) kehilangan dan perpisahan tidak selalu hadir dalam semua kondisi depresi; (3) tidak semua orang yang mengalami kehilangan dan perpisahan akan depresi; (4) kehilangan dan perpisahan bukan merupakan hal yang spesifik pada depresi tetapi mungkin berperan sebagai kejadian pencetus untuk beragam penyakit medis dan psikiatri; dan (5) kehilangan dan perpisahan mungkin merupakan akibat dari depresi. Tampak bahwa kehilangan menjadi salah satu faktor pencetus kejadian depresi.

Studi yang dilakukan oleh Rodrigue, Widows, dan Baz (2006) menyatakan bahwa *caregiver* harus menyiapkan diri terhadap kemungkinan kematian pasien secara mendadak. Pada kondisi depresi yang dialami oleh *caregiver*, dapat dikatakan bahwa kehilangan orang yang berarti dapat mencetuskan depresi. Kehilangan dalam hal ini masih bersifat imajinasi yang berarti bahwa *caregiver* pasien penyakit jantung harus mempersiapkan diri terhadap kemungkinan terburuk yang akan terjadi pada pasien yang dirawat.

2.2.7.2 Peristiwa Kehidupan

Peristiwa-peristiwa dalam hidup yang dapat menyebabkan terjadinya depresi seperti, kehilangan harga diri; masalah interpersonal; kejadian sosial yang tidak diharapkan dan perpecahan besar dalam kehidupan. Patton *et al* (2003, dalam

Stuart, 2009) menyatakan bahwa peristiwa-peristiwa yang tidak diharapkan menjadi faktor presipitasi yang paling sering terhadap kejadian depresi. Depresi juga dikaitkan dengan adanya perpecahan dalam perkawinan atau keluarga, penyakit fisik pada orang tua, dan ketergantungan sosial. Semua orang mengalami kejadian hidup yang penuh dengan tekanan, tetapi tidak semua orang mengalami depresi. Hal ini menunjukkan bahwa hanya kejadian spesifik yang berperan dalam perkembangan kejadian depresi.

Kendler dan Prescott (1999, dalam Nevid, Rathus & Greene, 2008) menyatakan bahwa faktor lingkungan, seperti terpapar terhadap kejadian hidup penuh stress menjadi faktor utama dalam kejadian depresi. Merawat pasien penyakit jantung merupakan peristiwa yang sangat tidak diharapkan oleh *caregiver*. Lamanya perawatan dan kondisi penyakit jantung yang tidak dapat disembuhkan dapat menjadi faktor pencetus terjadinya depresi pada *caregiver*.

2.2.7.3 Ketegangan Peran

Stuart (2009) menyatakan bahwa dalam menganalisis stressor peran sosial, banyak literatur yang berfokus pada wanita. Peran yang ada terkait faktor risiko bagi wanita yang terpapar dengan stressor jangka panjang, misalnya peran sebagai *caregiver* yang menghadirkan tantangan biologis dan psikososial. Berikut beberapa peran wanita sebagai *caregiver*: (1) saat hamil dan melahirkan; dan (2) saat merawat pasangan atau orang tua dengan penyakit kronik. Beberapa studi terdahulu menemukan bahwa depresi cenderung terjadi pada wanita dibanding pada pria. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa *caregiver* cenderung berjenis kelamin wanita, sehingga wanita

memang berisiko tinggi untuk mengalami depresi terkait kompleksitas peran yang dimiliki dan perubahan kebiasaan yang terjadi.

Conway *et al.* (2006, dalam Nevid, Rathus & Greene, 2008) menyatakan bahwa depresi lebih sering ditemukan pada wanita dibanding pria. Braverman dan Braverman (2004) menyatakan bahwa penyakit jantung seperti hipertensi cenderung terjadi pada pria dibanding wanita. Ferrario, *et al.*, (2003) menyatakan bahwa ketika merawat pasien dengan penyakit kronik seperti penyakit jantung, *caregiver* akan menunjukkan perubahan kebiasaan, emosi dan peran yang menyebabkan terjadinya ketegangan dalam merawat. Peran wanita yang begitu kompleks, baik sebagai *caregiver* bagi anak-anaknya, pasangannya, maupun orang tuanya membuat seorang wanita cenderung untuk mengalami ketegangan peran saat dihadapkan pada situasi yang penuh tekanan.

2.2.7.4 Perubahan Fisiologis

Stuart (2009) menyatakan bahwa keadaan suasana hati (*mood*) dipengaruhi oleh beragam penyakit fisik dan pengobatan. Depresi dapat timbul setelah seseorang diketahui menderita penyakit fisik, seperti: infeksi virus; gangguan endokrin; anemia; dan gangguan sistem saraf pusat. Kebanyakan penyakit kronik, apakah fisik atau psikis disertai dengan depresi. Penyakit fisik yang disertai depresi, seperti: penyakit jantung; stroke, dan gagal ginjal. Sementara itu, obat-obatan yang dapat merangsang terjadinya depresi seperti: obat antihipertensi; dan amfetamin, serta barbiturat pada penyalahgunaan zat. Berdasarkan hal tersebut, tampak bahwa perubahan fisiologis juga ikut berperan dalam terjadinya depresi. *Caregiver* pasien

penyakit jantung yang merawat dalam jangka waktu lama, dapat membuat terjadinya perubahan fisiologis seperti: gangguan pola tidur, maupun gangguan pola makan yang diyakini akan berdampak pada tercetusnya depresi.

2.2.8 Penilaian terhadap Stressor

Penilaian terhadap stressor merupakan cara individu dalam menentukan makna dan pemahaman akan dampak dari situasi penuh stress. Individu berespon dan menilai depresi yang dialami secara kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial (Stuart, 2009). Berikut ini adalah bentuk-bentuk penilaian stress pada depresi:

2.2.8.1 Respon Kognitif

Penilaian kognitif memungkinkan individu untuk mengevaluasi dan memahami depresi yang dialami dengan menggunakan sumber-sumber yang dimiliki agar mampu menetralkan atau mentoleransi tekanan yang dirasakan. Mekanisme yang digunakan biasanya berupa perasaan putus asa sebagai akibat dari pikiran negatif. Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan bahwa respon kognitif pasien depresi yang meliputi: kemampuan berpikir jernih dan memecahkan masalah terpengaruh secara negatif. Lebih lanjut dijelaskan bahwa pasien mengatakan tidak mampu berpikir cepat, kurang mampu berkonsentrasi dan memori terbatas, serta tidak mampu mengambil keputusan. Beck *et al* (1979, dalam Nevid, Rathus & Greene, 2008) menyatakan bahwa respon kognitif yang ditampilkan berupa adanya keyakinan yang negatif baik terhadap diri sendiri, lingkungan, maupun masa depan. Perasaan akan ketidakmampuan diri dalam memberi perawatan yang diharapkan, perasaan akan tuntutan dari kondisi penyakit pasien yang tidak mampu diubah, serta perasaan bahwa segala sesuatu tidak akan pernah membaik yang berujung pada kondisi tidak

berdaya dan putus asa. Perawatan pasien penyakit jantung yang menyita waktu yang disertai dengan ketakutan akan kematian mendadak membuat *caregiver* mengalami kelemahan psikologis yang berdampak pada terjadinya distorsi kognitif.

2.2.8.2 Respon Afektif

Respon afektif diekspresikan dalam bentuk emosi yang berupa: perasaan sedih, marah, cemas, harga diri rendah, tidak berdaya, apatis, merasa bersalah dan tidak berguna serta emosi digambarkan berdasarkan tipe, durasi dan intensitas. Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan bahwa afek merupakan sikap yang ditampilkan sebagai cerminan dari kondisi internal seseorang dan bersifat objektif dengan refleksi yang tampak berupa: perasaan putus asa dan kecewa; ekspresi wajah sedih; postur lemah, monoton; dan respon terbatas. Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa respon afektif pada depresi berupa emosi yang dituangkan dalam berbagai jenis, yang bersifat negatif.

Kettunen *et al* (1999, dalam Kärner, Dahlgren & Bergdahl, 2004) menyatakan bahwa *caregiver* pasien penyakit infark miokard mengalami ketakutan akan aktivitas di waktu luang pasien dan serangan berulang infark miokard. Gaugler *et al.* (2005; Kozachik *et al.*, 2001; dalam Sherwood *et al.*, 2006) menyatakan bahwa *caregiver* yang merawat pasien dengan penyakit kronik sering menampakkan respon emosional negatif, seperti: merasa terbebani, depresi, dan cemas. Leventhal, Leventhal, dan Van Nguyen (1985; Michela, 1987; Skelton & Dominian, 1973; dalam Sarafino, 1998) menyatakan bahwa *caregiver* yang merawat pasien penyakit jantung terutama dengan serangan mendadak mengalami stress dan ketakutan

yang bersifat jangka panjang terhadap penyakit yang dihadapi oleh anggota keluarga mereka. Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa *caregiver* pasien penyakit jantung menunjukkan respon afektif seperti: perasaan cemas, takut, terbebani, sedih, tidak berdaya, tidak berguna, dan bahkan marah.

2.2.8.3 Respon Fisiologis

Mencerminkan interaksi beberapa aksis neuroendokrin yang melibatkan hormon-hormon dan neurotransmitter lain didalam otak. Secara fisiologis, individu dengan depresi biasanya mengeluhkan rasa nyeri didaerah abdomen, anoreksia, nyeri punggung, nyeri dada, konstipasi, pusing, fatigue, sakit kepala, insomnia, perubahan menstruasi, mual, frigid, makan berlebih, impoten, dan kelelahan. Menurut Gaugler *et al.* (2005; Kozachik *et al.*, 2001; dalam Sherwood *et al.*, 2006) menemukan bahwa fatigue merupakan respon yang umum ditemukan pada *caregiver* yang merawat pasien penyakit kronik. Nevid, Rathus, dan Greene (2008) menemukan bahwa letargi juga dapat ditemukan pada penderita depresi. Hal tersebut menunjukkan bahwa fatigue, letargi dan perubahan fisiologis lain menjadi hal yang umum ditemukan pada *caregiver* pasien penyakit kronik seperti penyakit jantung.

2.2.8.4 Respon Perilaku

Respon perilaku merupakan hasil dari respon fisiologis dan emosional. Caplan (1981, dalam Stuart, 2009) menggambarkan empat fase dari respon perilaku individu terhadap stress, yaitu: (1) perilaku mengubah lingkungan penuh stress sehingga individu dapat terbebas darinya; (2) perilaku yang dapat membuat individu mengubah lingkungan eksternal; (3) perilaku

intrapsikis yang membuat individu mampu bertahan melawan lonjakan emosi yang tidak menyenangkan; dan (4) perilaku intrapsikis yang membantu individu menyesuaikan diri kembali secara internal. Perilaku pada depresi ditampilkan dalam berbagai respon sebagai hasil dari penggabungan antara fisiologis dan emosional.

Individu dengan depresi biasanya menampilkan perilaku agresif, agitasi, perubahan tingkat aktivitas, intoleransi, kurang spontan, sangat ketergantungan, defisit perawatan diri, isolasi sosial, sering menangis, dan menarik diri. Menurut Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan bahwa perilaku fisik yang tampak pada pasien depresi, meliputi: penurunan aktivitas motorik; ketidakmampuan merawat diri; perubahan pola tidur dan pola makan; perubahan pola eliminasi; dan penurunan libido. Selain itu, dijelaskan bahwa pasien depresi juga mengalami gangguan dalam berkomunikasi berupa: respon bicara dan berpikir lambat, serta membutuhkan waktu lebih lama untuk memahami pesan yang telah diterima. Pada kondisi depresi berat, pasien biasanya tidak mau berbicara sama sekali. Tampak bahwa respon perilaku yang ditampilkan oleh pasien depresi berbentuk perilaku maladaptif.

Studi yang dilakukan di Swedia mengenai perilaku *caregiver* pasien penyakit jantung koroner yang mengalami depresi menemukan bahwa *caregiver* sebagai pemberi perawatan menggunakan komunikasi monolog dan bersifat teguran, berorientasi pada diri sendiri, otoriter, dan bahkan sering disertai dengan kemarahan (Kärner, Dahlgren, & Bergdahl, 2004). Lebih lanjut dijelaskan dalam hasil studi tersebut bahwa *caregiver* melakukan perilaku agresif sebagai bentuk atas

adanya perasaan gagal saat mencoba memberi dukungan perawatan, namun tidak diindahkan oleh pasien. Berdasarkan temuan tersebut, tampak bahwa perilaku yang ditampilkan oleh *caregiver* yang mengalami depresi tidak hanya diarahkan kedalam diri sendiri, namun juga ditujukan kepada orang lain dalam hal ini pasien yang dirawat.

2.2.8.5 Respon Sosial

Mechanic (1977, dalam Stuart, 2009) menyatakan bahwa respon individu berdasarkan pada tiga aktivitas, yakni: (1) pencarian makna, dimana individu mencari informasi mengenai masalah mereka; (2) atribut sosial, dimana individu mencoba mengidentifikasi faktor yang berkontribusi pada situasi yang dihadapi; dan (3) perbandingan sosial, dimana individu membandingkan keterampilan dan kapasitas mereka dengan orang lain yang memiliki masalah yang sama. Individu dengan depresi menunjukkan respon seperti: merasa gagal, menyalahkan diri, pasif dan menarik diri dari lingkungan. Hal tersebut menunjukkan bahwa respon sosial individu dengan depresi berupa penolakan terhadap lingkungan sosial karena lebih berfokus pada diri sendiri.

Nevid, Rathus, dan Greene (2008) menyatakan bahwa respon sosial pada penderita depresi ditunjukkan dengan menurunnya keterampilan sosial dan interpersonal, menghindari berpartisipasi dalam aktivitas yang menyenangkan. Studi yang dilakukan oleh Yamada, Hagihara, dan Nobutomo, (2008) menemukan bahwa *caregiver* yang mengalami depresi dan stress berat sering mengkritik diri sendiri, menghindar dan menarik diri. Hal tersebut menunjukkan bahwa *caregiver* yang mengalami depresi pada umumnya menarik diri dari lingkungan

yang diduga sebagai akibat dari perasaan tertekan, terbebani, dan kelelahan akibat merawat dalam jangka waktu yang lama.

2.2.9 Sumber Koping

Sumber koping merupakan strategi yang digunakan individu untuk membantu menentukan apa yang dapat dilakukan. Sumber koping berupa: (1) *personal ability*, seperti kemampuan yang dimiliki oleh individu; (2) *social support*, seperti dukungan yang diterima baik dari keluarga maupun dari jaringan pendukung sosial; (3) *material assets*, seperti status sosial ekonomi, yang berupa pendapatan, pekerjaan, pendidikan dan posisi sosial; dan (4) *belief* atau keyakinan individu terhadap stressor yang dihadapi. Ketika individu mengalami depresi, maka kemampuan untuk mengatasi kondisi tersebut akan bergantung pada sumber koping yang dimiliki. Pendayagunaan sumber koping secara efektif dan adekuat akan berpengaruh pada kemampuan individu mengatasi masalah yang dihadapi (Stuart, 2009). Hal tersebut menunjukkan bahwa sumber koping yang baik memberi kontribusi yang positif bagi *caregiver* yang mengalami depresi terkait kondisi depresi yang dialami.

2.2.10 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah setiap usaha yang dilakukan untuk mengatasi stress. Berikut ini beberapa bentuk dari mekanisme koping: (1) berfokus pada masalah dengan melibatkan tugas dan usaha secara langsung untuk bertahan dengan ancaman yang dihadapi, misalnya negosiasi, konfrontasi dan meminta saran; (2) berfokus secara kognitif dimana individu mencoba mengontrol dan menetralkan masalah, misalnya dengan perbandingan positif, dan pengabaian selektif; (3) berfokus emosi dimana individu berorientasi pada distress emosional yang menenangkan, seperti menolak, supresi, atau proyeksi. Mekanisme koping yang biasanya digunakan oleh individu dengan

depresi berupa: denial, represi, supresi, introyeksi, dan disosiasi (Stuart, 2009). Tampak bahwa seseorang yang mengalami depresi cenderung menolak, menekan, dan berorientasi pada situasi yang mampu menenangkan diri.

Studi yang dilakukan oleh Asahara, *et al.* (2001; Okabayashi, *et al.*, 2003; dalam Yamada, Hagihara, & Nobutomo, 2008) menemukan bahwa *caregiver* dapat menghadapi stress secara efektif dengan cara menerima peran mereka dan melibatkan diri secara aktif dalam perawatan. Beach, *et al.*, (1992, dalam Kärner, Dahlgren, & Bergdahl, 2004) menyatakan bahwa kemampuan *caregiver* dalam menghadapi stress situasional dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk beradaptasi secara fisik dan emosional terhadap situasi kehidupan pada pasien dengan infark miokard. Berdasarkan hal tersebut, tampak bahwa mekanisme koping yang efektif, seperti *approach coping* dapat berdampak positif terhadap *caregiver* maupun pasien yang dirawat.

2.2.11 Diagnosa Keperawatan

NANDA (2009) menyatakan bahwa diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada *caregiver* yang mengalami depresi terkait gejala yang dialami yaitu: (1) gangguan pola tidur; (2) fatigue; (3) ketidakberdayaan; (4) keputusasaan; (5) harga diri rendah; (6) ketegangan peran *caregiver*; (7) *anxiety*; (8) *death anxiety*; (9) ketakutan; (10) *stress overload*; (11) ketidakseimbangan nutrisi; dan (12) isolasi sosial.

Beberapa alat ukur telah dikembangkan dan digunakan untuk mengukur kondisi depresi, antara lain: *Beck Depression Inventory* (Fontaine, 2009; Knapen *et al.*, 2005; Mansour *et al.*, 2009; Watson *et al.*, 2010; Şahin *et al.*, 2011), *The Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (Williamson *et al.*, 2002; Kao & Acton, 2006;

Sebern, 2008), *Zung Self-rating Depression Scale* (Yamada, Hagihara, & Nobutomo, 2008). Alat pengukuran yang akan digunakan untuk menilai kondisi depresi pada *caregiver* pasien penyakit jantung ialah *Zung Self-rating Depression Scale*. Instrumen penelitian *Zung Self-rating Depression Scale* merupakan salah satu instrumen yang dikembangkan oleh Zung pada tahun 1965 untuk mengukur tingkat depresi pada *caregiver* keluarga (Yamada, Hagihara, & Nobutomo, 2008). Penelitian ini menggunakan alat ukur *Zung Self-rating Depression Scale* karena target penelitian ini adalah *caregiver* keluarga, selain itu mengacu pada item pernyataan yang dianggap representatif akan kondisi depresi yang dialami oleh *caregiver*. Berdasarkan item pernyataan pada alat ukur tersebut, maka diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan yaitu: (1) ketidakberdayaan; (2) keputusasaan; (3) gangguan pola tidur; (4) resiko ketidakseimbangan nutrisi; (5) pola seksual inefektif; (6) konstipasi; (7) kelelahan; (8) kecemasan; dan (9) harga diri rendah.

2.2.12 Terapi Keperawatan

Perawatan diberikan berdasarkan penyakit yang dialami oleh pasien, yang tergantung pada kondisi penyakit, dukungan yang ada, dan sumber pelayanan kesehatan yang tersedia (Stuart, 2009). Perawat yang dihadapkan pada individu dengan depresi perlu melakukan pengkajian yang mendalam mengenai terapi yang tepat untuk diberikan. Perencanaan yang dilakukan bertujuan untuk menekan dan menghilangkan respon emosional maladaptif. Terapi yang dapat diberikan pada *caregiver* pasien dengan penyakit fisik kronik antara lain: terapi kognitif (Sarafino, 1998; Tarrier, 2006; Riso *et al.*, 2007; Nevid, Rathus & Greene, 2008; Stuart, 2009; & Townsend, 2009), atau terapi relaksasi progresif, *rational-emotive therapy*, *biofeedback*, meditasi, hipnosis (Sarafino, 1998), atau terapi musik, *acupuncture*, *animal-assisted therapy*, aromaterapi dan yoga (Fontaine, 2009), atau

terapi kognitif-perilaku, *interpersonal therapy* (Varcarolis, 2010), atau *social skill training* (Stuart, 2009), atau latihan asertif (Townsend, 2009), atau *family therapy* (Stuart, 2009; & Townsend, 2009), atau terapi kelompok seperti *supportive* dan *self help group* (Stuart, 2009; Townsend, 2009; Varcarolis, 2010). Tampak bahwa terdapat beragam terapi yang dapat diterapkan pada pasien dengan depresi, baik berbentuk terapi individu, keluarga maupun kelompok.

Beberapa terapi non farmakologis yang terkait dengan depresi telah diteliti sebelumnya. Penelitian Kristyaningsih (2009) mengenai terapi kognitif pada pasien dengan penyakit Gagal Ginjal Kronik yang mengalami depresi menunjukkan hasil penurunan kondisi depresi yang cukup bermakna antara sebelum dan setelah terapi kognitif diberikan. Studi yang dilakukan oleh Lin, *et al.* (2008) menyatakan bahwa kurangnya komunikasi dan perilaku asertif berkorelasi terhadap rendahnya harga diri yang merupakan salah satu gejala depresi. Berdasarkan hasil studi tersebut, diketahui bahwa terapi kognitif dan latihan asertif menjadi terapi yang mampu mengatasi kondisi depresi.

2.3 Kemampuan Mengubah Persepsi Diri *Caregiver*

Depresi dikaitkan dengan adanya persepsi dan interpretasi negatif seseorang terhadap informasi tertentu (Pietromonaco, 1983). Beberapa teori telah membuktikan bahwa kognitif memegang peran penting dalam kejadian, pemeliharaan, dan pengobatan depresi klinik (Gara *et al.*, 1993). Stuart (2009) menyatakan bahwa persepsi seseorang terhadap orang lain terbentuk dari hasil pengamatan terhadap perilaku orang tersebut, dan cara seseorang berperilaku merupakan hasil dari bagaimana ia mempersepsikan suatu keadaan. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa individu yang mengalami depresi akan memiliki pikiran negatif yang diwujudkan dalam

bentuk persepsi negatif baik terhadap diri sendiri maupun terhadap orang lain, serta ditampilkan dalam suatu perilaku tertentu.

Hasil studi yang dilakukan oleh Petty *et al.* (2004, dalam Şahin, Batigün, & Koç, 2011) menemukan bahwa individu yang mengalami depresi tidak mampu mengatasi rasa marah secara efektif. Selain itu, studi berikutnya yang dilakukan oleh Galambos *et al.* (2006, dalam Şahin, Batigün, & Koç, 2011) menunjukkan bahwa individu yang mengalami depresi juga memiliki persepsi diri yang negatif. Individu dengan persepsi diri negatif tidak mampu mengatasi kesulitan yang dialami (Joseph *et al.*, 2003, dalam Şahin, Batigün, & Koç, 2011). Beberapa temuan tersebut menegaskan bahwa selain rasa marah, persepsi diri negatif merupakan hal yang sering dijumpai pada individu dengan depresi.

Persepsi diri yang kuat merupakan suatu pikiran yang mempengaruhi penilaian *caregiver* terhadap tugas merawat, yang pada akhirnya akan mempengaruhi respon *caregiver* terhadap pengalaman merawat (Martire & Schulz, 2000, dalam Löckenhoff *et al.*, 2011). Selanjutnya, Löckenhoff *et al.* (2011) menjelaskan bahwa persepsi negatif *caregiver* berasal dari adanya perasaan khawatir dan kepedulian terhadap pasien yang dirawat, yang dimanifestasikan dalam bentuk perasaan tegang dan segan yang berujung pada terciptanya perasaan terjebak atau terperangkap dalam peran sebagai *caregiver*. Tampak bahwa persepsi negatif *caregiver* terhadap tugas merawat merupakan reaksi *caregiver* saat harus merawat pasien dengan penyakit yang berlangsung lama, dan membuat *caregiver* mengalami suatu kondisi *exhausted* atau kelelahan karena terus-menerus menjalankan peran tersebut.

Diketahui bahwa hubungan interpersonal turut berpengaruh terhadap persepsi diri (Safran & Segal, 1990, dalam Şahin, Batigün, & Koç, 2011). Selain itu, juga telah diketahui bahwa rintangan terpenting untuk membina hubungan interpersonal adalah rasa marah (Wiseman *et al.*, 2006, dalam Şahin, Batigün,

& Koç, 2011). Painuly *et al* (2005, dalam Şahin, Batigün, & Koç, 2011) membuktikan bahwa *anger management* (manajemen marah) merupakan faktor penting untuk terciptanya kondisi sejahtera pada individu dengan depresi. Selain itu, Stuart (2009) menyatakan bahwa teknik untuk mengubah persepsi negatif seseorang, yakni dengan melakukan modifikasi pada proses kognitifnya. Beranjak dari hal tersebut, maka dapat dikatakan bahwa *caregiver* dengan depresi, memiliki persepsi negatif terhadap peran yang dijalani, yang bersumber dari kondisi penyakit pasien membutuhkan suatu cara untuk meningkatkan kemampuan dalam membina hubungan interpersonal dengan pasien yang dirawat yang diharapkan akan berkontribusi positif terhadap persepsi diri *caregiver*.

2.4 Terapi Kognitif

Terapi kognitif telah menjadi salah satu model terapi yang paling utama dalam kesehatan mental dan telah diadaptasi untuk digunakan pada pasien dengan penyakit fisik (Freeman & Associates, 2005). Hasil studi yang dilakukan oleh Thase, Bowler, dan Harden (1991, dalam Freeman dan Associates, 2005) menunjukkan bahwa terapi kognitif memberi kontribusi yang bermakna terhadap penurunan gejala depresi pada pasien tanpa penyakit fisik.

2.4.1 Pengertian

Terapi kognitif berbasis pada model kognitif yang menggambarkan hubungan antara persepsi individu dan interpretasi terhadap situasi, serta reaksi emosional, perilaku dan fisiologis mereka (Beck, 2002, dalam Hersen, Sledge, & Associates, 2002). Nevid, Rathus, dan Greene (2008) menyatakan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang berfokus pada cara mengenal dan mengubah pola pikir disfungsi pasien depresi. Terapi kognitif (*Cognitive Therapy*) merupakan salah satu jenis psikoterapi yang berbasis pada konsep mengenai proses mental patologi yang bertujuan untuk memodifikasi perilaku maladaptif dan distorsi kognitif (Townsend, 2009). Terapi kognitif merupakan terapi yang berfokus pada distorsi pola pikir yang

menyebabkan timbulnya gejala gangguan mental dan perasaan tidak nyaman (Fontaine, 2009). Kesimpulan dari beberapa pengertian diatas, bahwa terapi kognitif merupakan suatu terapi yang bertujuan untuk mengajarkan pasien agar mampu mengubah pikiran negatif yang sering muncul dan mengganggu, sehingga dapat mencegah terjadinya gangguan mental yang lebih serius.

2.4.2 Jenis-jenis Distorsi kognitif

Distorsi kognitif merupakan pikiran otomatis yang sering muncul pada pasien depresi. Townsend (2009) menyatakan bahwa distorsi kognitif yang sering ditemukan pada pasien depresi berupa: (1) *personalization*; (2) *all or nothing*; (3) *mind reading*; dan (4) *disqualifying the positive*. Burns (1980, dalam Nevid, Rathus & Greene, 2008); Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan bahwa terdapat beberapa jenis distorsi kognitif sebagai berikut: (1) *all or nothing thinking*, berupa pemikiran yang melihat segala sesuatu berwarna hitam atau putih dan ditandai dengan pikiran negatif merasa sendiri di dunia; (2) *overgeneralization* merupakan pemikiran yang menganggap bahwa segala sesuatu yang dilakukan tidak akan berhasil baik; (3) *labelling* merupakan suatu karakteristik atau kejadian dijadikan sebagai standar bagi diri sendiri atau orang lain, ditandai dengan pikiran negatif seperti menganggap diri ditakdirkan untuk menjadi orang yang selalu gagal; (4) *mental filter*, berfokus pada suatu kejadian buruk dan membiarkannya untuk mempengaruhi yang lain, ditandai dengan adanya pikiran negatif mengenai sesuatu hal kecil yang berdampak besar pada sesuatu yang tidak ada hubungannya sama sekali; (5) *disqualifying the positive* digambarkan dengan mempertahankan pandangan negatif dengan menolak informasi sehingga pandangan positif menjadi tidak akurat dan tidak relevan. Tampak bahwa kelima jenis distorsi kognitif tersebut mengacu pada

adanya pandangan negatif terhadap diri, lingkungan dan masa depan yang dapat ditemui pada pasien depresi.

Varcarolis dan Halter (2010) kembali menambahkan bahwa masih ada lagi beberapa distorsi kognitif yang dapat dijumpai pada individu yang mengalami depresi, yakni: (6) *jumping to conclusions*, berupa membuat suatu interpretasi negatif tanpa adanya fakta yang mendukung, distorsi ini terbagi atas: (a) *mind reading*, berupa menyimpulkan secara negatif atas motif, respon dan pikiran orang lain; dan (b) *fortune-telling error*, mengasumsikan hasil negatif sebagai sesuatu yang tidak dapat dielakkan; (7) *magnification or minimization* digambarkan dengan melebih-lebihkan sesuatu seperti kegagalan ataupun kesuksesan seseorang atau sebaliknya, tidak mengakui kesuksesan ataupun kegagalan orang lain; (8) *emotional reasoning* dideskripsikan dengan menyimpulkan sesuatu berdasarkan pada kondisi emosional yang sedang dialami; (9) “*Should*” and “*must*” *statements* berupa memberanikan diri untuk memegang kontrol atas kejadian eksternal dan hal-hal yang tidak realistis, misalnya dengan merasa orang lain seharusnya melakukan sesuatu lebih baik dari dirinya; (10) *personalization* digambarkan dengan merasa bertanggung jawab atas kejadian yang terjadi diluar kontrol manusia, misalnya dengan menyalahkan diri atas segala sesuatu yang terjadi. Berdasarkan hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa *caregiver* pasien penyakit jantung yang mengalami depresi mungkin akan menunjukkan salah satu atau bahkan lebih distorsi kognitif ini.

2.4.3 Indikasi

Menurut Beck (1995, dalam Townsend, 2009), terapi kognitif ini dikembangkan untuk penderita depresi, gangguan kecemasan dan Schizophrenia. Fontaine (2009) menyatakan bahwa terapi ini menjadi terapi pilihan bagi penderita yang mengalami depresi. Freeman dan

Associates (2005) menyatakan bahwa terapi kognitif dapat diterapkan pada pasien dengan depresi, gangguan kecemasan, *post traumatic stress disorder* (PTSD), perilaku bunuh diri, agresif, marah, nyeri kronik, dan *agoraphobia*. Berdasarkan hal tersebut, tampak bahwa terapi kognitif menjadi terapi yang sesuai diberikan pada pasien depresi.

Hasil studi yang dilakukan oleh Beck (2002, dalam Hersen, Sledge & *Associates*, 2002) menyatakan bahwa terapi kognitif yang diberikan pada pasien depresi menunjukkan angka kekambuhan sebesar 30%, sedangkan pada pasien depresi yang mendapat terapi farmakologis, menunjukkan angka kekambuhan sebesar 60%. Hasil studi tersebut menyatakan bahwa terapi kognitif menurunkan angka kekambuhan lebih besar daripada terapi farmakologis. Hasil studi tersebut membuktikan bahwa terapi kognitif merupakan terapi pilihan dan utama bagi *caregiver* pasien penyakit jantung yang menderita depresi.

2.4.4 Prinsip

Beck (1995, dalam Townsend, 2009) memformulasikan prinsip terapi kognitif sebagai berikut: (1) terapis mengidentifikasi kejadian yang mencetuskan distorsi kognitif; (2) keberhasilan terapi kognitif bergantung pada kemampuan terapis untuk membina hubungan saling percaya dengan pasien; (3) terapi kognitif menitikberatkan pada partisipasi aktif dan kerjasama antara terapis dan pasien sebagai suatu tim; (4) terapi kognitif merupakan terapi yang berfokus pada masalah dan berorientasi pada tujuan; (5) terapi kognitif mengutamakan pada kondisi pasien saat ini; (6) terapi kognitif bersifat mendidik dengan mengajarkan pada pasien untuk menjadi terapis bagi diri sendiri sehingga dapat mencegah kekambuhan; (7) terapi kognitif memiliki batas waktu; (8) tatap muka dalam terapi kognitif memiliki struktur bertujuan untuk mengetahui kemajuan kondisi pasien; (9) terapi

kognitif mengajarkan pasien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan merespon pada keyakinan dan pikiran negatif mereka; dan (10) terapi kognitif menggunakan berbagai teknik untuk mengubah pikiran, suasana hati, dan perilaku. Keberhasilan pemberian terapi kognitif bergantung pada sepuluh prinsip tersebut, mengingat depresi identik dengan adanya distorsi kognitif maka terapis diharapkan mampu melakukannya sesuai prinsip yang ada.

2.4.5 Teknik

Terapi kognitif telah menjadi teknik yang efektif digunakan pada pasien depresi. Beck *et al* (1979, dalam Trull, 2005) telah mengembangkan teknik terapi kognitif yang dapat digunakan pada pasien depresi sebagai berikut: (1) menjadwalkan aktivitas untuk menekan ketidakmampuan beraktivitas dan kecenderungan tenggelam dalam perasaan depresif; (2) meningkatkan aktivitas yang disukai; (3) melatih kognitif dengan cara meminta pasien membayangkan setiap keberhasilan yang telah dicapai agar potensial hambatan dapat diidentifikasi dan diantisipasi; (4) latihan asertif dan bermain peran; (5) mengidentifikasi pikiran otomatis yang timbul selama periode depresif; (6) menguji realitas atau keakuratan dari pikiran otomatis tersebut dengan cara menantang; (7) mengajarkan pasien untuk tidak menyalahkan diri; (8) menolong pasien untuk mencari solusi alternatif atas masalah yang dihadapi dan bukannya bersikap pasrah.

Menurut Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan bahwa teknik terapeutik yang perlu dilakukan oleh seorang terapis, meliputi: (1) membantu pasien mengubah cara berpikir, sehingga gejala dapat ditekan; (2) mengajarkan pasien cara untuk melawan pikiran negatif, dan menggantinya dengan pikiran positif; serta (3) mengajarkan cara mengenal distorsi pikiran yang dialami. Teknik tersebut menunjukkan

bahwa selain kognitif pasien yang akan diatasi, juga tampak bahwa perilaku turut mendapat perhatian.

Menurut Sadock dan Sadock (2007; Wright, Thase & Beck, 2008; dalam Townsend, 2009) menyatakan bahwa komponen utama dari terapi kognitif terdiri atas: (1) aspek didaktik (pendidikan), dengan mempersiapkan pasien untuk menjadi terapis bagi diri mereka sendiri dengan cara memberikan informasi mengenai terapi kognitif dan menjelaskan tujuan yang akan dicapai oleh pasien dan terapis; (2) teknik kognitif, dimana terapis menggunakan strategi untuk membantu pasien berupa mengenali dan memodifikasi pikiran otomatis negatif; (3) intervensi perilaku mengacu pada adanya hubungan antara pikiran dan perilaku, sehingga penting untuk memperhatikan perilaku yang ditampilkan oleh pasien yang terbagi atas: (1) menjadwalkan aktivitas; (2) memberi tugas yang wajib dilakukan oleh pasien; (3) melatih perilaku yang positif; (4) melakukan distraksi saat pikiran negatif muncul; dan (5) menggunakan beragam teknik untuk memodifikasi pikiran negatif, seperti: teknik relaksasi, latihan asertif, latihan keterampilan sosial, serta menggunakan teknik *thought stopping*. Berdasarkan beberapa teknik yang telah dikemukakan, tampak bahwa terapi kognitif sesuai untuk diterapkan bersama dengan latihan asertif.

2.4.6 Pedoman Pelaksanaan

Penelitian yang dilakukan oleh Kristyaningsih (2009), menemukan bahwa terdapat penurunan kondisi depresi yang signifikan pada pasien yang mengalami gagal ginjal kronik. Penelitian tersebut menggunakan terapi kognitif yang dilakukan dalam empat (4) sesi, yaitu: (1) melakukan identifikasi pikiran otomatis, yaitu dengan mengidentifikasi seluruh pikiran otomatis negatif, berdiskusi untuk satu pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama dan membuat catatan

harian; (2) penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif, yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri dalam sesi pertama (memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama), mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi pertama; (3) manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif), yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri sesi kedua di rumah, mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1 – 2, mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan diskusikan manfaat dan perasaan setelah pasien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi); dan (4) support system, yaitu melibatkan keluarga untuk dapat membantu pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri. Berdasarkan hal tersebut, maka terapi kognitif yang akan diberikan pada *caregiver* pasien penyakit jantung akan mengadopsi teknik yang sama dengan penelitian Kristyaningsih.

2.5 Latihan Asertif

Latihan asertif (*Assertiveness Training*) merupakan salah satu intervensi keperawatan yang digunakan untuk mengatasi beberapa perilaku maladaptif yang ditampilkan oleh pasien dengan depresi. Pemahaman yang baik akan terapi ini dapat membantu perawat sebagai terapis untuk mengatasi beragam gejala yang ditimbulkan oleh depresi.

2.5.1 Pengertian

Asertif (*Assertiveness*) didefinisikan sebagai bentuk penghargaan terhadap diri sendiri maupun orang lain dengan menyatakan pendapat yang dimiliki sehingga membuat orang lain mengetahui perasaan,

keinginan dan kebutuhan individu (NiCarthy, *et al.*, 1993, dalam Hinkelman, 2004). Menurut Aschen (1997; Alberti & Emmons, 2001; dalam Lin, *et al.*, 2008) menyatakan bahwa latihan asertif (*Assertiveness Training*) merupakan suatu teknik yang bertujuan untuk membantu individu mengubah persepsi diri, meningkatkan perilaku asertif, mengekspresikan pikiran dan emosi secara adekuat dan untuk membangun kepercayaan diri. Latihan asertif merupakan salah satu intervensi keperawatan yang berupa strategi preventif untuk mengatur perilaku agresif (Stuart, 2009). Kesimpulan dari pengertian diatas, bahwa latihan asertif merupakan salah satu teknik yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan menyatakan pendapat sehingga dapat meningkatkan kepercayaan diri sendiri dengan tetap menghargai hak orang lain.

2.5.2 Indikasi

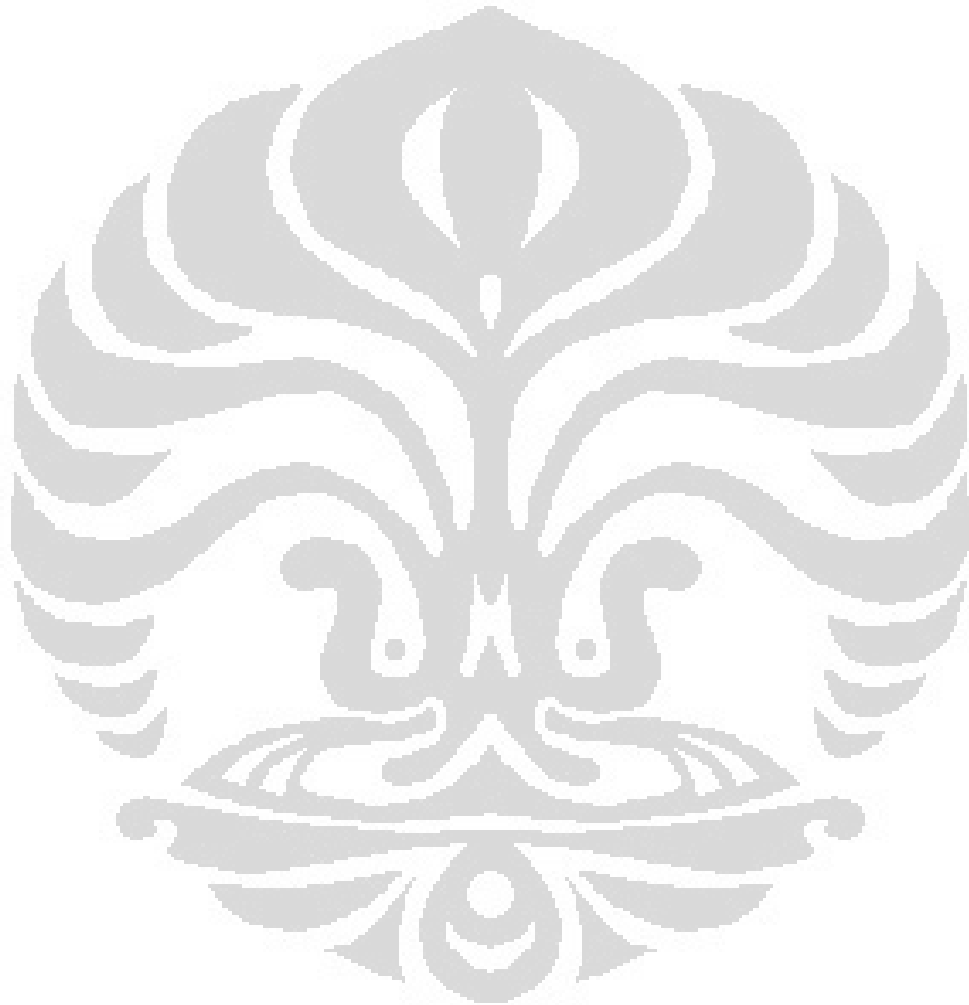
Hasil studi yang dilakukan oleh Epstein, Degiovanni, dan Jayne-Lazarus (1978, dalam Hijazi, 2008) menunjukkan bahwa latihan asertif dapat meningkatkan penerimaan diri (*self-acceptance*) dan secara signifikan menurunkan tingkat kecemasan. Studi berikutnya yang dilakukan Hayman dan Cope (1980, dalam Hijazi, 2008) pada 26 orang wanita yang menderita depresi sedang, menyatakan bahwa latihan asertif menurunkan tingkat depresi secara signifikan. Menurut Lin, *et al.* (2008) menyatakan bahwa latihan asertif (*Assertiveness Training*) pada pasien depresi dapat membantu mengubah persepsi diri, membantu penderita mengekspresikan pikiran dan emosi secara adekuat, membangun rasa percaya diri dan meningkatkan keasertifan pasien.

Terapi ini juga sangat berguna bagi pasien dengan gangguan kecemasan atau gangguan penyesuaian. Hasil studi menunjukkan hasil bahwa latihan asertif dapat meningkatkan harga diri (Brown &

Carmichael, 1992; meningkatkan konsep diri, Franzke, 1987; dan menurunkan kecemasan sosial, Olivares & Garcia, 2001; pada pasien dengan gangguan mental, dalam Lin *et al.*, 2008). Studi yang dilakukan oleh Poyrazli *et al.* (2002, dalam Hinkelman, 2004) menunjukkan bahwa latihan asertif berkorelasi dengan *self-efficacy* akademik, penyesuaian, dan menurunkan tingkat kesepian diantara mahasiswa internasional di Amerika Serikat.

2.5.3 Teknik

Studi yang dilakukan oleh Lin *et al.* (2004, dalam Lin *et al.*, 2008) pada pasien yang mengalami depresi di ruang akut psikiatrik Rumah Sakit Militer di Taiwan, menggunakan teknik dari latihan asertif yang terdiri dari delapan (8) sesi atau pertemuan yang telah distandarisasi yaitu: (1) pengenalan konsep teori latihan asertif, pemahaman dan klasifikasi dari perilaku asertif; (2) pengenalan dan klarifikasi terhadap hak dasar manusia; (3) pengembangan dan peningkatan keterampilan mendengar dan bertanya; (4) memahami konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif; (5) menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas; (6) mempelajari seni menolak dan meminta; (7) berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal asertif; dan (8) latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati. Studi mengenai terapi latihan asertif telah sering dilakukan untuk mengatasi perilaku kekerasan baik pada orang dewasa maupun pada anak-anak. Mengacu pada hal tersebut, maka latihan asertif yang akan diberikan pada *caregiver* pasien penyakit jantung akan menggunakan teknik yang digunakan oleh Lin *et al.* (2008) dengan mereduksi sesinya menjadi empat (4) sesi saja tanpa mengurangi tujuannya secara substansial



BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab tiga ini menguraikan tentang kerangka teori penelitian, kerangka konsep penelitian, hipotesis dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian ini.

3.1 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori merupakan penjelasan ringkas mengenai teori yang menjadi dasar dari suatu penelitian dan mendeskripsikan teori-teori yang telah dijelaskan sebelumnya. Kerangka teori ini digambarkan berdasarkan uraian teori yang telah dibahas pada bab sebelumnya. Kerangka teori penelitian ini akan dijelaskan dalam skema 3.1 yang menguraikan tentang kondisi depresi pada *caregiver* pasien penyakit jantung yang terdiri dari faktor predisposisi sebagai faktor yang memperberat kondisi depresi. Selanjutnya faktor presipitasi dinyatakan sebagai faktor yang mencetuskan kejadian depresi pada *caregiver* pasien penyakit jantung. Kondisi depresi yang dialami akan diintervensi dengan terapi kognitif dan latihan asertif, sehingga diharapkan *caregiver* akan mengalami perkembangan yang meningkat terkait kemampuan mengubah persepsi diri yang berkontribusi pada kondisi pasien penyakit jantung baik secara fisik maupun psikis.

3.2 Kerangka Konsep Penelitian

Pada kerangka konsep penelitian ini akan diuraikan variabel dependen, variabel independen dan variabel perancu (*confounding*). Kerangka konsep penelitian ini akan dijelaskan dalam skema 3.2

3.2.1 Variabel Dependen (Variabel Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel independen (Notoatmodjo, 2010; Arikunto, 2010; Dharma, 2011),

atau variabel yang perubahannya tergantung pada perubahan variabel independen (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung. Kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri, akan diukur sebelum dan sesudah mendapatkan terapi kognitif dan latihan asertif.

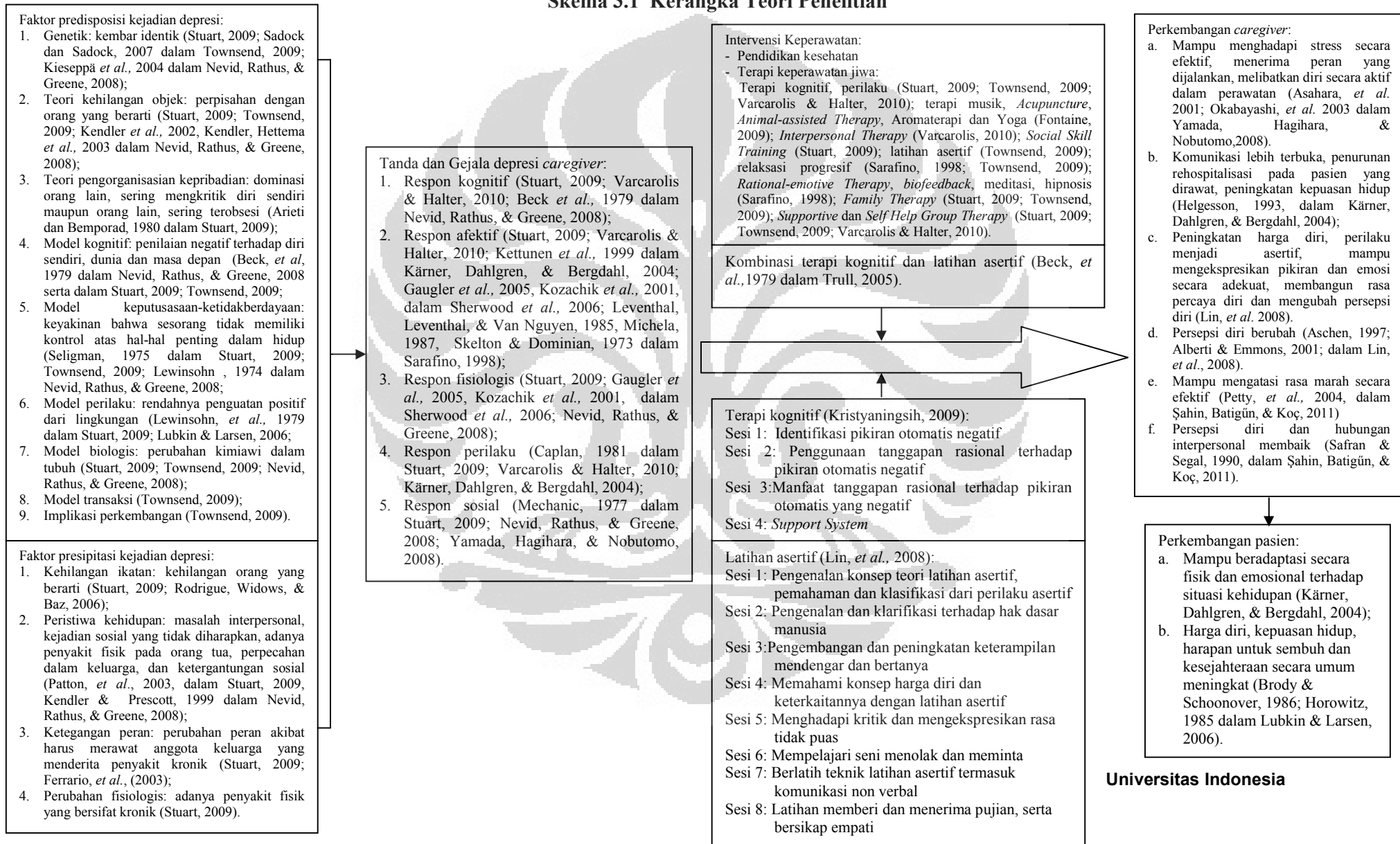
3.2.2 Variabel Independen (Variabel Bebas)

Variabel independen adalah variabel yang mempengaruhi variabel dependen (Arikunto, 2010; Notoatmodjo, 2010), atau variabel yang menyebabkan perubahan pada variabel dependen (Sastroasmoro & Ismael, 2010; Dharma, 2011). Variabel independen dalam penelitian ini adalah terapi kognitif dan latihan asertif. Terapi kognitif dilaksanakan sebanyak empat (4) sesi dan latihan asertif sebanyak empat (4) sesi.

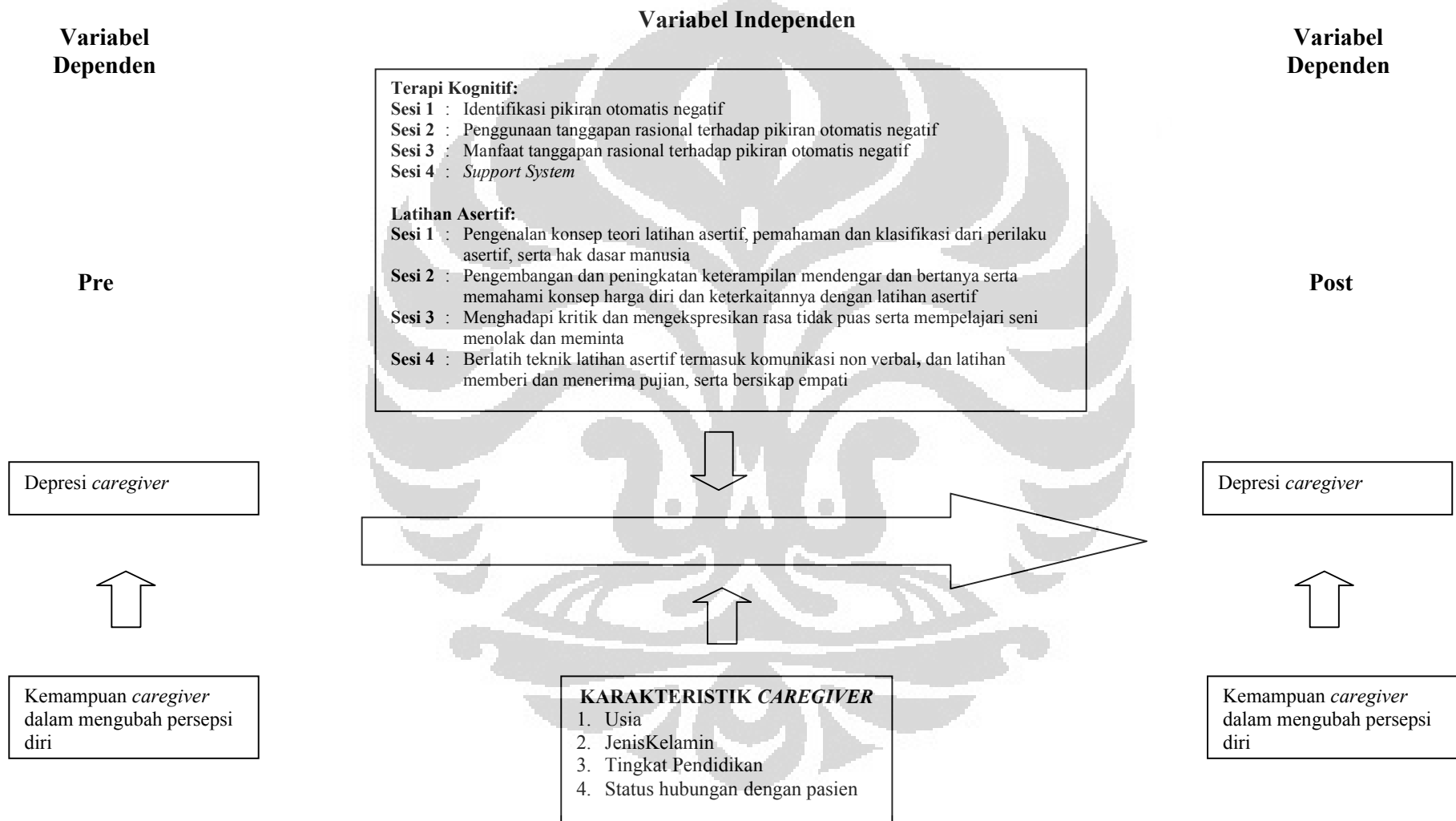
3.2.3 Variabel *Confounding* (Variabel Perancu)

Variabel *confounding* merupakan variabel yang mengganggu hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen (Notoatmodjo, 2010), atau variabel yang berhubungan dengan variabel independen dan dependen, tetapi bukan merupakan variabel antara (Sastroasmoro & Ismael, 2010), atau variabel yang mempengaruhi hubungan antara variabel independen dan dependen, sehingga harus dikendalikan (Dharma, 2011). Variabel *confounding* dalam penelitian ini adalah karakteristik *caregiver* yang mempengaruhi variabel terikat (kondisi depresi), seperti: usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status hubungan kekeluargaan dengan pasien.

Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian



Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian



3.3 Hipotesis Penelitian

- 3.3.1 Ada perbedaan kondisi depresi antara *caregiver* pasien penyakit jantung yang mendapat terapi kognitif dan latihan asertif, dengan *caregiver* pasien penyakit jantung yang hanya mendapat terapi kognitif.
- 3.3.2 Ada perbedaan kemampuan mengubah persepsi diri antara *caregiver* pasien penyakit jantung yang mendapat terapi kognitif dan latihan asertif, dengan *caregiver* pasien penyakit jantung yang hanya mendapat terapi kognitif.
- 3.3.3 Ada faktor lain yang berkontribusi terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan suatu teknik untuk memberi batasan pada variabel-variabel yang diteliti (Notoatmodjo, 2010), atau teknik untuk membuat variabel menjadi lebih mudah untuk diukur (Dharma, 2011). Definisi operasional pada penelitian ini akan dijelaskan pada tabel 3.1 berikut:

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

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Independen				
Terapi Kognitif	Terapi kognitif merupakan suatu terapi yang bertujuan untuk mengajarkan pasien agar mampu mengubah pikiran negatif yang sering muncul dan mengganggu, sehingga dapat mencegah terjadinya gangguan mental yang lebih serius.	Lembar evaluasi pada buku kerja pasien	1. Dilakukan terapi kognitif 2. Tidak dilakukan terapi kognitif	Nominal

Latihan asertif	Latihan asertif merupakan salah satu teknik yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan menyatakan pendapat sehingga dapat meningkatkan kepercayaan diri sendiri dengan tetap menghargai hak orang lain.	Lembar evaluasi pada buku kerja pasien	1. Dilakukan latihan asertif 2. Tidak dilakukan latihan asertif	Nominal
Variabel Dependen				
Kondisi depresi	Kondisi depresi merupakan suatu keadaan abnormal yang menimpa seseorang yang diakibatkan ketidakmampuan beradaptasi dengan suatu kondisi atau peristiwa yang terjadi sehingga mempengaruhi kehidupan fisik, psikis maupun sosial seseorang.	Mengisi kuesioner B yang berupa pernyataan <i>self report Zung Self-rating Depression Scale</i>	Dinyatakan dalam bentuk total skor dengan rentang 20-80	Interval
Kemampuan mengubah persepsi diri	Suatu teknik yang dimiliki oleh <i>caregiver</i> agar tidak memandang negatif pada diri sendiri.	Mengisi kuesioner C yang berupa pernyataan <i>self report</i> yang terdiri 12 item pernyataan	Dinyatakan dalam bentuk total skor dengan rentang 0-36	Interval
Variabel Confounding				
Usia	Masa hidup <i>caregiver</i> yang dihitung sejak lahir sampai tanggal ulang tahun terakhir.	Mengisi kuesioner A mengenai pertanyaan umur.	Dinyatakan dalam tahun	Interval
Jenis Kelamin	Ciri seksual <i>caregiver</i> yang dimiliki sejak lahir.	Mengisi kuesioner A mengenai pertanyaan jenis kelamin.	1: Laki-laki 2: Perempuan	Nominal
Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang dimiliki dan telah dirampungkan oleh <i>caregiver</i>	Mengisi kuesioner A dengan pilihan jawaban tingkat pendidikan.	1:SD-SLTP 2: SMU-PT	Ordinal
Status hubungan dengan pasien	Ikatan kekeluargaan yang dimiliki oleh <i>caregiver</i> terhadap pasien yang dirawat.	Mengisi kuesioner A mengenai pertanyaan status hubungan dengan pasien.	1: Pasangan (suami/istri) 2: Anak 3: lain-lain	Nominal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metodologi penelitian yang meliputi; desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, serta analisis data.

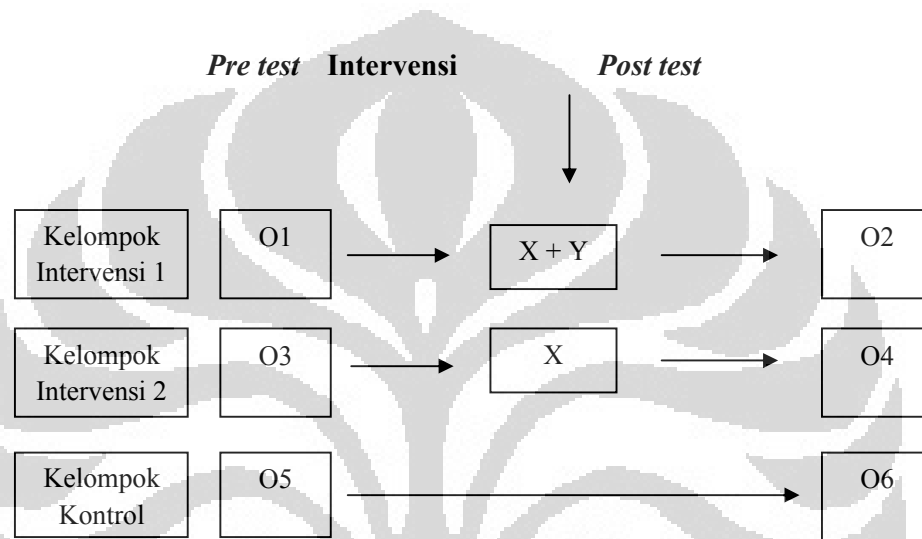
4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain eksperimen semu (*Quasi Experimental Design*), dengan bentuk desain *Nonequivalent Control Group* yang hampir sama dengan *Pretest-Posttest with Control Group*. Perbedaan antara kedua desain tersebut hanya pada teknik pemilihan kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, dimana pada desain *Nonequivalent Control Group*, kelompok tidak dipilih secara acak (Sugiyono, 2011). Desain penelitian dipilih dengan alasan karena penelitian ini akan melihat pengaruh intervensi pada kelompok-kelompok yang diteliti, dan untuk membandingkan perubahan yang terjadi sebelum dan sesudah intervensi diberikan. Intervensi yang diberikan ialah terapi kognitif dan latihan asertif. Pada kelompok kontrol dan intervensi yang telah dipilih, diberikan *pretest* sebagai langkah awal untuk mengetahui perbedaan yang terjadi antara kelompok kontrol dan intervensi. Setelah itu, diberikan intervensi lalu dilakukan *posttest* untuk mengetahui perbedaan antara kelompok kontrol dan intervensi.

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung sebelum dan setelah diberikan terapi kognitif dan latihan asertif. Tujuan lain dari penelitian ini untuk membandingkan kondisi depresi *caregiver* pasien penyakit jantung antara kelompok yang memperoleh terapi kognitif dan latihan asertif dengan kelompok yang hanya memperoleh terapi kognitif. Desain penelitian ini merupakan penelitian intervensional dan digunakan untuk mengetahui

hubungan sebab-akibat (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Desain penelitian ini tergambar pada skema 4.1.

Skema 4.1
Desain Penelitian *Pre and Post Test Nonequivalent Control Group*



Keterangan:

- X :Intervensi terapi kognitif pada *caregiver* pasien penyakit jantung yang mengalami depresi, yang terdiri dari 4 sesi.
- Y :Intervensi latihan asertif pada *caregiver* pasien penyakit jantung yang mengalami depresi, yang terdiri dari 4 sesi.
- O1 :Kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung pada kelompok intervensi 1 sebelum mendapatkan terapi kognitif dan latihan asertif.
- O2 :Kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung pada kelompok intervensi 1 setelah mendapatkan terapi kognitif dan latihan asertif.
- O3 :Kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung pada kelompok intervensi 2 sebelum mendapatkan terapi kognitif.

- O4 :Kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung pada kelompok intervensi 2 setelah mendapatkan terapi kognitif.
- O5 :Kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung pada kelompok kontrol sebelum intervensi.
- O6 :Kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung pada kelompok kontrol setelah intervensi.
- O2 - O1 :Perbedaan kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung pada kelompok intervensi 1 sebelum dan sesudah mendapatkan terapi kognitif dan latihan asertif.
- O4 - O3 :Perbedaan kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung pada kelompok intervensi 2 sebelum dan sesudah mendapatkan terapi kognitif.
- O6 - O5 :Perbedaan kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung pada kelompok kontrol sebelum dan setelah intervensi.
- O1-O3-O5 :Perbedaan kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung pada kelompok intervensi 1, 2 dan kelompok kontrol sebelum intervensi.
- O2-O4-O6 :Perbedaan kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung pada kelompok intervensi 1, 2 dan kelompok kontrol sesudah intervensi.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari unit di dalam pengamatan yang akan dilakukan (Sabri & Hastono, 2009), keseluruhan subyek penelitian (Arikunto, 2010), atau kumpulan subyek, obyek, dan benda-benda

alam lain yang memiliki kualitas dan karakteristik yang melekat padanya yang akan dipelajari oleh seorang peneliti (Sugiyono, 2011). Populasi dalam penelitian ini seluruh *caregiver* keluarga yang merawat pasien penyakit jantung di ruang ICU dan CVCU RS Jantung Harapan Kita, Jakarta yang berjumlah rata-rata 200-240 orang setiap bulan.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2010), obyek yang diteliti dan dipandang mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2010), atau bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2011). Sampel dalam penelitian ini adalah *caregiver* yang memenuhi kriteria inklusi. Adapun kriteria inklusi dari karakteristik sampel yang akan diteliti yaitu:

1. *Caregiver* merupakan salah satu anggota keluarga yang merawat pasien penyakit jantung di ruang Intensif;
2. *Caregiver* berusia ≥ 18 tahun dan ≤ 65 tahun;
3. Mampu membaca dan menulis dalam bahasa Indonesia;
4. Bersedia menjadi responden dalam penelitian;
5. Merawat pasien selama di RS yang dilakukan setiap hari dengan waktu ± 2 jam per hari.

Perhitungan besar sampel dilakukan dengan menggunakan beberapa rumus yang disesuaikan dengan tujuan penelitian dan pemilihan desain penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Penelitian ini bertujuan untuk melihat dan membandingkan data sebelum dan sesudah diberikan intervensi, sehingga rumus penentuan besar sampel yang akan digunakan adalah uji hipotesis terhadap rerata dua populasi berpasangan sebagai berikut :

$$n = \left(\frac{z_{\alpha} + z_{\beta}}{d} \right)^2 \cdot s_d^2$$

Keterangan:

- n : Besar sampel
 z_{α} : Kesalahan tipe I, nilai α sebesar 0,05 (ditetapkan 1,96)
 z_{β} : Kesalahan tipe II, nilai β sebesar 20% (ditetapkan 0,842)
 s_d : Simpang baku dari rerata selisih (penelitian terdahulu)
d : Selisih rerata kedua kelompok yang bermakna (*clinical judgement*)

Nilai simpang baku yang digunakan dalam penelitian ini diperoleh dari penelitian sebelumnya yang sejenis. Pada penelitian yang dilakukan oleh Mansour, Puskar, dan Bandak (2009) tentang efektifitas terapi kognitif perilaku terhadap gejala depresi, stress, dan strategi koping diantara mahasiswa Universitas Yordania diperoleh bahwa rerata nilai simpang baku untuk gejala depresi pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum diberi intervensi sebesar 9,1 lalu setelah diberi intervensi menjadi 7,05 sehingga nilai rerata simpang baku dari kedua penelitian diatas sebesar 8,07 dan nilai *clinical judgement* sebesar 4.

Berdasarkan rumus diatas, maka perhitungan besar sampel yaitu:

$$n = \left(\frac{z_{\alpha} + z_{\beta}}{d} \right)^2 \cdot s_d^2$$

$$n = 31,9$$

$$n = 32$$

Besar sampel yang diperoleh yaitu sejumlah 32 orang untuk setiap kelompok.

Sastroasmoro dan Ismael (2010) menyatakan bahwa pada penelitian yang menggunakan desain eksperimental semu (*quasi experimental design*), seorang peneliti wajib mewaspadai kemungkinan terjadinya

sampel terpilih yang *drop out*, *loss to follow-up*, atau tidak taat selama proses penelitian. Untuk itu, ditetapkan formula yang sederhana berikut ini untuk meningkatkan jumlah sampel agar hal tersebut dapat dihindari.

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

Keterangan :

n' : Besar sampel revisi

n : Besar sampel asli

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

maka :

$$= \frac{35}{1 - 0,1}$$

$$= 38,89$$

Berdasarkan koreksi besar sampel diatas, maka jumlah sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini berjumlah 35 responden untuk masing-masing kelompok baik intervensi maupun kontrol, sehingga jumlah keseluruhan sampel yang akan digunakan sebesar 105 orang.

Teknik pengambilan sampel merupakan cara yang digunakan oleh seorang peneliti dalam menentukan sampel yang akan digunakan dalam penelitian (Sugiyono, 2011). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *consecutive sampling*. Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan mengatur jarak waktu antar kelompok, yang dimulai dengan mengambil sampel untuk kelompok kontrol yang sekaligus dijadikan sebagai responden untuk menguji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian. Setelah selesai dengan kelompok kontrol, peneliti lalu mengambil sampel untuk dijadikan kelompok intervensi 1, dan setelah selesai dengan kelompok intervensi 1, lalu dilanjutkan dengan

mengambil sampel untuk kelompok intervensi 2. Total sampel yang diambil berjumlah 105 *caregiver* dan tidak ada yang *Drop Out*. Dharma (2010) menyatakan bahwa teknik *consecutive sampling* merupakan suatu teknik pengambilan sampel non acak dengan memasukkan semua sampel yang dijumpai dan memenuhi kriteria inklusi, sehingga tercapai jumlah sampel yang telah ditetapkan.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di ruang ICU dan CVCU RS Jantung Harapan Kita, Jakarta.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada tanggal 21 Mei hingga 20 Juni 2012.

4.5 Etika Penelitian

Penelitian ini mempertimbangkan etika penelitian sebagai bentuk penghargaan dan perlindungan terhadap hak-hak asasi manusia yang menjadi responden dalam penelitian ini. Responden sebagai subyek penelitian memiliki hak untuk dihargai dan dihormati, sehingga masalah yang dapat timbul selama proses penelitian dapat dihindari. Polit dan Hungler (1999) menyatakan bahwa kode etik dalam penelitian telah diatur dalam *Belmont Report* yang mengembangkan prinsip etik yang wajib diperhatikan, yaitu: prinsip *beneficience*, menghargai martabat manusia, dan prinsip keadilan.

Prinsip *beneficience* meliputi: (1) menghindarkan responden dari kondisi bahaya yang bersifat serius dengan memperhitungkan setiap hal dengan sebaik-baiknya; (2) tidak melakukan hal-hal yang bersifat eksploitasi atau mengambil keuntungan dari kelemahan responden; (3) responden wajib memperoleh manfaat dari penelitian yang akan dilakukan; dan (4) meengecilkan resiko dan meningkatkan keuntungan secara akurat. Pada prinsip kedua yakni menghargai martabat manusia, diharapkan responden

tidak dipaksa dan tidak diancam untuk berpartisipasi dalam suatu penelitian serta wajib memperoleh penjelasan secara jelas dan akurat mengenai keuntungan dan kerugian yang dapat ditimbulkan apabila responden bersedia. Prinsip selanjutnya tentang keadilan, responden berhak diperlakukan secara adil dan dijaga kerahasiaannya.

Penelitian ini diupayakan untuk memenuhi seluruh prinsip etik yang telah ditetapkan, yaitu:

4.5.1 *Beneficence*

Manfaat yang dapat di peroleh *caregiver* yakni kemampuan mengatasi dampak psikologis yang dapat ditimbulkan dari situasi merawat pasien penyakit kronik yakni berupa kondisi depresi atau tertekan. Selain itu, *caregiver* yang mampu beradaptasi dengan stressor akibat merawat dalam jangka waktu lama diharapkan dapat memberi perawatan yang lebih baik lagi kepada anggota keluarga yang dirawat.

4.5.2 *Anonymity*

Penelitian ini tidak menampilkan identitas *caregiver* sebagai responden, melainkan hanya diberi kode nomor responden.

4.5.3 *Justice*

Prinsip keadilan yang diterapkan dalam penelitian ini ialah setiap responden yang berpartisipasi akan memperoleh *Booklet* Manajemen Stress yang diberikan setelah *post-test* selesai dilakukan.

4.5.4 *Confidentiality*

Peneliti menjamin kerahasiaan penelitian, dengan cara tidak meminta *caregiver* untuk menyebutkan identitas mereka.

4.5.5 *Non Maleficency*

Penelitian ini berupaya untuk membebaskan *caregiver* dari rasa tidak nyaman dengan melakukan kontrak waktu yang disepakati bersama dan bersifat fleksibel.

4.5.6 *Autonomy*

Tetap menjaga kerahasiaan identitas *caregiver* dengan tidak mencantumkan identitas mereka, melainkan hanya diberi kode penomoran responden.

Prinsip etik yang telah dipaparkan diatas, menunjukkan bahwa etika penelitian merupakan hal yang mendasar dan penting dilakukan oleh seorang peneliti, apalagi dengan mengingat bahwa subyek penelitian adalah manusia. Penelitian ini telah melalui proses uji etik yang dilakukan oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan-Fakultas Ilmu Keperawatan dan telah dinyatakan layak untuk diujicobakan (*lampiran 7*). Sebelum melakukan penelitian, peneliti telah mengikuti uji *Expert Validity* untuk menguji standarisasi modul terapi kognitif dan latihan asertif oleh tim keperawatan kesehatan jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk memenuhi standar prosedur intervensi keperawatan spesialis (*lampiran 8*). Kemudian peneliti mengikuti uji kompetensi dilaboratorium keperawatan jiwa untuk menguji kemampuan peneliti sebagai terapis pada pemberian terapi kognitif dan latihan asertif (*lampiran 9*). Uji kompetensi ini dilakukan untuk memberikan jaminan kepada responden mengenai ketepatan intervensi yang diberikan sesuai dengan standar. Uji kompetensi ini dilakukan oleh Tim Dosen penguji yang *expert* pada bidang tersebut.

4.6 Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan menggunakan dua instrumen berupa kuesioner atau *self-report* terkait variabel yang akan diteliti, yaitu: kuesioner yang berisi data demografi, dan kondisi depresi *caregiver* pasien penyakit jantung yang akan diukur dengan menggunakan *Zung Self-rating Depression Scale*. Cara pengumpulan data dengan menyebarkan kuesioner tersebut kepada responden untuk diisi secara langsung dengan tetap didampingi oleh peneliti agar diperoleh hasil pengisian yang lebih akurat.

4.6.1 Kuesioner A (Data Sosiodemografi)

Alat ukur ini terdiri dari empat (4) pertanyaan, meliputi: (1) usia *caregiver*; (2) jenis kelamin *caregiver*; (3) tingkat pendidikan *caregiver*; dan (4) status hubungan kekeluargaan *caregiver* dengan pasien yang dirawat.

4.6.2 Kuesioner B (*Zung Self-rating Depression Scale*)

Alat ukur ini bertujuan untuk mengukur kondisi depresi *caregiver* keluarga, yang berisi 20 item pernyataan dengan pilihan jawaban berskala 1 hingga 4 (*Likert*), dimana angka 1= jarang, 2= kadang-kadang, 3= sering, dan 4= selalu. Alat ukur ini terdiri dari 10 item pernyataan *favorable* (positif) dan 10 item pernyataan *unfavorable* (negatif). Azwar (2008) menyatakan bahwa pernyataan positif dan negatif dalam suatu alat ukur bertujuan untuk menghindari bias karena dikhawatirkan responden akan cenderung menjawab secara monoton pada item positif dengan nilai tertinggi.

4.6.3 Kuesioner C (Kemampuan mengubah persepsi diri)

Alat ukur ini bertujuan untuk mengukur kemampuan *caregiver* pasien penyakit jantung dalam mengubah persepsi dirinya, yang terdiri dari 12 item pernyataan dengan pilihan jawaban berskala Likert, yakni 0= tidak pernah; 1=kadang-kadang; 2=sering; dan 3=selalu.

4.7 Pengujian Instrumen

4.7.1 Uji Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan suatu alat ukur benar-benar mengukur apa yang ingin diukur (Notoatmodjo, 2010), ukuran yang menampilkan tingkat kesahihan suatu instrumen (Arikunto, 2010), atau adanya kesamaan antara data yang diperoleh dengan yang sebenarnya terjadi (Sugiyono, 2011). Berdasarkan pada beberapa pengertian validitas diatas, maka dapat disimpulkan bahwa uji validitas merupakan suatu cara yang dilakukan oleh peneliti untuk mengetahui apakah instrumen atau alat pengumpul data penelitian

yang akan digunakan terbukti mampu mengukur apa yang akan diteliti, sehingga memberi informasi yang sesuai dengan yang diharapkan.

Pengujian validitas konstruk (*Construct Validity*) dan validitas isi (*Content Validity*) suatu instrumen dilakukan dengan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* atau analisis item dengan yaitu dengan menghitung korelasi antara skor butir instrumen dengan skor total, sehingga diperoleh nilai r kritis sebesar $\geq 0,30$ (Sugiyono, 2011). Hastono (2007) menyatakan bahwa kesahihan suatu instrumen dapat dilihat dengan membandingkan antara nilai r hitung dengan r tabel, apabila r hitung lebih besar dari r tabel maka instrumen tersebut dikatakan valid.

Penelitian ini menggunakan instrumen *Zung Self-rating Depression Scale*. Instrumen penelitian *Zung Self-rating Depression Scale* merupakan salah satu instrumen yang dikembangkan oleh Zung pada tahun 1965 untuk mengukur tingkat depresi pada *caregiver* keluarga (Yamada, Hagihara, & Nobutomo, 2008). Instrumen penelitian ini terdiri dari 20 item pernyataan yang telah dinyatakan valid, mencakup seberapa sering *caregiver* mengalami gejala somatik, psikologi, dan afektif sejak merawat. Skala pengukuran yang digunakan adalah skala kuantitatif 1 hingga 4 (*Likert*), dimana angka 1= jarang sekali, 2= kadang-kadang, 3= sering, dan 4= selalu. Sugiyono (2011) menyatakan skala *Likert* merupakan pengukuran subyektif berbentuk data kualitatif yang kemudian akan diubah dalam bentuk data kuantitatif.

Hasil uji validitas pada instrumen B dan C dengan menggunakan teknik korelasi antara skor item dengan skor total yang didapatkan dengan rumus *Pearson Product Moment* menunjukkan bahwa seluruh butir item pada kedua instrumen tersebut berkorelasi secara positif dan

signifikan dengan nilai $r \geq 0,30$. Hal itu berarti bahwa item-item tersebut mampu membedakan responden yang depresi dengan responden yang tidak depresi.

4.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang dapat melihat seberapa jauh suatu instrumen konsisten dalam melakukan pengukuran (Notoatmodjo, 2010), atau cukup dapat dipercaya untuk digunakan (Arikunto, 2011). Reliabilitas suatu instrumen penelitian penting diketahui untuk meyakinkan peneliti dalam menggunakan instrumen tersebut agar diperoleh hasil yang baik dan sesuai. Instrumen *Zung Self-rating Depression Scale* merupakan alat ukur yang banyak digunakan diberbagai negara dengan versi yang disesuaikan menurut bahasa masing-masing.

Pada salah satu studi mengenai strategi koping pada *caregiver* keluarga yang mengalami depresi, yang dilakukan di Jepang, telah dilakukan ujicoba instrumen penelitian tersebut dan diperoleh nilai reliabilitas *internal consistency* sebesar 0,86 dengan menggunakan teknik *Alpha Cronbach* (Yamada, Hagihara, dan Nobutomo, 2008). Anastasi dan Urbina (1997, dalam Dharma, 2011) menyatakan bahwa nilai reliabilitas sebesar 0,86 menunjukkan arti bahwa 86% dari varians skor observasi (*Variance Observed Score*) merupakan varians skor sebenarnya (*Variance True Score*), dan 14% merupakan varians kesalahan (*Variance Error*) yang disebabkan oleh pemilihan item yang kurang baik (*Content Sampling*) dan dimensi perilaku item yang kurang homogen (*Content Heterogeneity Error*). Nilai reliabilitas tersebut berarti bahwa alat ukur ini konsisten untuk mengukur tingkat depresi *caregiver* keluarga di Jepang.

Yamada, Hagihara, dan Nobutomo (2008) menggunakan instrumen *Zung Self-rating Depression Scale* ini dengan menerjemahkannya ke dalam bahasa Jepang terlebih dahulu lalu diujicobakan kembali sebelum digunakan dalam penelitian. Beranjak dari hal tersebut, agar instrumen yang digunakan ini benar-benar valid dan mampu mengukur apa yang ingin diukur serta konsisten saat digunakan pada populasi Indonesia maka peneliti telah menerjemahkan instrumen ini ke dalam bahasa Indonesia, dan telah mengujicobakannya pada 35 orang responden di ruang intensif RS Jantung Harapan Kita, Jakarta. Adapun hasil uji reliabilitas *Cronbach Alpha* sebesar 0,84 yang berarti bahwa alat ukur *Zung Self-rating Depression Scale* ini konsisten mengukur depresi *caregiver* keluarga di Indonesia. Untuk hasil uji reliabilitas pada alat ukur persepsi diri (instrumen C) menunjukkan nilai *Cronbach Alpha* sebesar 0,79 yang berarti bahwa alat ukur ini konsisten mengukur persepsi diri *caregiver* keluarga.

4.8 Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini terdiri dari dua tahap, yakni tahap persiapan dan pelaksanaan.

4.8.1 Persiapan

Tahap persiapan ini dimulai dengan mengajukan surat ijin penelitian ke RSUP Fatmawati Jakarta pada awal bulan Mei 2012. Namun, peneliti memperoleh jadwal presentasi dengan rentang waktu yang cukup lama, yaitu pada akhir bulan Mei 2012. Peneliti lalu mengajukan surat permohonan ijin ke Dekan FIK UI untuk memperoleh surat permohonan ijin penelitian yang ditujukan ke lokasi penelitian lain, yaitu RS Jantung Harapan Kita Jakarta. Setelah memperoleh ijin dari RS Jantung Harapan Kita Jakarta, identifikasi responden mulai dilakukan terkait dengan uji coba instrumen yang akan dilakukan, sambil menentukan responden berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan untuk dijadikan juga sebagai kelompok

kontrol. Peneliti tidak menemukan hambatan dan kendala dalam proses pencarian responden, karena besarnya populasi yang ada di ruangan tersebut, dan sebagian besar langsung bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Calon responden yang memenuhi kriteria inklusi diberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian serta manfaat dan risiko yang ada dengan menyerahkan *Informed Consent* sebagai bukti persetujuan menjadi responden. Responden yang setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian, diberi penjelasan kembali mengenai langkah-langkah kegiatan penelitian secara prosedural.

4.8.2 Pelaksanaan

Tahap pelaksanaan diawali dengan melakukan *pre test* pada kelompok kontrol berupa penyebaran kuesioner untuk mengetahui kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung. Kelompok kontrol tidak diberikan perlakuan apapun. Setelah itu, melakukan *post-test* untuk mengukur kembali kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada kelompok kontrol. Peneliti lalu mencari responden lain untuk dijadikan sebagai sampel pada kelompok intervensi 1, yaitu yang mendapatkan terapi kognitif dan latihan asertif. Selanjutnya, pelaksanaan terapi kognitif dan latihan asertif mulai diberikan kepada kelompok intervensi 1 dengan durasi 30-45 menit untuk setiap sesinya. Jumlah *caregiver* yang diberikan terapi sebanyak 8-10 orang per hari. Pemberian terapi kognitif dan latihan asertif ini diberikan masing-masing 1 sesi untuk setiap harinya, sehingga berlangsung selama 4 hari untuk setiap *caregiver*. Pelaksanaan *post-test* dilakukan pada hari berikutnya. Begitu seterusnya hingga jumlah sampel yang diinginkan terpenuhi (35 *caregiver*). Peneliti mencari lagi responden untuk dijadikan sebagai sampel pada kelompok intervensi 2 sebanyak 35 *caregiver* yang hanya diberikan terapi kognitif. Jumlah *caregiver* yang diberikan terapi sebanyak 10-12 orang per hari, dengan durasi

yang sama yakni 30-45 menit. Berikut adalah uraian kegiatan setiap sesi pada kedua terapi yang diberikan:

4.8.2.1 Terapi Kognitif

Sesi 1

Identifikasi pikiran otomatis negatif, yaitu dengan mengidentifikasi seluruh pikiran otomatis negatif, berdiskusi untuk satu pikiran otomatis yang dipilih, memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama dan membuat catatan harian.

Pikiran otomatis negatif yang ditemukan pada *caregiver* pasien jantung hampir semuanya berupa pikiran akan terjadi sesuatu yang tidak diinginkan pada pasien yang dirawat. Penyimpangan pikiran atau distorsi kognitif *caregiver*, antara lain: (1) *all or nothing thinking*, yakni berpikir bahwa mereka hanya dihadapkan pada 2 pilihan, apakah kondisi pasien membaik atau justru berakhir dengan kematian; (2) *labelling*, beranggapan bahwa penyakit jantung biasanya berakhir dengan kematian, terkait pengalaman mereka akan kondisi orang lain; (3) *personalization*, kondisi yang terjadi pada pasien adalah karena kesalahan mereka; dan (4) *disqualifying the positive*, menolak informasi positif dan berpikir bahwa mengubah pikiran negatif menjadi positif merupakan sesuatu hal yang sulit.

Sesi 2

Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif, yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri dalam sesi pertama (memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama), mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan

catatan harian, dan mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis kedua dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi pertama.

Pada dasarnya, para *caregiver* telah memiliki kemampuan untuk melawan pikiran negatif mereka. Rata-rata semua *caregiver* melawan pikiran negatif mereka dengan berdoa. Namun, peneliti sebagai terapis tetap mengajarkan cara menggunakan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif yang ditemukan berdasarkan jenisnya, yaitu :

1) *All or nothing thinking*

Caregiver melawannya dengan berpikir bahwa kesembuhan dan kematian berada di tangan Tuhan. Membawa pasien ke RS merupakan cara yang terbaik untuk memperoleh kesembuhan. Namun, bila terjadi hal yang tidak diinginkan, maka hal itu merupakan kehendak yang Maha Kuasa karena manusia berencana tetapi Tuhan yang menentukan.

2) *Labelling*

Caregiver melawan pikiran negatif ini dengan berpikir bahwa kondisi setiap orang berbeda-beda, tergantung pada berat ringannya jenis penyakit jantung yang diderita. Selain itu, kondisi pasien juga ikut berpengaruh terhadap kesembuhan yang diharapkan.

3) *Personalization*

Caregiver melawannya dengan berpikir bahwa penyakit jantung merupakan suatu penyakit yang sudah berlangsung sejak lama, yang dibarengi dengan faktor resiko dari pasien itu sendiri, sehingga tidak perlu menyalahkan diri sendiri terhadap hal yang telah terjadi.

4) *Disqualifying the positive*

Terapis mengajarkan pada *caregiver* akan pentingnya meningkatkan pengetahuan diri terkait kondisi depresi yang dirasakan. Disamping itu, peran sebagai *caregiver* mewajibkan mereka untuk lebih kuat secara fisik dan psikis agar mampu menjalankan peran tersebut.

Sesi 3

Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif, yaitu mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan tugas mandiri sesi kedua di rumah, mendiskusikan penyelesaian terhadap pikiran otomatis ketiga dengan langkah-langkah yang sama seperti dalam sesi 1 – 2, mendiskusikan cara dan kesulitan pasien dalam menggunakan catatan harian, dan diskusikan manfaat dan perasaan setelah pasien mengikuti terapi (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi).

Caregiver melaporkan bahwa manfaat yang mereka peroleh sungguh luar biasa terhadap kondisi psikologis mereka. Mereka juga mengatakan bahwa mereka merasa lebih baik, dan kondisi depresi yang dialami, seperti: sering menangis, jantung berdebar-debar, sulit tidur, rasa gelisah, dan kurang semangat telah berkurang. Di samping itu, mereka juga mengatakan bahwa mereka merasa lebih berguna dan dibutuhkan bagi pasien.

Sesi 4

Support System, yaitu melibatkan keluarga untuk dapat membantu pasien dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri.

Pada sesi ini, terapis melibatkan keluargayang lain untuk memberi dukungan terhadap *caregiver* terkait pikiran negatif yang timbul. *Caregiver* mengungkapkan bahwa mereka mendapatkan dukungan yang sangat berarti dari keluarga yang lain.

4.8.2.2 Latihan Asertif

Sesi 1

Pengenalan konsep teori latihan asertif, pemahaman dan klasifikasi dari perilaku asertif, serta hak dasar manusia.

Rata-rata *caregiver* mengatakan bahwa mereka baru mendengar istilah “asertif” dan belum mengetahui maknanya. Perilaku *caregiver* yang digambarkan hampir semuanya berada dalam rentang pasif. Saat berkomunikasi dengan pasien, mereka cenderung mengalah dan tidak spontan.

Sesi 2

Pengembangan dan peningkatan keterampilan mendengar dan bertanya serta memahami konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif.

Sebagian besar *caregiver* mengatakan bahwa mereka kurang bisa berespon sesuai karena tidak mau terjadi konflik dengan pasien.

Sesi 3

Menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta.

Para *caregiver* mengatakan bahwa saat mereka dikritik oleh pasien, mereka cenderung diam dan tidak meminta penjelasan karena takut terjadi sesuatu pada pasien. Mereka tidak mampu mengungkapkan rasa tidak puas mereka terhadap pasien, dan mereka cenderung memenuhi semua permintaan pasien.

Sesi 4

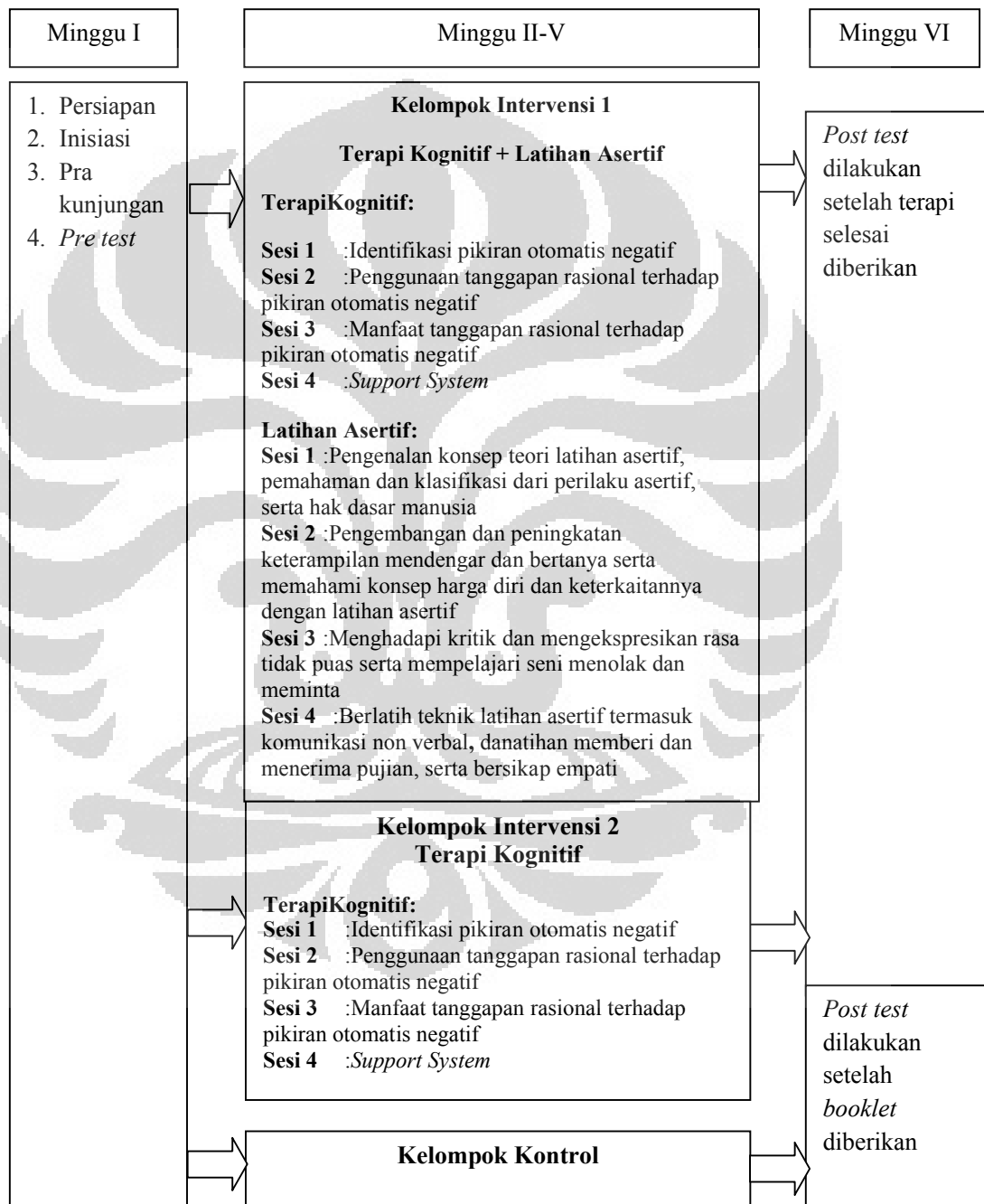
Berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati.

Pada sesi ini, *caregiver* melatih kemampuan mereka dalam berperilaku asertif baik secara verbal dan non verbal dengan menggunakan teknik-teknik yang ada.

Setelah pemberian terapi selesai, lalu dilakukan pengukuran akhir (*post-test*) dan langsung diberikan *booklet* mengenai penanganan depresi (*stress management*). Waktu pelaksanaan penelitian selesai dalam kurun waktu 5 minggu.

Kerangka kerja penelitian yang berjudul pengaruh terapi kognitif dan latihan asertif terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung di RS Jantung Harapan Kita, Jakarta digambarkan pada skema 4.2

Skema 4.2
Kerangka Kerja Penelitian pengaruh terapi kognitif dan latihan asertif terhadap depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri caregiver pasien jantung di RS Jantung Harapan Kita, Jakarta



4.9 Rencana Analisis Data

Data yang terkumpul diolah terlebih dahulu, lalu dianalisis dengan menggunakan teknik yang disesuaikan dengan variabel yang akan diteliti.

4.9.1 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan hal yang mutlak diperlukan karena data yang dihasilkan belum memberi informasi secara lengkap, sehingga belum dapat disajikan untuk dibaca oleh orang lain (Notoatmodjo, 2010). Berikut adalah tahapan pengolahan data:

4.9.1.1 *Editing*

Editing merupakan suatu aktivitas yang dilakukan oleh peneliti untuk melakukan pemeriksaan kembali secara hati-hati terhadap kuesioner yang telah disebar. Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa *editing* merupakan kegiatan untuk mengecek dan memperbaiki isi kuesioner terkait kelengkapan, kejelasan, relevansi jawaban dengan pertanyaan, dan konsistensi antara satu jawaban dengan jawaban yang lainnya. Hal ini penting dilakukan untuk mengetahui apakah perlu dilakukan pengambilan data ulang, namun bila waktu tidak memungkinkan maka dapat segera diputuskan untuk tidak mengolah data tersebut dan dianggap sebagai data “*missing*” atau hilang. Saat melakukan proses *editing*, peneliti tidak menemukan data yang *missing*.

4.9.1.2 *Coding*

Coding merupakan kegiatan kedua yang dilakukan setelah data selesai diperiksa (*editing*). *Coding* atau pengkodean dilakukan dengan tujuan untuk mempermudah peneliti saat akan memasukkan data ke dalam komputer untuk diolah. *Coding* merupakan “kegiatan mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi angka atau bilangan” (Notoatmodjo, 2010, hlm. 177). Untuk seluruh variabel yang diteliti, peneliti telah melakukan pengkodean.

4.9.1.3 *Entry*

Entry merupakan kegiatan memasukkan data yang telah diberi kode ke dalam komputer untuk diolah. Proses memasukkan data yang telah terkumpul memerlukan sikap yang teliti dan hati-hati, mengingat satu kekeliruan bisa berdampak sistemik terhadap hasil penelitian.

4.9.1.4 *Cleaning*

Cleaning atau pembersihan data merupakan kegiatan terakhir dalam proses olah data sebelum data dianalisis. Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa *cleaning* data terdiri dari beberapa cara, antara lain: (1) mencari data *missing* atau hilang dengan membuat distribusi frekuensi masing-masing variabel; (2) mencari variasi data untuk mendeteksi salah benarnya data yang telah dimasukkan; dan (3) mencari konsistensi data dengan menghubungkan dua variabel untuk mengetahui letak kesalahan yang terjadi. Sebelum data diolah, peneliti telah melakukan pengecekan kembali dan tidak menemukan data yang *missing*, tidak konsisten ataupun salah.

4.9.2 Analisis Data

Data yang telah selesai diolah, lalu dianalisis dengan menggunakan berbagai teknik yang disesuaikan. Penelitian ini menggunakan teknik analisis data secara univariat, bivariat dan multivariat.

4.9.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan teknik analisis yang bertujuan untuk menggambarkan setiap variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisis univariat bertujuan menjelaskan karakteristik setiap variabel yang ada dalam penelitian yang ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa analisis univariat merupakan analisis satu variabel yang

berfungsi untuk memberi penjelasan atau gambaran karakteristik variabel secara lebih sederhana agar lebih mudah dipahami. Selain itu, analisis univariat juga dilakukan pada variabel kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri.

Karakteristik *caregiver* dalam penelitian ini meliputi: (1) usia *caregiver*; (2) jenis kelamin; (3) tingkat pendidikan; dan (4) status hubungan kekeluargaan dengan pasien. Data tersebut diolah dalam bentuk distribusi frekuensi atau persentase untuk data berbentuk kategorik, seperti: jenis kelamin, tingkat pendidikan dan status hubungan kekeluargaan dengan pasien. Adapun untuk data berbentuk numerik, seperti: usia diolah dengan menggunakan sentral tendensi. Nilai yang ditampilkan berupa nilai *mean* (rata-rata), *median*, standard deviasi, nilai minimum dan maksimum dengan *confident interval* (CI) sebesar 95%.

Untuk variabel kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri juga merupakan data numerik, sehingga diolah dengan menggunakan sentral tendensi.

4.9.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan apabila diperkirakan terdapat hubungan antara dua variabel (Notoatmodjo, 2010), atau untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang bermakna antara dua kelompok (Hastono, 2007). Pada penelitian ini telah dilakukan analisis kesetaraan antar variabel, baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol untuk mengetahui adanya perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok. Pemilihan uji statistik dilakukan berdasarkan pada jenis data dan jenis

variabel, serta jenis distribusi data populasi yang akan diteliti. Analisis kesetaraan antara variabel yang diteliti beserta jenis uji statistiknya pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol ditampilkan dalam tabel 4.1.

Tabel 4.1
Analisis Bivariat Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Kondisi Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri pada *Caregiver* Pasien Penyakit Jantung Harapan Kita, Jakarta Tahun 2012

A. Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden

No	Kelompok Intervensi 1	Kelompok Intervensi 2	Kelompok Kontrol	Uji Statistik
1	Usia <i>caregiver</i>	Usia <i>caregiver</i>	Usia <i>caregiver</i>	<i>Anova</i>
2	Jenis Kelamin	Jenis Kelamin	Jenis Kelamin	<i>Chi Square</i>
3	Tingkat Pendidikan	Tingkat Pendidikan	Tingkat Pendidikan	<i>Chi Square</i>
4	Status Hubungan Kekeluargaan dengan Pasien	Status Hubungan Kekeluargaan dengan Pasien	Status Hubungan Kekeluargaan dengan Pasien	<i>Chi Square</i>

B. Analisis Kesetaraan Kondisi Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri Responden

No	Kelompok Intervensi 1	Kelompok Intervensi 2	Kelompok Kontrol	Uji Statistik
1	Kondisi Depresi <i>caregiver</i> sebelum diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif	Kondisi Depresi <i>caregiver</i> sebelum diberikan Terapi Kognitif	Kondisi Depresi <i>caregiver</i> sebelum intervensi	<i>Anova</i>
2	Kemampuan mengubah persepsi diri <i>caregiver</i> sebelum diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif	Kemampuan mengubah persepsi diri <i>caregiver</i> sebelum diberikan Terapi Kognitif	Kemampuan mengubah persepsi diri <i>caregiver</i> sebelum intervensi	<i>Anova</i>

C. Analisis Perubahan Kondisi Depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri sebelum dan sesudah Intervensi

No	Sebelum Intervensi	Sesudah Intervensi	Uji Statistik
1	Kondisi Depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada <i>caregiver</i> kelompok intervensi 1	Kondisi Depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada <i>caregiver</i> kelompok intervensi 1	<i>Paired samples t-test</i>
2	Kondisi Depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada <i>caregiver</i> kelompok intervensi 2	Kondisi Depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada <i>caregiver</i> kelompok intervensi 2	<i>Paired samples t-test</i>
3	Kondisi Depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada <i>caregiver</i> kelompok kontrol	Kondisi Depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada <i>caregiver</i> kelompok kontrol	<i>Paired samples t-test</i>

D. Analisis Perbedaan Kondisi Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri Responden setelah intervensi

No	Kelompok Intervensi 1	Kelompok Intervensi 2	Kelompok Kontrol	Uji Statistik
1	Kondisi Depresi <i>caregiver</i> sesudah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif	Kondisi Depresi <i>caregiver</i> sesudah diberikan Terapi Kognitif	Kondisi Depresi <i>caregiver</i> sesudah intervensi	<i>Anova</i>
2	Kemampuan mengubah persepsi diri <i>caregiver</i> sesudah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif	Kemampuan mengubah persepsi diri <i>caregiver</i> sesudah diberikan Terapi Kognitif	Kemampuan mengubah persepsi diri <i>caregiver</i> sesudah intervensi	<i>Anova</i>

4.9.2.3 Analisis Multivariat

Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa analisis multivariat merupakan teknik analisis yang dilakukan untuk mengetahui hubungan lebih dari satu variabel independen dengan variabel dependen. Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui faktor lain yang menyebabkan terjadinya suatu kondisi. Pada penelitian ini, ingin diketahui apakah ada pengaruh antara variabel *confounding* terhadap variabel dependen. Variabel *confounding* atau variabel perancu merupakan jenis variabel yang memiliki hubungan dengan variabel independen maupun variabel dependen (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Variabel perancu dapat disingkirkan dalam suatu analisis melalui analisis multivariat. Teknik analisis yang sering digunakan ialah analisis regresi linear dan regresi logistik. Hastono (2007) menyatakan bahwa pemilihan teknik analisis tersebut ditentukan berdasarkan bentuk variabel dependen suatu penelitian. Pada penelitian ini, variabel dependennya berbentuk data numerik, sehingga teknik analisis yang digunakan ialah analisis regresi linear berganda. Tabel 4.2 berikut ini menggambarkan secara lebih jelas.

Tabel 4.2
Analisis Multivariat Variabel Penelitian Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Kondisi Depresi Caregiver Pasien Penyakit Jantung di RS Jantung Harapan Kita, Jakarta Tahun 2012

A. Analisis Multivariat terhadap Kondisi Depresi Caregiver

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
1	Terapi Kognitif dan Latihan asertif	Kondisi Depresi caregiver	<i>Regresi Linier Berganda</i>
2	Usia		
3	Jenis kelamin		
4	Tingkat pendidikan		
5	Status hubungan kekeluargaan dengan pasien		

B. Analisis Multivariat terhadap Kemampuan mengubah Persepsi Diri

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Uji Statistik
1	Terapi Kognitif dan Latihan asertif	Kemampuan Mengubah Persepsi Diri	<i>Regresi Linier Berganda</i>
2	Usia		
3	Jenis kelamin		
4	Tingkat pendidikan		
5	Status hubungan kekeluargaan dengan pasien		

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian Pengaruh Terapi Kognitif atau *Cognitive Therapy* (CT) dan Latihan Asertif atau *Assertiveness Training* (AT) terhadap Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri *Caregiver* Pasien Jantung di Rumah Sakit Jantung Harapan Kita Jakarta yang dilaksanakan dari tanggal 21 Mei 2012 sampai dengan tanggal 20 Juni 2012.

Responden yang merupakan *caregiver* pasien penyakit jantung berjumlah 105 orang yang terbagi atas 3 kelompok. Kelompok 1 berjumlah 35 orang dan mendapat CT dan AT. Kelompok 2 berjumlah 35 orang dan mendapat CT. Kelompok 3 berjumlah 35 orang dan merupakan kelompok kontrol atau pembanding dan tidak diberikan terapi apapun, namun diberikan *Booklet* Manajemen Stress setelah pengukuran kedua (*post test*). Hasil penelitian ini terdiri atas lima (5) bagian, yaitu: Karakteristik *caregiver* pasien penyakit jantung, pengaruh CT dan AT terhadap kondisi depresi, dan pengaruh CT dan AT terhadap kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver*, hubungan antara kondisi depresi dengan kemampuan mengubah persepsi diri, serta karakteristik yang berkontribusi terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri.

5.1 Karakteristik *Caregiver* Pasien Penyakit Jantung

Karakteristik *caregiver* pasien penyakit jantung meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, dan status hubungan kekeluargaan dengan pasien yang dirawat. Analisis data disesuaikan dengan jenis data karakteristik *caregiver*. Analisis kesetaraan karakteristik antar kelompok dilakukan untuk mengetahui homogenitas data. Analisis kesetaraan untuk data kategorik di analisis dengan menggunakan uji *Chi Square*, sedangkan untuk data numerik menggunakan uji *One Way Anova*. Asumsi hasil penelitian dikatakan homogen atau setara apabila nilai $p \text{ value} \geq \alpha 0,05$ atau berarti tidak ada perbedaan signifikan pada karakteristik *caregiver* pasien penyakit jantung.

5.1.1 Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Status Hubungan Kekeluargaan

Karakteristik jenis kelamin, pendidikan dan status hubungan kekeluargaan merupakan variabel kategorik, dan dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi, sedangkan untuk analisis kesetaraannya menggunakan uji *Chi Square*. Hasil analisis univariat disajikan pada tabel 5.1 dan hasil analisis kesetaraan pada tabel 5.2

Tabel 5.1
Distribusi Karakteristik *Caregiver* pasien jantung
Di RS Jantung Harapan Kita Jakarta
Tahun 2012 (n=105)

Karakteristik	Jumlah (n=105)	
	n	%
1. Jenis Kelamin <i>Caregiver</i>		
a. Laki-laki	42	40,0
b. Perempuan	63	60,0
2. Pendidikan <i>Caregiver</i>		
a. SD-SMP	19	18,1
b. SMU-PT	86	81,9
3. Status Hubungan Kekeluargaan <i>Caregiver</i>		
a. Pasangan	53	50,5
b. Anak	28	26,7
c. Lain-lain	24	22,9

Berdasarkan tabel 5.1 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar *caregiver* berjenis kelamin perempuan (60,0%), tingkat pendidikan terbanyak adalah SMU-PT (81,9%) dan terkecil adalah SD-SMP (18,1%), serta status hubungan kekeluargaan terbanyak adalah pasangan (50,5%). Untuk status hubungan dengan kategori lain-lain terbagi atas: saudara, keponakan, sepupu, dan orang tua.

Tabel 5.2
**Analisis Kesetaraan Karakteristik *Caregiver* pasien jantung
 Di RS Jantung Harapan Kita Jakarta Tahun 2012 (n=105)**

Karakteristik	Kelompok Intervensi 1		Kelompok Intervensi 2		Kelompok Kontrol		Total		p Value
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Jenis Kelamin <i>caregiver</i>									
a. Laki-laki	12	34,3	12	34,3	18	51,4	42	40,0	0,240 ¶
b. Perempuan	23	65,7	23	65,7	17	48,6	63	60,0	
Jumlah	35	100,0	35	100,0	35	100,0	105	100,0	
2. Pendidikan <i>caregiver</i>									
a. SD-SMP	3	8,6	7	20,0	9	25,7	19	18,1	0,165 ¶
b. SMU-PT	32	91,4	28	80,0	26	74,3	86	81,9	
Jumlah	35	100,0	35	100,0	35	100,0	105	100,0	
3. Status Hubungan Keluargaan <i>caregiver</i>									
a. Pasangan	19	54,3	18	51,4	16	45,7	53	50,5	0,861 ¶
b. Anak	10	28,6	8	22,9	10	28,6	28	26,7	
c. Lain-lain	6	17,1	9	25,7	9	25,7	24	22,9	
Jumlah	35	100,0	35	100,0	35	100,0	105	100,0	

¶ Bermakna pada $\alpha \geq 0,05$

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa hasil analisis kesetaraan karakteristik jenis kelamin, pendidikan, dan status hubungan keluarga *caregiver* memiliki p value $\geq \alpha 0,05$ yang berarti ketiga kelompok memiliki varian yang sama atau homogen.

5.1.2 Usia

Karakteristik usia merupakan variabel numerik dan dianalisis dengan menggunakan *central tendency* guna memperoleh nilai *mean*, *median*, *standard deviasi*, dan nilai maksimal serta minimal (tabel 5.3), Analisis kesetaraan usia menggunakan uji *One Way Anova* (tabel 5.4).

Tabel 5.3
**Analisis Karakteristik *Caregiver* pasien jantung
 di RS Jantung Harapan Kita Jakarta
 Tahun 2012 (n=105)**

Variabel	n	Mean	Median	SD	Min-Maks
Usia	105	41,09	42,00	10,612	18-65

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa 105 *caregiver* memiliki rata-rata usia 41,09 tahun dengan nilai standar deviasi sebesar 10,612, serta usia termuda 18 tahun dan tertua 65 tahun.

Tabel 5.4
**Analisis Kesetaraan Karakteristik *Caregiver* pasien jantung
 di RS Jantung Harapan Kita Jakarta Tahun 2012 (n=105)**

Variabel	Jenis Kelompok	n	Mean	SD	p Value
Usia	Intervensi 1	35	39,66	9,879	0,587 [¶]
	Intervensi 2	35	41,34	9,813	
	Kontrol	35	42,26	12,125	
	Total	105	41,09	10,612	

¶ Bermakna pada $\alpha \geq 0,05$

Hasil uji analisis kesetaraan pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa p value $\geq \alpha 0,05$ yang berarti tidak ada perbedaan usia yang bermakna antara ketiga kelompok atau memiliki varian yang sama (homogen).

5.2 Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Depresi *Caregiver*

Pengaruh CT dan AT terhadap depresi *caregiver* terdiri atas: kondisi depresi sebelum diberikan terapi, perubahan kondisi depresi sebelum dan setelah diberikan CT dan AT pada kelompok intervensi 1, CT pada kelompok intervensi 2 dan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi, perbedaan kondisi depresi pada ketiga kelompok tersebut, dan perbandingan kondisi depresi antar kelompok.

5.2.1 Kondisi Depresi

Kondisi depresi merupakan variabel numerik yang di analisis dengan menggunakan *central tendency* (tabel 5.5). Analisis kesetaraannya dilakukan dengan menggunakan *One Way Anova* (tabel 5.6).

Tabel 5.5
**Analisis Kondisi Depresi *Caregiver* pasien jantung
 di RS Jantung Harapan Kita Jakarta
 Tahun 2012 (n=105)**

Variabel	n	Mean	Median	SD	Min-Maks
Kondisi Depresi	105	46,95	46,00	9,850	21-71

Rentang skor depresi yang ditetapkan dimulai dari 20 hingga 80 dengan kategori ringan 20-40, sedang 41-60 dan berat 61-80. Tabel 5.5 menunjukkan bahwa 105 *caregiver* memiliki rata-rata skor depresi sebesar 46,95 dengan standar deviasi 9,850. Skor depresi terendah adalah 21 dan tertinggi adalah 71. Hal itu menunjukkan bahwa rata-rata skor depresi *caregiver* berada pada tingkat sedang.

Tabel 5.6 menyajikan data analisis kesetaraan skor depresi. Rata-rata skor depresi *caregiver* pada kelompok intervensi 1 sebesar 47,29. Pada kelompok intervensi 2 sebesar 47,54, dan pada kelompok kontrol

sebesar 46,03. Secara keseluruhan, antara ketiga kelompok tersebut memiliki rata-rata skor depresi berada pada tingkat sedang. Hasil analisis kesetaraan yang ditampilkan pada tabel 5.6 menunjukkan $p \text{ value} \geq \alpha 0,05$ yang berarti bahwa kondisi depresi antara ketiga kelompok homogen atau tidak ada perbedaan yang signifikan.

Tabel 5.6
Analisis Kesetaraan Kondisi Depresi *Caregiver* pasien jantung
di RS Jantung Harapan Kita Jakarta Tahun 2012 (n=105)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min-Max	p value
Kondisi Depresi	Intervensi 1	35	47,29	8,570	1,449	23-64	0,792 [¶]
	Intervensi 2	35	47,54	11,823	1,998	21-71	
	Kontrol	35	46,03	9,067	1,533	29-63	
	Total	105	46,95	9,850	0,961	21-71	

¶ Bermakna pada $\alpha \geq 0,05$

5.2.2 Perubahan Kondisi Depresi sebelum dan setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif

Analisis perubahan kondisi depresi sebelum dan setelah diberikan CT dan AT dilakukan dengan menggunakan uji t-berpasangan (*Paired Samples t-test*). Hasil analisis ditampilkan pada tabel 5.7

Tabel 5.7 menunjukkan perubahan antara sebelum dan setelah pemberian terapi. Pada kelompok intervensi 1, rata-rata skor depresi sebelum pemberian CT dan AT sebesar 47,29, dan rata-rata skor depresi setelah pemberian CT dan AT menjadi 43,91 dengan selisih rata-rata skor sebesar 3,38. Adapun $p \text{ value}$ yang diperoleh adalah sebesar 0,051 yang berarti bahwa tidak ada perubahan yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian terapi. Pada kelompok

intervensi 2, diperoleh rata-rata skor depresi sebelum pemberian CT sebesar 47,54, dan setelah pemberian CT menjadi 39,23 dengan selisih rata-rata sebesar 8,31 dengan *p value* < 0,001 yang berarti bahwa terdapat perubahan rata-rata skor yang bermakna antara sebelum dan sesudah pemberian terapi. Pada kelompok kontrol, rata-rata skor depresi awal sebesar 46,03 dan akhir menjadi 45,66 dengan selisih rata-rata skor depresi sebesar 0,37 dan *p value* 0,162 yang berarti bahwa tidak terdapat perubahan skor depresi yang bermakna di awal maupun di akhir pengukuran.

Tabel 5.7
Analisis Perubahan Kondisi Depresi sebelum dan setelah Terapi pada Caregiver pasien jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta Tahun 2012 (n=105)

Variabel	Kelompok	n	Mean Sebelum	Mean Setelah	Mean Selisih	SD Sebelum	SD Setelah	<i>p value</i>
Kondisi Depresi	Intervensi 1	35	47,29	43,91	3,38	8,570	4,355	0,051
	Intervensi 2	35	47,54	39,23	8,31	11,823	7,405	< 0,001 ¶
	Kontrol	35	46,03	45,66	0,37	9,067	8,540	0,162

¶ Bermakna pada $\alpha < 0,05$

5.2.3 Perbedaan Kondisi Depresi setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif

Perbedaan kondisi depresi antar kelompok setelah diberikan perlakuan pada kelompok intervensi dianalisa dengan menggunakan uji *One Way Anova*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.8

Tabel 5.8 menunjukkan rata-rata skor depresi setelah pemberian terapi baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol yang

tidak mendapatkan terapi apapun menunjukkan *p value* yang lebih kecil dari 0,05 yakni sebesar 0,001 yang berarti bahwa ada perbedaan skor depresi yang signifikan setelah terapi diberikan.

Tabel 5.8
Analisis Perbedaan Kondisi Depresi setelah Terapi pada *Caregiver* pasien jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta Tahun 2012 (n=105)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min-Max	p value
Kondisi Depresi	Intervensi 1	35	43,91	4,355	0,736	36-58	0,001 [¶]
	Intervensi 2	35	39,23	7,405	1,252	20-56	
	Kontrol	35	45,66	8,540	1,444	28-63	
	Total	105	42,93	7,444	0,726	20-63	

¶ Bermakna pada $\alpha < 0,05$

5.2.4 Perbandingan Kondisi Depresi Antar Kelompok setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif

Analisis perbandingan antar kelompok menggunakan uji *Post Hoc* (*Scheffe*) pada tingkat kepercayaan 0,0167 setelah melakukan α koreksi. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.9

Tabel 5.9
Analisis Perbandingan Kondisi Depresi setelah Terapi pada *Caregiver* pasien jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta Tahun 2012 (n=105)

Variabel	Kelompok	Kelompok	Mean Difference	SE	p Value
Kondisi Depresi	Intervensi 1	Intervensi 2	4,686	1,672	0,023
	Intervensi 1	Kontrol	-1,743	1,672	0,582
	Intervensi 2	Kontrol	-6,429	1,672	0,001 [¶]

¶ Bermakna pada $\alpha=0,0167$

Berdasarkan tabel 5.9 dapat dijelaskan bahwa perbandingan skor depresi antara kelompok yang mendapat CT dan AT dengan kelompok yang mendapat CT saja sebesar 0,023 atau lebih besar dari nilai α 0,0167, yang berarti bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok intervensi. Perbandingan antara kelompok yang mendapat CT dan AT dengan kelompok kontrol juga menunjukkan *p value* yang lebih besar dari α 0,0167, juga berarti bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara kedua kelompok. Adapun hasil perbandingan antara kelompok yang mendapat CT saja dengan kelompok kontrol justru menunjukkan *p value* sebesar 0,001 atau lebih kecil dari nilai α 0,0167, sehingga dapat disimpulkan bahwa kelompok yang mendapat CT saja memiliki penurunan skor depresi yang bermakna setelah dibandingkan dengan kelompok lain.

5.3 Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Kemampuan mengubah Persepsi Diri

Pengaruh CT dan AT terhadap kemampuan mengubah persepsi diri terdiri atas: Kemampuan persepsi diri sebelum diberikan terapi, perubahan kemampuan persepsi diri sebelum dan setelah diberikan CT dan AT pada kelompok intervensi 1, CT pada kelompok intervensi 2 dan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan terapi, perbedaan kemampuan persepsi diri pada ketiga kelompok tersebut, dan perbandingan kemampuan persepsi diri antar kelompok.

5.3.1 Kemampuan Persepsi Diri

Kemampuan mengubah persepsi diri merupakan variabel dependen yang berbentuk numerik dan di analisis menggunakan *central tendency* (tabel 5.10). Analisis kesetaraannya menggunakan uji *One Way Anova* (tabel 5.11).

Tabel 5.10
**Analisis Kemampuan Persepsi Diri *Caregiver* pasien jantung
 di RS Jantung Harapan Kita Jakarta
 Tahun 2012 (n=105)**

Variabel	n	Mean	Median	SD	Min-Maks
Kemampuan Persepsi Diri	105	17,41	17,00	2,838	11-26

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa 105 *caregiver* memiliki rata-rata skor kemampuan persepsi diri sebesar 17,41 dengan standar deviasi 2,838, dan skor terendah 11 dan tertinggi 26. Rentang skor persepsi diri yang ditetapkan dimulai dari 0 hingga 36 dengan nilai *cut off point* sebesar 17, sehingga skor 0-17 merupakan persepsi diri negatif dan skor 18-36 dinyatakan sebagai persepsi diri positif. Hal itu berarti bahwa rata-rata skor kemampuan persepsi diri *caregiver* berada pada kategori persepsi diri ambang batas antara negatif dan positif.

Tabel 5.11
**Analisis Kesetaraan Kemampuan Persepsi Diri *Caregiver*
 pasien jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta
 Tahun 2012 (n=105)**

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min-Max	p value
Kemampuan Persepsi Diri	Intervensi 1	35	17,06	3,058	0,517	12-26	0,489[¶]
	Intervensi 2	35	17,86	2,788	0,471	12-12	
	Kontrol	35	17,31	2,676	0,452	12-22	
	Total	105	17,41	2,838	0,277	11-26	

¶ Bermakna pada $\alpha \geq 0,05$

Tabel 5.11 menunjukkan rata-rata skor persepsi diri pada kelompok yang memperoleh CT dan AT sebesar 17,06. Pada kelompok yang

memperoleh CT sebesar 17,86, sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 17,31. Hasil analisis kesetaraan yang ditampilkan pada tabel tersebut menunjukkan $p \text{ value} \geq \alpha 0,05$ yang berarti bahwa kemampuan persepsi diri antara ketiga kelompok homogen atau tidak ada perbedaan yang signifikan.

5.3.2 Perubahan Kemampuan Persepsi Diri sebelum dan setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif

Analisis perubahan kemampuan persepsi diri sebelum dan setelah diberikan CT dan AT dilakukan dengan menggunakan uji t-berpasangan (*Paired Samples t-test*). Hasil analisis ditampilkan pada tabel 5.12

Tabel 5.12

Analisis Perubahan Kemampuan Persepsi Diri sebelum dan setelah Terapi pada *Caregiver* pasien jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta Tahun 2012 (n=105)

Variabel	Kelompok	n	Mean Sebelum	Mean Setelah	Mean Selisih	SD Sebelum	SD Setelah	p value
Kemampuan Persepsi Diri	Intervensi 1	35	17,06	25,23	8,17	3,058	4,124	< 0,001 [□]
	Intervensi 2	35	17,86	20,69	2,83	2,788	2,323	< 0,001 [□]
	Kontrol	35	17,31	18,26	0,95	2,676	2,842	< 0,001 [□]
	Total	105	17,41	21,39	3,98	2,838	4,289	< 0,001 [□]

□ Bermakna pada $\alpha < 0,05$

Tabel 5.12 menunjukkan perubahan antara sebelum dan setelah pemberian terapi. Pada kelompok intervensi 1, tampak bahwa rata-rata skor persepsi diri sebelum sebesar 17,06 dan menjadi 25,23

setelah pemberian CT dan AT dengan $p \text{ value} < 0,05$ yakni $< 0,001$. Pada kelompok intervensi 2 didapatkan rata-rata skor persepsi diri sebelum 17,86 dan setelah pemberian CT menjadi 20,69 dengan $p \text{ value} < 0,001$. Pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan rata-rata skor persepsi diri yang bermakna, yaitu dari 17,31 menjadi 18,26 dengan $p \text{ value} < 0,001$. Secara keseluruhan terjadi perubahan kemampuan persepsi diri dari kategori negatif menjadi positif pada seluruh kelompok.

5.3.3 Perbedaan Kemampuan Persepsi Diri setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif

Perbedaan kemampuan persepsi diri setelah diberikan terapi dianalisa dengan menggunakan uji *One Way Anova*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.13

Tabel 5.13
Analisis Perbedaan Kemampuan Persepsi Diri setelah Terapi pada Caregiver pasien jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta Tahun 2012 (n=105)

Variabel	Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min-Max	p value
Kemampuan Persepsi Diri	Intervensi 1	35	25,23	4,124	0,697	19-36	< 0,001 [¶]
	Intervensi 2	35	20,69	2,323	0,393	17-28	
	Kontrol	35	18,26	2,842	0,480	11-24	
	Total	105	42,93	4,289	0,419	11-36	

¶ Bermakna pada $\alpha < 0,05$

Berdasarkan tabel 5.13 dapat dijelaskan bahwa skor kemampuan persepsi diri pada kelompok intervensi 1, intervensi 2, dan kontrol

memiliki nilai rata-rata yang berbeda. Hasil uji statistik menunjukkan $p \text{ value} < 0,001$ yang berarti bahwa terdapat perbedaan skor kemampuan persepsi diri yang bermakna antar kelompok.

5.3.4 Perbandingan Kemampuan Persepsi Diri setelah diberikan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif

Analisis perbandingan antar kelompok menggunakan uji *Post Hoc* (*Scheffe*) pada tingkat kepercayaan 0,0167 setelah melakukan α koreksi. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.14

Tabel 5.14

Analisis Perbandingan Kemampuan Persepsi Diri setelah Terapi pada Caregiver pasien jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta Tahun 2012 (n=105)

Variabel	Kelompok	Kelompok	Mean Difference	SE	p Value
Kemampuan mengubah Persepsi Diri	Intervensi 1	Intervensi 2	4,543	0,762	< 0,001 [□]
	Intervensi 1	Kontrol	6,971	0,762	< 0,001 [□]
	Intervensi 2	Kontrol	2,429	0,762	0,008 [□]

□ Bermakna pada $\alpha=0,0167$

Berdasarkan tabel 5.14 dapat dijelaskan bahwa perbandingan skor persepsi diri yang bermakna terjadi pada semua kelompok dengan $p \text{ value} < 0,001$ untuk perbandingan antara kelompok intervensi 1 dengan kelompok intervensi 2, dan antara kelompok intervensi 1 dengan kelompok intervensi 2, serta 0,008 untuk perbandingan antara kelompok intervensi 1 dengan kelompok kontrol. Perbedaan yang signifikan rata-rata skor kemampuan persepsi diri antar kelompok tersebut berarti bahwa kelompok intervensi 1 memiliki kemampuan

mengubah persepsi diri yang lebih baik dibandingkan kelompok yang lain.

5.4 Hubungan antara Kondisi Depresi dan Kemampuan mengubah Persepsi Diri

Hubungan atau korelasi antara 2 variabel untuk mengetahui derajat atau keeratan hubungan, serta mengetahui arah hubungan antara kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri. Uji analisis yang digunakan adalah uji korelasi (*correlate bivariat*). Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.15

Tabel 5.15
Hubungan Kondisi Depresi dan Kemampuan mengubah Persepsi Diri pada *Caregiver* pasien jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta Tahun 2012 (n=105)

Kelompok	n	Post-Test	
		r	p Value
Intervensi 1	35	0,119	0,496
Intervensi 2	35	-0,344	0,043
Kontrol	35	-0,136	0,437
Total	105	-0,095	0,334

‡ Bermakna pada $\alpha < 0,05$

Pada tabel 5.15 diatas pada *post-test* diperoleh nilai r total -0,095 dengan p value sebesar 0,334 yang berarti bahwa hubungan kondisi depresi dengan kemampuan mengubah persepsi diri menunjukkan hubungan yang lemah dan berpola negatif, yang berarti semakin positif persepsi diri *caregiver* semakin rendah skor depresinya dengan p value menunjukkan nilai $> 0,05$ yaitu sebesar 0,334 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut.

5.5 Karakteristik yang berkontribusi terhadap Kondisi Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri

Karakteristik yang dianggap berkontribusi terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung terdiri atas: umur, jenis kelamin, pendidikan, dan status hubungan kekeluargaan *caregiver* dengan pasien. Karakteristik tersebut akan dianalisis dengan menggunakan uji Regresi Linier Ganda.

5.5.1 Karakteristik yang berkontribusi terhadap Kondisi Depresi

Analisis karakteristik yang berpengaruh terhadap kondisi depresi *caregiver* untuk mengetahui apakah kondisi depresi *caregiver* dipengaruhi oleh faktor lain disamping terapi yang telah diberikan pada kelompok intervensi. Hasil uji analisisnya ditampilkan pada tabel 5.16

Tabel 5.16
Karakteristik yang berkontribusi terhadap Kondisi Depresi
Caregiver pasien jantung di RS Jantung HarapanKita Jakarta
Tahun 2012 (n=70)

Karakteristik <i>Caregiver</i>	Kondisi Depresi						
	B	SE	β	p	F	R	R ²
(Constant)	45,705	2,041		0,0001	0,001	0,486 ^a	0,236
CTAT	-2,306	1,679	-0,147	0,173			
CT	-6,853	1,658	-0,436	<			
Jenis Kelamin	-0,892	1,414	-0,059	0,001			
Pendidikan Tinggi	4,773	1,887	0,248	0,530			
Status (Pasangan)	-1,928	1,770	-0,130	0,013			
Status (Anak)	-3,475	1,974	-0,207	0,279			
Umur (\leq 29 Tahun)	-4,250	1,943	-0,216	0,081			
Umur > 30 tahun	-2,326	1,614	-0,140	0,031			
				0,153			

□ Bermakna pada $\alpha < 0,05$

Hasil analisis regresi linier ganda pada tabel 5.16 menunjukkan bahwa variabel terapi kognitif (CT) memiliki pengaruh yang bermakna

terhadap variabel depresi setelah dikoreksi oleh variabel perancu. Adapun variabel perancu yang bermakna adalah pendidikan tinggi (SMU-PT) dan umur ≤ 29 tahun. Nilai koefisien determinasi (R^2) sebesar 0,236 yang berarti model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 23,6% variasi variabel kondisi depresi *caregiver*. Nilai F sebesar 0,001 berarti bahwa pada alpha 5%, model regresi tersebut cocok dengan data yang ada, dan secara signifikan dapat memprediksi variabel depresi *caregiver*.

5.5.2 Karakteristik yang berkontribusi terhadap Kemampuan Mengubah Persepsi Diri

Analisis karakteristik yang berpengaruh terhadap kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver* untuk mengetahui apakah kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver* dipengaruhi oleh faktor lain disamping terapi yang telah diberikan pada kelompok intervensi. Hasil uji analisisnya ditampilkan pada tabel 5.17

Tabel 5.17

Karakteristik yang berkontribusi terhadap Kemampuan mengubah Persepsi Diripada *Caregiver* pasien jantung di RS Jantung HarapanKita Jakarta Tahun 2012 (n=70)

Karakteristik <i>Caregiver</i>	Kondisi Depresi						
	B	SE	β	p	F	R	R^2
(Constant)	17,208	0,964		<0,001	0,001	0,486 ^a	0,697
CTAT	7,074	0,793	0,781	<0,001			
CT	2,610	0,783	0,288	0,001			
Jenis Kelamin	1,278	0,668	0,147	0,059			
Pendidikan Tinggi	0,579	0,891	0,052	0,518			
Status (Pasangan)	-0,099	0,836	-0,012	0,906			
Status (Anak)	-0,336	0,933	-0,035	0,719			
Umur (≤ 29 Tahun)	0,448	0,918	0,040	0,626			
Umur (> 30 Tahun)	0,116	0,762	0,012	0,879			

^a Bermakna pada $\alpha < 0,05$

Hasil analisis regresi linier ganda pada tabel 5.17 menunjukkan bahwa variabel terapi kognitif dan latihan asertif (CTAT) memiliki pengaruh yang lebih bermakna terhadap variabel kemampuan mengubah persepsi diri bila dibandingkan dengan terapi kognitif (CT) setelah dikoreksi oleh variabel perancu. Pada tabel diatas, tampak bahwa tidak satu pun dari variabel perancu yang menunjukkan *p value* yang signifikan. Nilai koefisien determinasi (R^2) sebesar 0,697 yang berarti model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 69,7% variasi variabel kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver*. Nilai F sebesar 0,001 berarti bahwa pada alpha 5%, model regresi tersebut cocok dengan data yang ada, dan secara signifikan dapat memprediksi variabel kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver*.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan pembahasan mengenai pengaruh terapi kognitif atau *Cognitive Therapy* (CT) dan latihan asertif atau *Assertiveness Training* (AT) terhadap depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver* pasien jantung di Rumah Sakit Jantung Harapan Kita Jakarta, Hubungan antara kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri, karakteristik *caregiver* pasien jantung di Rumah Sakit Jantung Harapan Kita Jakarta, keterbatasan penelitian, dan implikasi terhadap pelayanan keperawatan.

6.1 Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Kondisi Depresi Caregiver

Hasil penelitian ini menemukan bahwa seluruh *caregiver* yang menjadi responden mengalami depresi. Hal ini konsisten dengan hasil penelitian yang dilakukan Clyburn, *et al* (2000; Fortinsky, Kercher, & Burant, 2002; Harris, *et al.*, 2001, dalam Sherwood, *et al.* 2006) yang melaporkan bahwa tanda dan gejala depresi merupakan hal yang biasa ditemukan diantara *caregiver* pasien penyakit kronik. Berdasarkan pada hal tersebut, maka peneliti beranggapan bahwa penyakit jantung merupakan salah satu penyakit kronik yang perawatannya membutuhkan waktu yang lama dan bersifat jangka panjang, serta identik dengan kematian mendadak, sehingga mengakibatkan terjadinya stress mental pada *caregiver*.

Penelitian ini menemukan bahwa rata-rata tingkat depresi *caregiver* berada pada tingkat sedang. Hal tersebut konsisten dengan hasil temuan penelitian yang dilakukan oleh Rivera (2009) yang menyebutkan bahwa rata-rata tingkat depresi *caregiver* pasien penyakit kronik berada pada level sedang. Berdasarkan hal tersebut, peneliti beranggapan bahwa *caregiver* pasien penyakit jantung cenderung untuk mengalami depresi sedang karena disebabkan oleh karena kondisi penyakit jantung yang *incureable* atau

tidak dapat disembuhkan, sehingga *caregiver* merasa pesimis, tidak berdaya, cemas, mengalami gangguan pola tidur dan pola makan untuk waktu yang cukup lama.

Depresi merupakan salah satu gangguan mental yang dapat diatasi dengan beberapa terapi spesialis keperawatan jiwa. Terapi kognitif dan latihan asertif merupakan terapi spesialis keperawatan jiwa yang bertujuan untuk mengurangi stress dan depresi *caregiver*. Penelitian ini memberikan gabungan intervensi spesialis keperawatan jiwa, yakni terapi kognitif dan latihan asertif untuk menurunkan kondisi depresi *caregiver* dan meningkatkan kemampuan mengubah persepsi diri mereka. Menurut Gloaguen dan *Colleagues*, (1998, dalam Mansour, *et al*, 2009) menyebutkan bahwa terapi kognitif efektif untuk diberikan pada pasien dengan tingkat depresi ringan dan sedang. Stuart (2009) mengatakan bahwa terapi kognitif memang diindikasikan untuk orang-orang yang mengalami depresi. Selanjutnya, Lin, *et al* (2008) melaporkan bahwa latihan asertif dapat diberikan pada pasien depresi untuk membantu mengubah persepsi diri. Hal tersebut disebabkan oleh karena depresi yang dialami oleh *caregiver* merupakan manifestasi dari distorsi pola pikir yang mereka alami, dan berkorelasi langsung dengan persepsi diri negatif.

Pikiran negatif yang ditampilkan oleh *caregiver* pasien penyakit jantung hampir semuanya berupa pikiran akan terjadi sesuatu yang tidak diinginkan pada pasien yang dirawat. Penyimpangan pikiran atau distorsi kognitif *caregiver*, antara lain: (1) *all or nothing thinking*; (2) *labelling*; (3) *personalization*; dan (4) *disqualifying the positive*. Varcarolis dan Halter (2010) mengatakan bahwa *all or nothing thinking* merupakan pikiran yang melihat segala sesuatu berwarna hitam atau putih, sedangkan *labelling* merupakan suatu karakteristik untuk menjadikan suatu peristiwa sebagai standar bagi diri sendiri maupun orang lain, serta *personalization* adalah pikiran untuk merasa bertanggung jawab atas kejadian yang terjadi

diluar kontrol manusia. Berdasarkan pada hal tersebut, peneliti menyimpulkan bahwa seluruh *caregiver* mengalami bentuk distorsi kognitif yang tidak berbeda satu sama lain, yakni mereka berpikir hanya dihadapkan pada 2 pilihan, apakah kondisi pasien membaik atau justru berakhir dengan kematian. Selain itu, *caregiver* juga beranggapan bahwa penyakit jantung biasanya berakhir dengan kematian, terkait pengalaman mereka akan kondisi orang lain, dan beberapa *caregiver* yang merupakan pasangan pasien mengatakan bahwa kondisi yang terjadi pada pasien adalah karena kesalahan mereka.

Hasil penelitian ini menemukan bahwa terapi kognitif dan latihan asertif menurunkan tingkat depresi pada *caregiver* pasien penyakit jantung tidak secara signifikan. Hal tersebut berlawanan dengan hasil temuan penelitian yang dilakukan oleh Wicks, *et al* (2007) yang melaporkan bahwa terjadi penurunan skor depresi yang signifikan pada *caregiver* setelah mendapatkan terapi CBT (*Insight Therapy*). Begitu juga dengan hasil temuan penelitian Shiina *et al* (2005, dalam Lin *et al*, 2008) yang menyebutkan bahwa terapi CBT dan latihan asertif pada pasien bulimia mampu meningkatkan skor harga diri secara signifikan. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lin *et al* (2008) tentang latihan asertif terhadap harga diri, yang menemukan bahwa terjadi penurunan harga diri secara signifikan. Peneliti menyimpulkan bahwa hal tersebut disebabkan karena beberapa faktor, salah satunya adalah kondisi pasien yang mereka rawat tidak mengalami kemajuan yang positif, dan semakin memburuk, bahkan berakhir dengan kematian, serta pelaksanaan penelitian yang hanya berlangsung selama satu bulan. Selain itu, banyaknya tugas perawatan yang diemban oleh *caregiver* saat berada di Rumah Sakit membuat mereka tidak memiliki waktu yang memadai untuk mengaplikasikan terapi yang telah diberikan.

Berdasarkan hal tersebut diatas, pada *caregiver* yang memperoleh terapi kognitif dan latihan asertif, ditemukan sekitar tujuh orang yang mengalami peningkatan rata-rata skor depresi setelah pemberian terapi. Hasil kesimpulan peneliti bahwa hal itu terjadi karena *caregiver* tersebut mendapatkan informasi bahwa kondisi pasien yang mereka rawat tidak mengalami kemajuan, bahkan memburuk. Hal tersebut sesuai dengan temuan penelitian yang dilakukan oleh Yamada, Hagihara, dan Nobutomo (2008), bahwa ketika tugas perawatan menjadi lebih lama dan panjang, maka *caregiver* keluarga menjadi semakin tertekan.

Pada tujuh orang *caregiver* yang menunjukkan peningkatan skor depresi tersebut dilatarbelakangi oleh kondisi pasien yang mereka rawat memburuk. Menurut Saldinger dan Cain (2004, dalam Rankin, 2008) mengatakan bahwa para *caregiver* tidak memiliki keraguan akan tibanya saat dimana mereka akan berduka terkait kematian pasien, namun mereka cenderung untuk berangan-angan akan hadirnya suatu keajaiban dengan menyaksikan kesembuhan pasien, setidaknya menunda kematian pasien. Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti beranggapan bahwa memburuknya kondisi anggota keluarga *caregiver* yang dirawat menjadi salah satu stressor utama terhadap peningkatan kondisi depresi mereka.

Kondisi pasien yang memburuk atau tidak mengalami kemajuan telah menambah stressor *caregiver*. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Park *et al* (2010, dalam Rankin, 2011) yang mengatakan bahwa semakin memburuk kondisi pasien, maka *caregiver* akan semakin stress. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa stressor yang berlebihan dalam kehidupan *caregiver* akan berdampak pada peningkatan intensitas stress mereka.

Terapi kognitif dan latihan asertif yang diberikan memang tidak mudah diterapkan secara langsung oleh *caregiver*. Rata-rata *caregiver*

mengatakan saat mereka mampu melawan pikiran negatif, maka mereka akan merasa lebih baik. Namun saat akan mengaplikasikan latihan asertif langsung pada pasien, *caregiver* mengungkapkan adanya perasaan tidak berdaya saat harus menolak keinginan pasien, apalagi dengan kondisi pasien yang kritis. Varcarolis dan Halter (2010) mengatakan bahwa teori kognitif merupakan faktor psikologis yang menentukan perilaku seseorang. Pikiran *caregiver* akan dituangkan dalam bentuk emosi atau perasaan sebagai hasil dari pikiran tersebut. Apabila *caregiver* mampu memandang kehidupan secara positif, maka akan mereka akan mengalami dan merasakan perasaan yang positif pula. Namun, hal itu akan dipatahkan apabila *caregiver* menginterpretasikan kejadian kehidupan secara negatif. *Caregiver* yang merawat pasien dengan kondisi yang tidak mengalami kemajuan atau bahkan memburuk akan cenderung berpikiran negatif dan terperangkap dengan interpretasi negatif mereka, yang pada akhirnya dapat berujung pada keadaan depresi.

Caregiver yang mengalami penyimpangan kognitif, dalam hal ini *personalization* mengungkapkan bahwa dampak positif yang dirasakan oleh *caregiver* terkait latihan asertif adalah berkurangnya perasaan bersalah, namun hal itu tidak mengurangi skor depresi mereka. Townsend (2009) menyebutkan bahwa terapi kognitif dan latihan asertif merupakan terapi yang bertujuan untuk mengubah pikiran negatif menjadi positif dan mengubah perilaku maladaptif menjadi adaptif. Pada penelitian ini ditemukan bahwa secara kognitif, *caregiver* mampu melawan pikiran negatif mereka, namun belum menunjukkan perilaku yang asertif. Hal tersebut disebabkan oleh karena, ketakutan akan terjadi hal-hal yang tidak diinginkan pada pasien apabila mereka menolak. Selain itu, kondisi pasien penyakit jantung yang dirawat di ruang intensif membuat pasien tersebut tidak mampu melakukan komunikasi secara terus-menerus dengan *caregiver*. Peraturan Rumah Sakit juga menetapkan bahwa pasien di ruang intensif hanya boleh dikunjungi dua kali sehari selama satu jam secara

bergantian, sehingga waktu berkunjung yang singkat benar-benar dimanfaatkan untuk memenuhi keinginan dari pasien.

Caregiver membutuhkan waktu yang lebih lama untuk bisa mengaplikasikan terapi yang telah diberikan oleh peneliti, terkait tugas perawatan yang harus dijalankan oleh *caregiver* saat sedang berada di Rumah Sakit. Hal tersebut juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Yamada, Hagihara, dan Nobutomo (2008), yang menemukan bahwa dalam memberikan terapi yang bertujuan untuk menekan depresi *caregiver*, perlu mempertimbangkan waktu dan jumlah pemberian terapi. Lebih lanjut dijelaskan bahwa *caregiver* keluarga yang sebagian besar menghabiskan waktu untuk merawat pasien cenderung untuk melakukan komunikasi sosial dengan petugas kesehatan untuk membantu mereka beristirahat sejenak, namun tidak efektif untuk menekan depresi mereka.

Gabungan antara terapi kognitif dan latihan asertif yang diberikan memang tidak menurunkan skor depresi secara signifikan. Lin *et al* (2008) mengatakan bahwa meskipun *caregiver* memperoleh pengetahuan mengenai teknik untuk mengatasi kondisi depresi yang dialami, namun tidak diketahui berapa lama waktu yang dibutuhkan oleh *caregiver* untuk mengasimilasikan teknik yang telah dipelajari tersebut terkait pengembangan afirmasi diri sendiri. Berdasarkan pada hal tersebut, peneliti beranggapan bahwa perubahan perilaku yang diharapkan terkait pemberian dua terapi ini membutuhkan waktu yang lama untuk terjadinya internalisasi.

Pada *caregiver* yang hanya mendapatkan terapi kognitif saja ditemukan mengalami penurunan depresi yang signifikan. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Gloaguen dan *Colleagues*, (1998, dalam Mansour *et al*, 2009) yang menemukan bahwa terapi kognitif efektif untuk diberikan pada pasien depresi terutama dengan tingkat ringan dan

sedang. Hasil penelitian Thase, Bowler, dan Harden (1991, dalam Freeman & Associates, 2005) menemukan bahwa terapi kognitif memberi kontribusi yang bermakna penurunan gejala depresi pada pasien tanpa penyakit fisik. Banyak penelitian yang telah membuktikan efektifitas dari terapi kognitif. Namun, referensi mengenai efikasi dari penggunaan terapi kognitif terhadap *caregiver* pasien penyakit jantung yang mengalami depresi juga terbatas. Berdasarkan praktik berbasis bukti yang ditemukan oleh peneliti, diketahui bahwa rata-rata setiap *caregiver* yang mengalami penyimpangan pikiran, memiliki kemampuan tersendiri untuk melawannya. Hal itu menunjukkan bahwa kemampuan melawan pikiran negatif telah dimiliki sebelumnya oleh *caregiver*, sehingga terapi kognitif yang diberikan hanya sekedar mengasah kemampuan mereka menjadi lebih baik lagi.

Pada *caregiver* yang tidak mendapatkan terapi apapun menunjukkan penurunan rata-rata skor depresi yang tidak signifikan. Townsend (2009) menyebutkan bahwa depresi merupakan suatu kontinum yang akan menjadi semakin berat apabila tidak segera diatasi. *Caregiver* pada kelompok kontrol ini tidak mengalami penurunan rata-rata skor depresi karena tidak mendapatkan terapi apapun sehingga gejala depresi yang dirasakan bertahan lama seiring dengan peran mereka sebagai *caregiver*.

Berdasarkan hasil uji Regresi Linier Ganda yang telah dilakukan, diketahui bahwa variabel terapi kognitif menjadi variabel yang memberi pengaruh yang signifikan terhadap kondisi depresi *caregiver* setelah dikontrol oleh variabel perancu seperti: usia muda (≤ 29 tahun), dan pendidikan tinggi (SMU-PT). Penelitian ini menemukan bahwa tingkat pendidikan tinggi, yakni SMU dan Perguruan Tinggi menjadi karakteristik yang berkontribusi terhadap kondisi depresi *caregiver* pasien penyakit jantung. Hal ini berlawanan dengan teori yang dikemukakan oleh Stuart (2009) yang mengatakan bahwa prevalensi depresi mengalami penurunan pada orang

dengan tingkat pendidikan tinggi. Berdasarkan pada hal tersebut, peneliti beranggapan bahwa tingkat pendidikan yang lebih tinggi mempengaruhi kondisi depresi pada *caregiver* disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain; kecenderungan *caregiver* yang berpendidikan tinggi untuk memiliki pekerjaan formil dan aktivitas lain di luar rumah sehingga ketika harus merawat pasien maka beban mereka akan bertambah baik secara fisik maupun psikis. Selain itu, *caregiver* yang bekerja harus mengatur waktu sedemikian rupa agar mampu memberi perhatian pada pasien yang dirawat.

Variabel umur muda, yakni ≤ 29 tahun juga memberi kontribusi yang bermakna terhadap kondisi depresi *caregiver*. Temuan tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Butler *et al.*, (2005, Given *et al.*, 2004; Williams, 2005, dalam Rivera, 2009) yang menjelaskan bahwa usia kurang dari 57 tahun atau usia lebih muda cenderung mengalami peningkatan gejala depresi. Stuart (2009) juga mengatakan bahwa depresi mengalami peningkatan pada usia dewasa muda. Berdasarkan pada hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa *caregiver* yang berusia muda cenderung memiliki tanggung jawab yang lebih banyak, seperti pekerjaan, keluarga baru, dan kurang memiliki pengalaman terhadap peran sebagai *caregiver*, serta coping yang dimiliki belum berkembang secara efektif terkait minimnya pengalaman dalam merawat.

6.2 Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Kemampuan mengubah Persepsi Diri *Caregiver*

Hasil penelitian ini menemukan bahwa kemampuan persepsi diri seluruh *caregiver* sebelum pemberian terapi seimbang antara negatif dan positif. Hasil tersebut berlawanan dengan hasil penelitian yang dilakukan Galambos, *et al.* (2006, dalam Şahin *et al.*, 2011) yang menyatakan bahwa individu yang mengalami depresi memiliki persepsi diri yang negatif. Rahe (1995, dalam Varcarolis & Halter, 2010) menyatakan bahwa persepsi

terhadap suatu stressor menentukan respon emosional dan psikologis seseorang. Beranjak dari hal tersebut, peneliti beranggapan bahwa tidak semua *caregiver* yang depresi akan berpersepsi negatif karena banyak faktor yang mempengaruhi seseorang untuk berpersepsi negatif, antara lain; usia, jenis kelamin, budaya, pengalaman hidup dan gaya hidup, lama merawat, dan kondisi pasien yang dirawat. Selain itu, *caregiver* belum berada pada tahap *exhausted* atau kelelahan.

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi negatif yang dimiliki oleh *caregiver* disebabkan oleh terciptanya hubungan yang kurang harmonis sebelumnya dengan pasien yang dirawat, merasa tidak dihargai, dan anggapan bahwa merawat pasien penyakit jantung adalah pekerjaan yang sia-sia, serta kondisi pasien yang dirawat tidak menunjukkan perubahan yang lebih baik. Ingram *et al*, (2007, dalam Şahin *et al*, 2011) menyebutkan bahwa persepsi negatif merupakan ekspresi kemarahan yang disfungsi. Lückenhoff, *et al* (2011) menjelaskan bahwa persepsi negatif *caregiver* berasal dari adanya perasaan khawatir dan kepedulian terhadap pasien yang dirawat. Hal tersebut konsisten dengan penelitian yang dilakukan oleh Şahin, *et al* (2011), yang menyebutkan bahwa internalisasi dari reaksi marah dalam hubungan interpersonal meningkatkan depresi secara bermakna. Peneliti menyimpulkan bahwa persepsi negatif *caregiver* dapat disebabkan oleh karena kondisi pasien penyakit jantung yang sering mendapat serangan berulang dan adanya komunikasi yang tidak asertif antara pasien dan *caregiver*, serta memburuknya kondisi pasien yang dirawat yang berkorelasi dengan peningkatan hari rawat.

Pada *caregiver* yang memperoleh terapi kognitif dan latihan asertif menunjukkan kemampuan persepsi diri yang rendah sebelum pemberian terapi. Namun, mengalami peningkatan kemampuan persepsi diri yang signifikan setelah diberikan terapi. Townsend (2009) menegaskan salah

satu manifestasi klinik dari depresi adalah merasa tidak berguna dan tidak dibutuhkan. Perasaan tersebut terbentuk dari bagaimana *caregiver* mempersepsikan suatu keadaan atas kondisi yang dihadapi. Berdasarkan pada hal itu, peneliti beranggapan bahwa perubahan skor kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* meningkat disebabkan karena berubahnya persepsi diri mereka menjadi merasa berguna dan dibutuhkan oleh pasien. Gorassini dan Olson (1995) mengatakan bahwa ketika seseorang merasa berguna dan dibutuhkan, maka secara konsisten akan mengarahkan perubahan persepsi diri ke arah yang lebih baik.

Pada *caregiver* yang hanya mendapatkan terapi kognitif saja, ditemukan peningkatan kemampuan persepsi diri yang juga signifikan. Townsend (2009) mengatakan bahwa ketika seseorang telah mampu berpikir positif, maka interpretasinya terhadap kondisi yang penuh dengan tekanan akan menjadi realistis. Hal itu menunjukkan bahwa kekuatan pikiran positif pada *caregiver* yang mendapat terapi kognitif, mampu mengubah persepsi diri yang sebelumnya negatif menjadi positif.

Berdasarkan hasil perbandingan antara *caregiver* yang mendapat terapi kognitif dan latihan asertif, dengan *caregiver* yang hanya mendapat terapi kognitif saja, serta dengan *caregiver* yang tidak mendapatkan terapi apapun, diperoleh *p value* sebesar $< 0,001$. Hasil tersebut berarti bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok yang mendapat CTAT, dengan kelompok yang mendapat CT saja, serta dengan kelompok yang tidak mendapatkan apapun. Dengan kata lain, *caregiver* yang mendapatkan terapi kognitif dan latihan asertif memiliki kemampuan yang lebih baik untuk mengubah persepsi diri menjadi positif bila dibandingkan dengan *caregiver* yang hanya mendapat terapi kognitif saja dan dengan yang tidak mendapat terapi apapun. Hal tersebut sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lin, *et al* (2008) yang menemukan bahwa latihan asertif pada pasien depresi dapat membantu mengubah persepsi

diri. Peneliti menyimpulkan bahwa gabungan antara terapi kognitif dan latihan asertif merupakan kombinasi yang baik untuk meningkatkan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung.

Berdasarkan uji Regresi Linier Berganda, pada variabel kemampuan mengubah persepsi diri, ditemukan bahwa variabel yang paling berpengaruh secara signifikan adalah terapi kognitif dan latihan asertif (CTAT), dan terapi kognitif (CT). Namun, terapi kognitif dan latihan asertif (CTAT) lebih meningkatkan kemampuan mengubah persepsi diri secara signifikan. Karakteristik yang mengontrol variabel CTAT menunjukkan hasil yang tidak signifikan, sehingga dapat disimpulkan bahwa kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver* hanya dipengaruhi oleh terapi kognitif dan latihan asertif.

6.3 Hubungan antara Kondisi Depresi dengan Kemampuan mengubah Persepsi Diri sebelum dan setelah pemberian terapi

Pada kondisi setelah pemberian terapi, diketahui hubungan antara kondisi depresi dengan kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* pasien penyakit jantung berpola negatif, namun menjadi lemah dan tidak signifikan. Stuart (2009) mengatakan bahwa teknik untuk mengubah persepsi negatif seseorang adalah dengan melakukan modifikasi pada proses kognitifnya. Penggabungan terapi kognitif dan latihan asertif merupakan salah satu cara untuk memodifikasi proses kognitif *caregiver*, yakni dengan mengajarkan pada *caregiver* teknik untuk mampu melawan pikiran negatif yang disertai dengan persepsi negatif, dan mengubah persepsi diri negatif itu menjadi positif. Varcarolis dan Halter (2010) menyebutkan bahwa respon terhadap stressor didasarkan pada persepsi diri yang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti, genetik, pengalaman masa kecil, strategi koping dan cara pandang seseorang terhadap kehidupan dan dunia. Peneliti menyimpulkan bahwa meskipun *caregiver* mengalami

depresi, namun setelah mendapatkan terapi kognitif dan latihan asertif, mereka mampu berespon terhadap peran sebagai *caregiver* dengan lebih baik karena kemampuan mengubah persepsi diri mereka yang meningkat.

6.4 Karakteristik *caregiver* pasien penyakit jantung

Hasil penelitian ini menemukan bahwa rata-rata jenis kelamin *caregiver* adalah perempuan (60%), Penemuan tersebut konsisten dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Wicks *et al* (2007; Hinton *et al*, 2006) yang mengatakan bahwa *caregiver* pasien penyakit kronik cenderung berjenis kelamin perempuan. Hal tersebut disebabkan oleh karena perempuan memiliki peran yang cukup kompleks, baik sebagai ibu bagi anak-anaknya, sebagai istri bagi pasangannya, maupun sebagai anak bagi orang tuanya, sehingga mereka dianggap lebih baik dalam mengemban peran sebagai *caregiver*. Di samping itu, laki-laki lebih identik sebagai pencari nafkah bagi keluarganya, sehingga saat salah satu anggota keluarga harus dirawat maka fungsi keluarga harus tetap berlangsung sesuai dengan sistem yang telah dianut oleh keluarga yang biasanya berupa laki-laki beraktivitas diluar rumah dan perempuan didalam rumah.

Karakteristik berikutnya yang ditemukan dalam penelitian ini yaitu tingkat pendidikan *caregiver* rata-rata adalah SMU dan Perguruan Tinggi (81,9%). Konsisten dengan hasil penelitian McPherson *et al* (2010) yang menemukan rata-rata tingkat pendidikan *caregiver* pasien penyakit stroke adalah SMU dan Perguruan Tinggi. Peneliti beranggapan bahwa peran sebagai *caregiver* sebaiknya diemban oleh mereka yang berpendidikan tinggi seperti SMU dan PT, mengingat kondisi pasien yang membutuhkan *caregiver* dengan tingkat intelektual tertentu terkait tugas perawatan yang akan dilakukan, serta pemahaman akan instruksi yang diberikan oleh pasien maupun pihak Rumah Sakit.

Hasil penelitian ini juga menemukan bentuk status hubungan kekeluargaan dengan pasien terbesar adalah pasangan (50,5%). Sejalan dengan temuan penelitian yang dilakukan oleh Nichols *et al* (2009; Hinton *et al*, 2006) yang menemukan bahwa rata-rata yang menjadi *caregiver* pasien penyakit kronik adalah merupakan pasangan dari pasien. Berdasarkan hal tersebut, peneliti beranggapan bahwa insidens penyakit jantung yang lebih banyak diderita oleh laki-laki, dan terjadi pada usia dewasa tua sehingga merupakan usia dimana mereka telah membina hubungan rumah tangga. Selain itu, anggota keluarga yang paling merasa bertanggung jawab terhadap kondisi pasien adalah pasangannya.

Karakteristik berikutnya adalah rata-rata usia *caregiver* sekitar 41 tahun. Berlawanan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nichols *et al.*, (2009; McPherson *et al.*, 2010) yang mengatakan bahwa rata-rata usia *caregiver* pasien penyakit kronik sekitar 65 tahun. Peneliti beranggapan bahwa budaya yang berlaku di Indonesia cenderung untuk memberi peran *caregiver* kepada orang dewasa dengan usia sekitar 40 tahun, karena dianggap memiliki kemampuan secara kognitif dan fisik yang lebih baik.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Terdapat beberapa keterbatasan dalam penelitian ini, terutama terkait dengan tempat dilaksanakannya terapi. Penelitian ini dilakukan di ruang intensif, tepatnya di ruang tunggu yang sangat padat dengan para *caregiver* pasien penyakit jantung, sehingga saat melaksanakan terapi, peneliti sering mengalami gangguan saat memberi terapi pada *caregiver*. Hal tersebut disebabkan oleh seringnya perhatian *caregiver* teralihkan pada stimulus eksternal. Di samping itu, waktu pelaksanaan terapi yang kadang dipersingkat atau justru ditunda apabila *caregiver* mendapat kunjungan dari keluarga yang lain, sehingga peneliti harus mengatur jadwal sebaik mungkin agar seluruh *caregiver* yang telah bersedia dapat diberikan terapi. Interaksi yang dilakukan kadang pada malam hari, mengingat kondisi lingkungan ruang tunggu yang

sangat padat pada siang hari. Waktu pelaksanaan penelitian yang terbatas, sehingga penelitian ini mereduksi sesi latihan asertif dari delapan sesi menjadi empat sesi. Selain itu, waktu pelaksanaan *post-test* yang hanya berjarak satu hari setelah pemberian terapi. Instrumen penelitian yang digunakan memiliki item pernyataan yang minimal secara kuantitas, sehingga belum mampu mengukur semua kemampuan yang dimiliki oleh *caregiver*.

Keterbatasan tersebut dapat mempengaruhi hasil penelitian yang ditemukan, sehingga belum diketahui apakah hasil temuan penelitian ini dapat digeneralisasikan pada seluruh *caregiver* pasien penyakit jantung.

6.6 Implikasi terhadap Pelayanan dan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk menurunkan kondisi depresi *caregiver* pasien penyakit jantung dan meningkatkan kemampuan persepsi diri mereka. Temuan penelitian ini dapat meningkatkan kemampuan *caregiver* yang mengalami depresi dan persepsi negatif saat merawat pasien. *Caregiver* yang mampu mengatasi stress dan depresi yang dirasakan saat merawat akan berdampak pula pada kualitas perawatan yang diberikan terhadap pasien. Berdasarkan hasil penelitian ini, terapi kognitif dan latihan asertif dapat meningkatkan tanggung jawab dan respon emosional *caregiver* terhadap pasien yang dirawat.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

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

7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik *caregiver* yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah rata-rata berusia 41 tahun, didominasi oleh perempuan (60%), sebagian besar memiliki tingkat pendidikan tinggi (SMU-PT) sebanyak 86 orang, dan status hubungan kekeluargaan dengan pasien yang terbanyak adalah pasangan, yang berjumlah 53 orang.
- 7.1.2 Kondisi depresi sebelum pemberian terapi berada pada kategori depresi sedang dan kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver* pasien jantung berada antara negatif dan positif.
- 7.1.3 Terapi kognitif menurunkan depresi *caregiver* secara bermakna, dan mengubah kategori depresi dari sedang ke ringan, serta meningkatkan kemampuan persepsi diri secara bermakna dari kategori negatif menjadi positif.
- 7.1.4 Terapi kognitif dan latihan asertif menurunkan depresi *caregiver* tidak secara bermakna dengan tingkat depresi *caregiver* tetap berada pada kategori sedang, akan tetapi meningkatkan kemampuan persepsi diri secara bermakna dari kategori negatif menjadi positif.
- 7.1.5 *Caregiver* yang mendapatkan terapi kognitif menunjukkan penurunan kondisi depresi lebih rendah dibandingkan *caregiver* yang mendapatkan terapi kognitif dan latihan asertif, namun kemampuan mengubah persepsi diri pada *caregiver* yang mendapatkan terapi kognitif dan latihan asertif lebih tinggi

dibandingkan dengan *caregiver* yang mendapatkan terapi kognitif saja.

- 7.1.6 Karakteristik *caregiver* yang berkontribusi secara bermakna terhadap kondisi depresi *caregiver* adalah karakteristik umur ≤ 29 tahun dan tingkat pendidikan tinggi (SMU dan PT), sedangkan terhadap kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver* tidak ada karakteristik *caregiver* yang berkontribusi secara bermakna.

7.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, ada beberapa saran yang dapat peneliti sampaikan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian, sebagai berikut:

7.2.1 Aplikasi Keperawatan

- 7.2.1.1 Perawat spesialis keperawatan jiwa diharapkan untuk melakukan penggabungan terapi kognitif dan latihan asertif ini di lingkup komunitas *caregiver* penyakit kronik lainnya.
- 7.2.1.2 Rumah Sakit Jantung Harapan Kita hendaknya dapat memanfaatkan tenaga perawat spesialis keperawatan jiwa di ruang intensif untuk memberikan psikoterapi, baik pada *caregiver* maupun pada pasien yang dirawat.
- 7.2.1.3 Bidang keperawatan RS Jantung Harapan Kita agar menindaklanjuti hasil penelitian ini dengan memberikan informasi kesehatan psikososial pada *caregiver* secara teratur untuk meningkatkan kemampuan koping *caregiver* keluarga dalam mengatasi gejala depresi yang dirasakan saat merawat pasien dengan penyakit jantung.
- 7.2.1.4 Diharapkan kepada para praktisi kesehatan untuk tidak hanya berfokus pada kondisi pasien yang dirawat, melainkan juga pada kondisi *caregiver* terutama

psikososial mereka untuk dapat diatasi dengan terapi generalis.

7.2.2 Pengembangan Keilmuan

7.2.2.1 Metode *dual therapy* ini sebaiknya dijadikan sebagai terapi yang diberikan secara bersamaan untuk mengatasi gejala depresi dan persepsi diri negatif.

7.2.2.2 Hendaknya hasil penelitian ini dijadikan sebagai *evidence based practice*, agar menjadi terapi keperawatan jiwa yang dapat digunakan di semua tatanan pelayanan keperawatan jiwa.

7.2.2.3 Diharapkan pada penelitian berikutnya untuk lebih berfokus pada *caregiver* dengan karakteristik yang sesuai dengan hasil temuan penelitian ini.

7.2.2.4 Selain itu, penting pula di telaah kembali faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kondisi depresi dan kemampuan mengubah persepsi diri *caregiver* terkait dengan kondisi pasien yang dirawat, pekerjaan *caregiver* dan dipertimbangkan untuk dilakukan penelitian tersendiri terhadap hal tersebut.

7.2.2.5 Waktu pelaksanaan terapi juga dipertimbangkan untuk diberikan lebih lama, mengingat internalisasi perilaku yang diharapkan membutuhkan waktu yang tidak singkat.

7.2.2.6 Dipertimbangkan pula untuk diberikan pada *caregiver* pasien yang berada di luar RS (*outpatient*).

7.2.3 Metodologi

7.2.3.1 Perlunya penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh terapi kognitif dan latihan asertif pada *caregiver* yang mengalami depresi dengan desain penelitian yang lebih

baik lagi untuk menurunkan gejala depresi, agar hasil penelitian menjadi optimal.

7.2.3.2 Diharapkan hasil temuan penelitian ini menjadi data dasar bagi penelitian selanjutnya terutama mengenai efektifitas terapi dalam menurunkan depresi pada *caregiver*.

7.2.3.3 Penelitian ini masih terbatas pada *caregiver* pasien penyakit jantung, diharapkan agar dikembangkan dalam penelitian selanjutnya untuk *caregiver* pasien penyakit kronik lainnya, serta berorientasi pada jenis penelitian yang berbentuk kualitatif, mengingat respon kognitif dan afektif sebaiknya diukur secara kualitatif.

7.2.3.4 Instrumen penelitian yang digunakan, hendaknya dikembangkan dengan memperbanyak item pernyataan agar mencakup seluruh kemampuan yang dimiliki oleh *caregiver*.

DAFTAR PUSTAKA

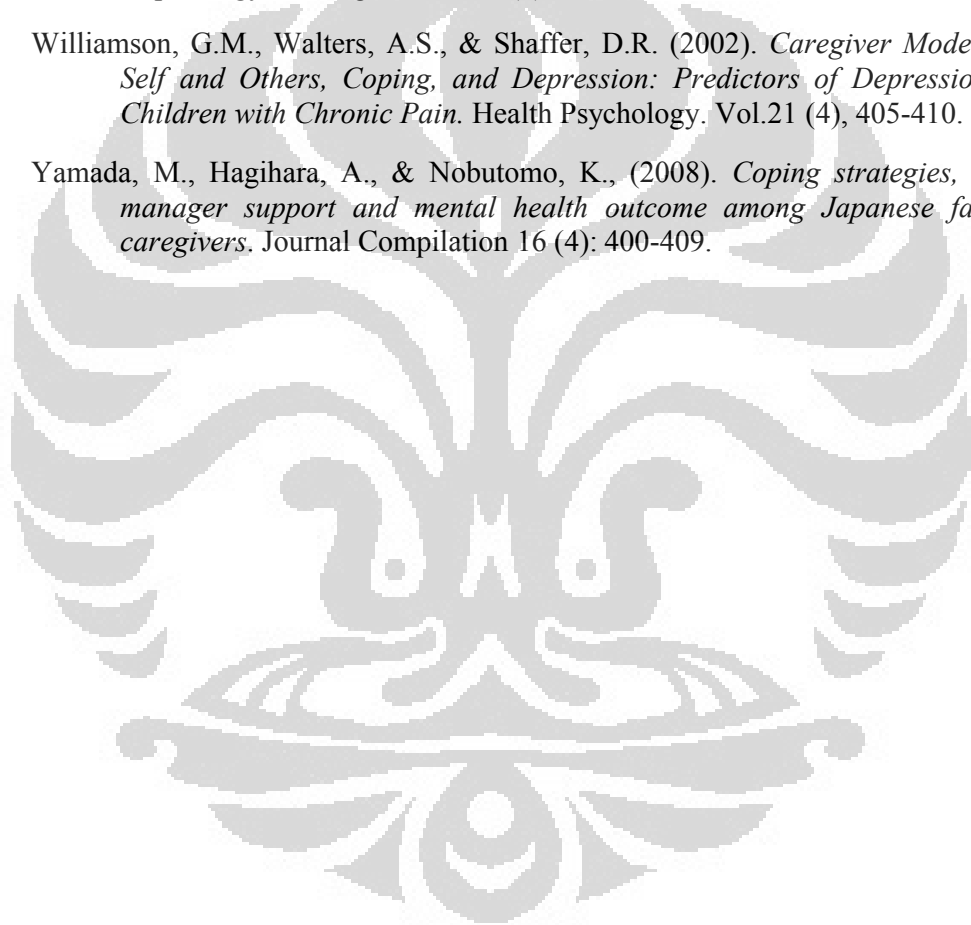
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi Revisi 2010. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, S. (2008). *Penyusunan Skala Psikologi*. Edisi 11. Jakarta: Pustaka Pelajar
- Braverman, E.R. & Braverman, D. (2004). *The Amazing Way to Reverse Heart Disease Naturally*. California: Writers House LLC and Basic Health Publication.
- Depkes RI. (2007). *Rise kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Balitbangkes Depkes RI
- Depkes RI. (2009). *Perawatan Penyakit Jantung*. Diambil dari URL: <http://etd.eprints.ums.ac.id> diperoleh 2 Maret 2012.
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil penelitian*. Jakarta: Trans Info Media.
- Elvira, S. D. & Hadisukanto, G. (2010). *Buku Ajar Psikiatri*. Jakarta: Fakultas Kedokteran UI
- Ferrario, S.R., et al., (2003). *Caregiving-related needs analysis: a proposed model reflecting current research and socio-political developments*. *Health and Social Care in the Community* 11(2), 103-110.
- Fontaine, K.L., (2009). *Mental Health Nursing*, (6th ed.). New Jersey: Pearson Education Inc, Upper Saddle River.
- Freeman, A. and Association. (2005). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. USA: Springer Science+Business Media, Inc.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktik*; Alih Bahasa Hamid, A. Y., et al. (2010). Jakarta: EGC.
- Gara, M.A., et al. (1993). *Perception of Self and Other in Major Depression*. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 102 (1), 93-100.
- Gorassini, D.R. and Olson, J.M. (1995). *Does Self-Perception Change Explain the Foot-in-the-Door Effect?*. *Journal of Personality and Social Psychology* 69 (1), 91-105.
- Hastono, S. P. (2007). *Modul Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat UI (tidak dipublikasikan).
- Hersen, M., Sledge, W., and Association. (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy*, (volume 1). USA: Elsevier Science.

- Hijazi, A., (2008). *Moderators of The Effects of Expressive Writing and Assertiveness Training to Improve Adjustment of International Students*. USA: ProQuest Information and Learning Company.
- Hinkelman, L., (2004). *Women's Self Defense Training: An Examination of Assertiveness, Self Efficacy, Hyperfemininity and Athletic Identity*. USA: ProQuest Information and Learning Company.
- Hinton, L., et al. (2006). *Dementia Neuropsychiatric Symptom Severity, Help-Seeking Patterns, and Family Caregiver Unmet Needs in the Sacramento Area Latino Study on Aging (SALSA)*. *Clinical Gerontologist*. Vol. 29 (4), 1-15.
- Ignatavicius, D. And Workman, M.L., (2006). *Critical Thinking for Collaborative care*. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier
- Kao, H.F.S. & Acton, G.J. (2006). *Conceptualization and Psychometric Properties of The Caregiver Burden Scale*. *Issues in Mental Health Nursing*, 27: 853-866.
- Kara, M. & Mirici, A., (2004). *Loneliness, Depression, and Social Support of Turkish Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and their Spouses*. *Journal of Nursing Scholarship* 36 (4), 331-336.
- Kärner, A.M., Dahlgren, M.A., and Bergdahl, B., (2004). *Rehabilitation after coronary heart disease: spouses' views of support*. *Journal of Advanced Nursing* 46 (2), 204-211.
- Kim, Y. I. (2003). *The Effects of Assertiveness Training on Enhancing the Social Skills of Adolescents with Visual Impairments*. *Journal of Visual Impairments & Blindness*, 285-297.
- Knapen, J., et al. (2005). *Comparison of Changes in Physical Self-Concept, Global Self Esteem, Depression and Anxiety following Two Different Psychomotor Therapy Programs in Nonpsychotic Psychiatric Inpatients*. *Psychoter Psychosom*. Vol.74, 353-361.
- Kristyaningsih, T. (2009). *Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Perubahan Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUP Fatmawati*. Jakarta: FIK UI (tidak dipublikasikan).
- LeMone, P. & Burke, K. (2008). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*. 4th Edition. New Jersey: Pearson-Prentice Hall.
- Lin, et al. (2008). *Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients*. *Journal of Clinical Nursing* 17, 2875-2883.
- Löckenhoff, C.E., Duberstein, P.R., Friedman, B., & Costa, P, T, Jr. (2011). *Five Factor Personality Traits and Subjective Health among Caregivers: The Role of Caregiver Strain and Self Efficacy*. *Psychiatry and Aging*, Vol. 26 (3), 592-604.

- Lubkin, I. M., & Larsen, P.D. (2006). *Chronic Illness: impact and intervention*. USA: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Mansour, A.M.H, Puskar, K. & Bandak, A.G. (2009). *Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Depressive Symptomatology, Stress and Coping Strategies among Jordanian University Students*. *Issues in Mental Health Nursing*, 30: 188-196.
- McPherson, C.J., Chyurlia, L., Wilson, K.G., & Leclerc, C. (2010). *The Balance of Give and Take in Caregiver-Partner Relationships: An Examination of Self-Perceived Burden, Relationship Equity, and Quality of Life From the Perspective of Care Recipients Following Stroke*. *Rehabilitation Psychology*. Volume 55 (2), 194-203.
- NANDA- International. (2009). *Nursing Diagnoses: Definition & Classification*. UK: Wiley-Blackwell.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2008). *Abnormal Psychology in A Changing World*. 7th Edition. New Jersey: Pearson-Prentice Hall
- Nichols, L.O. et al. (2009). *Dementia Caregivers' Most Pressing Concerns*. *Clinical Gerontologist*. 32: 1-14.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Payne, S. et al., (2004). *Palliative Care Nursing: Principles and Evidence for Practice*. Glasgow-UK: Bell & Bain Ltd.
- Pietromonaco, P.R. (1985). *The Influence of Affect on Self Perception in Depression*. *Social Cognition*. Vol. 3 (1), 121-134.
- Polit, D.F. & Hungler, B., P. (1999). *Nursing Research: Principles and Methods*. 6th Edition. Philadelphia: Lippincot Company.
- Rankin, S.R. (2011). *Influence of Coping Styles on Social Support Seeking Among Cancer Patient Family Caregivers*. USA: ProQuest Information and Learning Company.
- Riso, L.P., et al. (2007). *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist-Practitioner Guide*. Washington: World Composition services, Inc.
- Rivera, H.R. (2009). *Depression Symptoms in Cancer Caregivers*. *Clinical Journal of Oncology Nursing* (volume 13, number 2): 195-202.
- Rodrigue, J.R., Widows, M.R., and Baz, M.A., (2006). *Caregivers of Lung transplants candidates: do they benefit when the patient is receiving psychological services?*. *Progress in Transplantation* (volume 16), 336-342.

- Sabri, L. & Hastono, S. P. (2009). *Statistik Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rajawali Pers.
- Şahin, N.H., Batigün, A.D., & Koç, V. (2011). *The Relationship between Depression, and Interpersonal Style, Self Perception, and Anger*. Turkish Journal of Psychiatry; 22(1), 1-7.
- Santrock, J.W., (2005). *Psychology*. (Updated 7th ed.). New York: The McGraw-Hill Companies.
- Sarafino, E.P. (1998). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 3rd Edition. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S., (2010). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-3. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Sebern, M.D. (2008). *Refinement of The Shared Care Instrument-Revised: A Measure of a Family Care Interaction*. Journal of Nursing Measurement, Vol. 16 (1), 43-60.
- Sherwood, P.R., et al., (2006). *Predictors of Distress in Caregivers of Persons with a Primary Malignant Brain Tumor*. Research in Nursing and Health 29, 105-120.
- Sovari, A. A. (2011). *Sudden Cardiac Death*. diambil dari URL: <http://emedicine.medscape.com> diunduh tanggal 2 Maret 2012.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9thed.). Canada: Mosby, Inc.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Tarrier, N., (2006). *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases*. New York: Routledge.
- Townsend, M.C., (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, (6th ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Trull, T.J, (2005). *Clinical Psychology*, (7th ed.). USA: Thomson Learning, Inc.
- Urden, L.D., Stacy, K.M., and Lough, M.E. (2006). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management*, (volume 1). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Varcarolis, E.M. and Halter, M.J., (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*, (6th ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Watson, N., Bryan, B.C., & Thrash, T.M. (2010). *Self-Discrepancy: Comparisons of The Psychometric Properties of Three Instruments*. Psychological Assesment. Vol. 22 (4), 878-892.

- WHO.(2012). *Chronic Diseases*. diambil dariURL: <http://www.who.org> diperoleh2 Maret 2012.
- , (2012).*Heart Disease*.diambil dariURL: <http://www.world-heart-federation.org>diperoleh2 Maret 2012.
- WisegEEK, (2012).*What is Chronic Disease?*. diambil dari URL:<http://www.wisegEEK.com>diperoleh2 Maret 2012.
- Wicks, M.N., Bolden, L., Mynatt, S., Rice, M.C., & Acchiardo, S.R. (2007).*Insight Potentially Prevents and Treats Depressive and Anxiety Symptoms in Black Women Caring for Chronic Hemodialysis Recipients*. *Nephrology Nursing Journal* 34 (6): 623-629.
- Williamson, G.M., Walters, A.S., & Shaffer, D.R. (2002). *Caregiver Models of Self and Others, Coping, and Depression: Predictors of Depression in Children with Chronic Pain*. *Health Psychology*. Vol.21 (4), 405-410.
- Yamada, M., Hagihara, A., & Nobutomo, K., (2008). *Coping strategies, care manager support and mental health outcome among Japanese family caregivers*. *Journal Compilation* 16 (4): 400-409.



JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN
PENGARUH TERAPI KOGNITIF DAN LATIHAN ASERTIF TERHADAP DEPRESI DAN KEMAMPUAN MENGUBAH PERSEPSI DIRI
CAREGIVER PASIEN JANTUNG DI RS JANTUNG HARAPAN KITA JAKARTA TAHUN 2012

No.	Kegiatan	Waktu Penelitian (tahun 2012)																									
		Februari				Maret					April				Mei				Juni					Juli			
		1	8	15	22	1	8	15	22	29	4	11	18	25	1	8	15	21	1	8	20	21	28	2	5	12	16
1.	Penyusunan dan Uji Proposal																										
2.	Pengurusan izin administrasi Penelitian																										
3.	Pengumpulan data																										
4.	Analisis dan penafsiran data																										
5.	Penyusunan Laporan Akhir																										
6.	Seminar (Uji) Hasil Penelitian																										
7.	Perbaikan hasil seminar penelitian																										
8.	Sidang Tesis																										
9.	Perbaikan hasil sidang tesis																										
10.	Pengumpulan Tesis																										

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap
Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri *Caregiver*
Pasien Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta.
Peneliti : Fitri Wijayati
Nomor telepon : 081355688750

Saya, Fitri Wijayati (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri *Caregiver* Pasien Jantung di RS Jantung Harapan Kita Jakarta.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Umum.

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

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

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan saudara untuk bersedia menjadi responden.

Terima kasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Peneliti

LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca dan mendapat penjelasan langsung dari peneliti tentang penelitian ini serta mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini yang nantinya berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya dalam upaya memelihara dan mempertahankan kesehatan jiwa khususnya pada *caregiver* pasien penyakit jantung.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Jakarta, Mei 2012

Responden,

.....

DATA DEMOGRAFI RESPONDEN (Kuesioner A)

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini
 2. Jawablah pertanyaan pada tempat yang telah disediakan dengan memberi tanda cek (\checkmark) pada kolom yang telah disediakan.
 3. Pada pertanyaan isian, berilah jawaban sesuai isi pertanyaan.
-

A. DEMOGRAFI RESPONDEN

1. Usia : tahun

2. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

3. Pendidikan terakhir :

Tidak Sekolah

SMU

SD

Diploma/Perguruan

SLTP

Tinggi

4. Status Hubungan Kekeluargaan dengan Pasien:

Pasangan (suami/istri)

Anak

Lain-lain

**INSTRUMEN PENGUKURAN
KONDISI DEPRESI *CAREGIVER*
(*Zung Self-rating Depression Scale*)
(Kuesioner B)**

No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

- A. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini dan gambarkan perasaan yang Anda rasakan selama 7 (tujuh) hari terakhir melalui jawaban yang disediakan.
- B. Isilah jawaban pertanyaan pada tempat yang telah disediakan dengan memberikan tanda cek (√), dengan pilihan jawaban:
1. JARANG
 2. KADANG-KADANG
 3. SERING
 4. SELALU

NO	PERTANYAAN	JAWABAN			
		JARANG	KADANG-KADANG	SERING	SELALU
1	Saya merasa sedih dan tertekan				
2	Saya merasa pagi hari adalah waktu terbaik saya				
3	Saya menangis sepuasnya dan saya merasa lega				
4	Saya sulit tidur di malam hari				
5	Saya makan banyak seperti biasa				
6	Saya masih menikmati seks				
7	Saya merasa berat badan saya turun				
8	Saya susah Buang Air Besar				
9	Jantung saya berdetak lebih cepat dari biasanya				

10	Saya merasa lelah tanpa alasan yang jelas				
11	Pikiran saya jernih seperti biasanya				
12	Saya mudah melakukan hal-hal yang biasa saya lakukan				
13	Saya merasa gelisah				
14	Saya semangat menatap masa depan				
15	Saya lebih mudah marah dari biasanya				
16	Saya mudah mengambil keputusan				
17	Saya merasa berguna dan dibutuhkan				
18	Saya merasa hidup saya berarti				
19	Saya merasa orang lain akan lebih baik bila saya sudah meninggal				
20	Saya masih menikmati hal-hal yang biasa saya lakukan				

**INSTRUMEN PENGUKURAN
PERSEPSI DIRI
(Kuesioner C)**

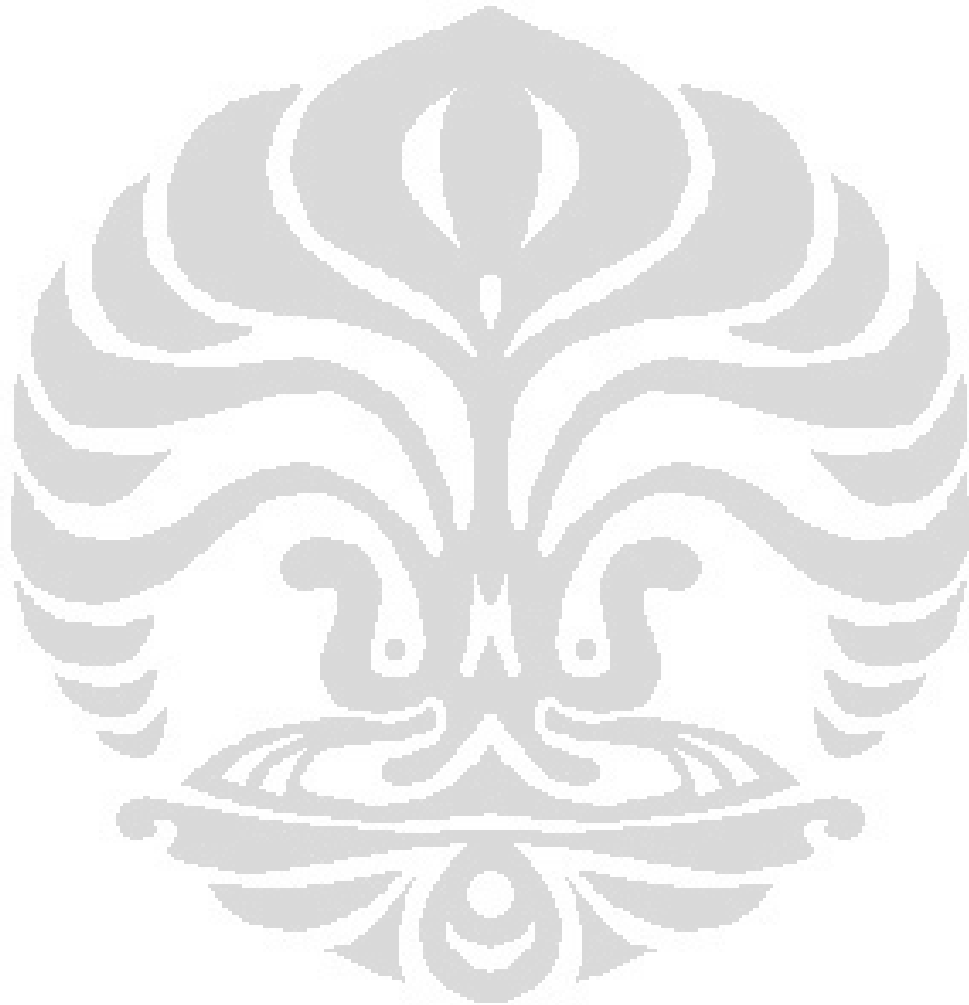
No Responden : (Diisi oleh peneliti)

Petunjuk Pengisian :

- A. Bacalah dengan teliti pertanyaan berikut di bawah ini, gambarkan pikiran dan perasaan Anda dalam 1 minggu terakhir saat merawat anggota keluarga yang sedang sakit.
- B. Isilah jawaban pertanyaan pada tempat yang telah disediakan dengan memberikan tanda chek (√), dengan pilihan jawaban:
0. TIDAK PERNAH
 1. KADANG-KADANG
 2. SERING
 3. SELALU

NO	PERNYATAAN	JAWABAN			
		TIDAK PERNAH	KADANG-KADANG	SERING	SELALU
1	Saya menerima peran saya ini dengan baik				
2	Saya berpikir tugas merawat ini membatasi aktivitas saya yang lain				
3	Hubungan saya dengan anggota keluarga yang sakit terbina dengan baik				
4	Saya merasa tidak dihargai				
5	Saya merasa diri saya berarti dan dibutuhkan				
6	Saya merasa terjebak dengan tugas merawat ini				
7	Saya berpikir telah melakukan yang terbaik				
8	Saya merasa bosan				
9	Saya merasa bertanggung jawab atas kondisi kesehatannya				
10	Saya merasa terbebani				

11	Saya merasa keluarga saya mendukung dan peduli dengan apa yang saya lakukan ini				
12	Saya berpikir tugas merawat ini adalah pekerjaan yang sia-sia				





UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Perubahan Kondisi Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri pada *Caregiver* Pasien Penyakit Jantung di RSUP. Fatmawati Jakarta.

Nama peneliti utama : Fitri Wijayati

Nama institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

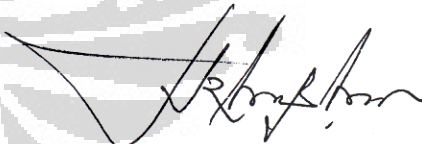
Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 25 April 2012

Dekan,

Ketua,


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



Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

KETERANGAN LOLOS EXPERT VALIDITY

Expert Validity Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Guna melindungi Hak Asasi dalam kesejahteraan subjek penelitian, Keperawatan Jiwa telah mengkaji dengan teliti modul **Modul Terapi Kognitif pada Caregiver Pasien Penyakit Jantung**, yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif Terhadap Perubahan Kondisi Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri pada Caregiver Pasien Penyakit Jantung di RSUP Fatmawati Jakarta.

Nama Peneliti : Fitri Wijayati
NPM : 10068800850
Nama Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Modul **DISETUJUI** untuk dipergunakan.

Depok, April 2012

Expert Validity



Prof. Dr. Badi Anna Keliat, S.Kp, M.App.Sc

KETERANGAN LOLOS EXPERT VALIDITY

Expert Validity Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

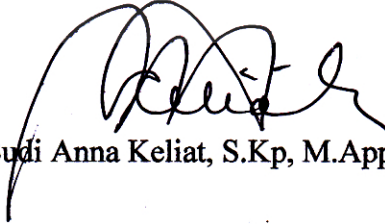
Guna melindungi Hak Asasi dalam kesejahteraan subjek penelitian, Keperawatan Jiwa telah mengkaji dengan teliti modul **Modul Latihan Asertif pada Caregiver Pasien Penyakit Jantung**, yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif Terhadap Perubahan Kondisi Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri pada Caregiver Pasien Penyakit Jantung di RSUP Fatmawati Jakarta.

Nama Peneliti : Fitri Wijayati
NPM : 10068800850
Nama Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Modul **DISETUJUI** untuk dipergunakan.

Depok, April 2012

Expert Validity



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

KETERANGAN LOLOS UJI KOMPETENSI

Tim penguji kompetensi keperawatan jiwa Universitas Indonesia dalam upaya melindungi Hak Asasi dalam kesejahteraan subjek penelitian keperawatan jiwa telah mengkaji dengan teliti **Modul Terapi Kognitif pada Caregiver Pasien Penyakit Jantung dan Modul Latihan Asertif pada Caregiver Pasien Penyakit Jantung**, yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif Terhadap Perubahan Kondisi Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri pada Caregiver Pasien Penyakit Jantung di RSUP Fatmawati Jakarta.

Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia telah melakukan uji kompetensi pada:

Nama : Fitri Wijayati


NPM : 1006800850

Nama Institusi : Universitas Indonesia dan telah dinyatakan **LULUS** untuk melaksanakan Terapi Kognitif dan Latihan Asertif pada Caregiver Pasien Penyakit Jantung.


Depok, April 2012

Pembimbing,

Penguji,



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



Novy Helena C.D., S.Kp., M.Sc



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 1989 /H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Uji Instrument Penelitian

23 April 2012

Yth. Direktur
RS Jantung Harapan Kita
Jl S. Parman
Jakarta

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


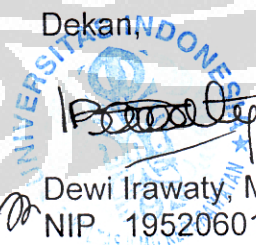
Sdr. Fitri Wijayati
NPM 1006800850

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Perubahan Kondisi Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri pada Caregiver Pasien Penyakit Jantung”**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrument penelitian di RS Jantung Harapan Kita Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,

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

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Kepala Diklat RS Jantung Harapan Kita Jakarta
3. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
4. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
5. Peninggal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

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

Nomor : 2414/H2.F12.D/PDP.04.00/2012
Lampiran :
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

22 Mei 2012

Yth. Direktur
RS Jantung Harapan Kita
Jl S. Parman
Jakarta

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


Sdr. Fitri Wijayati
NPM 1006800850

akan mengadakan penelitian dengan judul: **“Pengaruh Terapi Kognitif dan Latihan Asertif terhadap Perubahan Kondisi Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri pada Caregiver Pasien Penyakit Jantung ”**.

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

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih

Dekan,


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

Tembusan Yth. :

1. Sekretaris FIK-UI
2. Ketua Divisi Litbang RS Jantung Harapan Kita Jakarta
3. Kabag Keperawatan RS Jantung Harapan Kita Jakarta
4. Ketua Program Magister dan Spesialis FIK-UI
5. Koordinator M.A.Tesis FIK-UI
6. Peninggal

SURAT KETERANGAN
NOMOR : LB.05.01.1.4/ 527 /2012

Dengan ini kami beritahukan :

Nama : Fitri Wijayati
NPM : 1006800850
Mahasiswa dari : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
Peminatan : Keperawatan Jiwa.

Sehubungan surat saudara nomor 2414/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 22 Mei 2012 Hal Permohonan Izin Penelitian dengan judul "Pengaruh terapi kognitif dan Latihan Asertif terhadap Perubahan Kondisi Depresi dan Kemampuan Mengubah Persepsi Diri pada Caregiver pasien Penyakit Jantung" kami dapat menyetujui permohonan tersebut.

Jakarta 28 Mei 2012
PJ Admin DIVISI Penelitian dan
Pengembangan



Ns. Haningrah, SKM



MODUL
TERAPI KOGNITIF
PADA *CAREGIVER* PASIEN PENYAKIT JANTUNG

OLEH :

Tjahjanti Kristyaningsih, SKp., M.Kep., Sp.Kep. J

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

Novi Helena C. Daulima, SKp, M.Sc

Fitri Wijayati, S. Kep., Ns

PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK 2012

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Puji dan Syukur penulis panjatkan ke Hadirat Allah SWT atas RahmatNya sehingga penyusunan modul terapi kognitif pada *caregiver* pasien penyakit jantung dapat diselesaikan.

Penyusunan modul ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan *caregiver* dalam berpikir positif dan mengubah persepsi negatif menjadi positif saat memberi perawatan terhadap salah satu anggota keluarga yang sakit.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah terlibat baik langsung maupun tidak langsung selama proses penyelesaian modul ini.

Secara khusus penulis sampaikan rasa hormat dan penghargaan serta terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
2. Ketua Program Studi Pasca Sarjana Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
3. Seluruh pihak yang telah memberikan bantuan langsung maupun tidak langsung sehingga modul ini dapat terselesaikan.

Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih pada semuanya dan penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak demi kesempurnaan modul ini, sehingga dapat digunakan oleh semua *caregiver* yang merawat pasien penyakit kronik khususnya penyakit jantung. Semoga modul ini memberi manfaat bagi dunia keperawatan jiwa di Indonesia.

Depok, 20 April 2012

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	1
Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi.....	3
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	4
1.2 Tujuan.....	11
1.3 Manfaat.....	11
BAB 2 PROSES PELAKSANAAN	
2.1 Sesi 1 : Identifikasi pikiran otomatis negatif.....	12
2.2 Sesi 2 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif	18
2.3 Sesi 3 : Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif).....	23
2.4 Sesi 4 : Support system	28
BAB 3 PENUTUP	34
DAFTAR PUSTAKA	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Depresi merupakan salah satu penyakit mental yang paling sering ditemukan, dengan angka kejadian yang terus mengalami peningkatan (Stuart, 2009). Angka kejadian depresi tertinggi ditemukan pada semua pasien rawat inap yang terdiagnosa menderita penyakit fisik (Stuart, 2009). Given, *et al.* (2004, dalam Rivera, 2009) menyatakan bahwa gejala depresi pada pasien berdampak pada kondisi emosional *caregiver*, dan gejala depresi pada *caregiver* mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan gejala depresi pada pasien. Depresi menjadi salah satu gejala yang sering ditampilkan oleh *caregiver* pasien penyakit kronik. Studi terbaru bahkan menyatakan bahwa prevalensi gejala depresi sebesar 32% - 50% pada *caregiver*, yang mencapai suatu tingkat untuk terjadinya depresi klinik (Butler, *et al.*, 2005; Covinsky, *et al.*, 2003; dalam Rivera, 2009). Berdasarkan hal tersebut, tampak bahwa kejadian depresi juga dialami oleh *caregiver* pasien penyakit kronik, dan terus mengalami peningkatan.

Depresi merupakan suatu kondisi dimana seseorang merasa sedih, kecewa saat mengalami suatu perubahan, kehilangan maupun kegagalan dan menjadi patologis ketika tidak mampu beradaptasi (Townsend, 2009). Dengan kata lain, depresi merupakan suatu keadaan abnormal yang menimpa seseorang yang diakibatkan ketidakmampuan beradaptasi dengan suatu kondisi atau peristiwa yang terjadi sehingga mempengaruhi kehidupan fisik, psikis maupun sosial seseorang. Ketika seseorang mengalami depresi, biasanya diikuti dengan adanya penyimpangan pikiran atau *Cognitive Distortion*. Beck *et al.* (1979), dalam Nevid, Rathus, dan Greene (2008) menyatakan bahwa terdapat tiga model gangguan kognitif pada depresi (*The Cognitive Triad of Depression*) yaitu: (1) adanya keyakinan negatif terhadap diri sendiri, seperti merasa tidak berguna, dan tidak memiliki kemampuan untuk mencapai kebahagiaan; (2) adanya keyakinan negatif terhadap lingkungan, seperti

terpapar terus menerus terhadap kegagalan dan kehilangan serta tuntutan dari lingkungan yang tidak mungkin untuk dicapai; dan (3) adanya keyakinan negatif terhadap masa depan, seperti merasa tidak berdaya dan yakin bahwa tak ada seorangpun yang mampu mengubah keadaan menjadi lebih baik.

Depresi dapat diatasi dengan beragam terapi keperawatan spesialis yang sesuai, baik individu, keluarga maupun kelompok. Terapi yang dapat diberikan pada pasien dengan depresi adalah terapi kognitif (Beck *et al.*, 1979; Sarafino, 1998; Tarrier, 2006; Riso *et al.*, 2007; Nevid, Rathus, & Greene, 2008; Stuart, 2009; & Townsend, 2009). Menurut Freeman dan *Associates* (2005) menyatakan bahwa terapi kognitif telah menjadi salah satu model terapi yang paling utama dalam kesehatan mental dan telah diadaptasi untuk digunakan pada pasien dengan penyakit fisik. Namun, hasil studi yang dilakukan oleh Thase, Bowler, dan Harden (1991), dalam Freeman dan *Associates* (2005) menunjukkan bahwa terapi kognitif juga memberi kontribusi yang bermakna terhadap penurunan gejala depresi pada pasien tanpa penyakit fisik. Terapi kognitif merupakan suatu terapi yang bertujuan untuk mengajarkan pasien agar mampu mengubah pikiran negatif yang sering muncul dan mengganggu, sehingga dapat mencegah terjadinya gangguan mental yang lebih serius.

Terapi kognitif berbasis pada model kognitif yang menggambarkan hubungan antara persepsi individu dan interpretasi terhadap situasi, serta reaksi emosional, perilaku dan fisiologis mereka (Beck, 2002 dalam Hersen, Sledge, & *Associates*, 2002). Terapi kognitif (*Cognitive Therapy*) merupakan salah satu jenis psikoterapi yang berbasis pada konsep mengenai proses mental patologi yang bertujuan untuk memodifikasi perilaku maladaptif dan distorsi kognitif (Townsend, 2009). Terapi kognitif merupakan terapi yang berfokus pada distorsi pola pikir yang menyebabkan timbulnya gejala gangguan mental dan perasaan tidak nyaman (Fontaine, 2009). Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa terapi kognitif merupakan suatu terapi yang bertujuan untuk mengajarkan pasien agar mampu mengubah pikiran negatif

yang sering muncul dan mengganggu, sehingga dapat mencegah terjadinya gangguan mental yang lebih serius.

Menurut Beck (1995), dalam Townsend (2009), terapi kognitif ini dikembangkan untuk penderita depresi, gangguan kecemasan dan Schizophrenia. Fontaine (2009) menyatakan bahwa terapi ini menjadi terapi pilihan bagi penderita yang mengalami depresi. Freeman dan *Associates* (2005) menyatakan bahwa terapi kognitif dapat diterapkan pada pasien dengan depresi, gangguan kecemasan, *post traumatic stress disorder* (PTSD), perilaku bunuh diri, agresif, marah, nyeri kronik, dan *agoraphobia*. Hasil studi yang dilakukan oleh Beck (2002), dalam Hersen, Sledge, dan *Associates* (2002) menyatakan bahwa terapi kognitif dapat diberikan pada pasien depresi. Berdasarkan hal tersebut, maka indikasi dari terapi kognitif dapat diberikan pada:

1. Penderita depresi;
2. Gangguan kecemasan;
3. Schizophrenia;
4. *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD);
5. Perilaku bunuh diri;
6. Agresif;
7. Marah;
8. Nyeri kronik dan;
9. *Agoraphobia*.

Beck (1967), dalam Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan terapi kognitif berbasis pada prinsip teori bahwa perasaan manusia ditentukan oleh cara mereka berpikir tentang dunia dan keberadaan mereka didalamnya, dimana pikiran tersebut berkembang dari pengalaman mereka sebelumnya. Beck (1995), dalam Townsend (2009) memformulasikan prinsip terapi kognitif sebagai berikut:

1. Prinsip pertama
Terapis mengidentifikasi kejadian yang mencetuskan distorsi kognitif. Dasar dalam melaksanakan terapi kognitif ialah adanya pikiran negatif yang diungkapkan oleh pasien;
2. Prinsip kedua
Keberhasilan terapi kognitif bergantung pada kemampuan terapis untuk membina hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan terapeutik dapat terbina melalui sikap terapis yang empati, hangat, *caring*, dan menghargai martabat pasien;
3. Prinsip ketiga
Terapi kognitif menitikberatkan pada partisipasi aktif dan kerjasama antara terapis dan pasien sebagai suatu tim. Keberhasilan terapi ini tergantung bukan hanya kepada perawat sebagai terapis, namun juga pada pasien terkait berpikir positif yang harus dilatih secara berkesinambungan;
4. Prinsip keempat
Terapi kognitif merupakan terapi yang berfokus pada masalah dan berorientasi pada tujuan. Penting bagi perawat untuk mengidentifikasi secara hati-hati masalah yang dihadapi oleh pasien, agar tujuan yang diinginkan dapat tercapai;
5. Prinsip kelima
Terapi kognitif mengutamakan pada kondisi pasien saat ini. Penyelesaian masalah pasien yang dihadapi pasien berdasarkan realita yang dialami oleh pasien;
6. Prinsip keenam
Terapi kognitif bersifat mendidik dengan mengajarkan pada pasien untuk menjadi terapis bagi diri sendiri sehingga dapat mencegah kekambuhan. Terapis memberikan informasi mengenai terapi kognitif dan menjelaskan tujuan yang akan dicapai oleh pasien dan terapis;

7. Prinsip ketujuh
Terapi kognitif memiliki batas waktu (*time limited*). Pasien sering menemui terapis setiap minggu atau 2 bulan sekali, namun beberapa pasien akan meminta pertemuan secara periodik setiap beberapa bulan;
8. Prinsip kedelapan
Tatap muka dalam terapi kognitif memiliki struktur bertujuan untuk mengetahui kemajuan kondisi pasien. Struktur ini bertujuan untuk memaksimalkan penggunaan waktu terapi;
9. Prinsip kesembilan
Terapi kognitif mengajarkan pasien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan merespon pada keyakinan dan pikiran negatif mereka. Terapis membantu pasien untuk melawan pikiran, dan bukan menantang pikiran negatif secara langsung;
10. Prinsip kesepuluh
Terapi kognitif menggunakan berbagai teknik untuk mengubah pikiran, suasana hati, dan perilaku. Terapis melakukan modifikasi langsung pada pikiran negatif yang berkontribusi terhadap perilaku maladaptif terkait gangguan yang dialami.

Terapi kognitif telah menjadi teknik yang efektif digunakan pada pasien depresi. Beck, *et al.* (1979, dalam Trull, 2005) telah mengembangkan teknik terapi kognitif yang dapat digunakan pada pasien depresi sebagai berikut:

1. Menjadwalkan aktivitas untuk menekan ketidakmampuan beraktivitas dan kecenderungan tenggelam dalam perasaan depresif;
2. Meningkatkan aktivitas yang disukai;
3. Melatih kognitif dengan cara meminta pasien membayangkan setiap keberhasilan yang telah dicapai agar potensial hambatan dapat diidentifikasi dan diantisipasi;
4. Latihan asertif dan bermain peran;

5. Mengidentifikasi pikiran otomatis yang timbul selama periode depresif;
6. Menguji realitas atau keakuratan dari pikiran otomatis tersebut dengan cara menantang;
7. Mengajarkan pasien untuk tidak menyalahkan diri;
8. Menolong pasien untuk mencari solusi alternatif atas masalah yang dihadapi dan bukannya bersikap pasrah.

Menurut Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan bahwa teknik terapeutik yang perlu dilakukan oleh seorang terapis, meliputi: (1) membantu pasien mengubah cara berpikir, sehingga gejala dapat ditekan; (2) mengajarkan pasien cara untuk melawan pikiran negatif, dan menggantinya dengan pikiran positif; serta (3) mengajarkan cara mengenal distorsi pikiran yang dialami. Menurut Sadock dan Sadock (2007); Wright, Thase, dan Beck (2008) dalam Townsend (2009) menyatakan bahwa komponen utama dari terapi kognitif terdiri atas:

1. Aspek didaktik (pendidikan)
Mempersiapkan pasien untuk menjadi terapis bagi diri mereka sendiri dengan cara memberikan informasi mengenai terapi kognitif dan menjelaskan tujuan yang akan dicapai oleh pasien dan terapis;
2. Teknik kognitif
Terapis menggunakan strategi untuk membantu pasien berupa mengenali dan memodifikasi pikiran otomatis negatif;
3. Intervensi perilaku
Intervensi perilaku mengacu pada adanya hubungan antara pikiran dan perilaku, sehingga penting untuk memperhatikan perilaku yang ditampilkan oleh pasien. Intervensi perilaku ini terdiri atas: (1) menjadwalkan aktivitas; (2) memberi tugas yang wajib dilakukan oleh pasien; (3) melatih perilaku yang positif; (4) melakukan distraksi saat pikiran negatif muncul; dan (5) menggunakan beragam teknik untuk memodifikasi pikiran

negatif, seperti: teknik relaksasi, latihan asertif, latihan keterampilan sosial, serta menggunakan teknik *thought stopping*.

Menurut modul terapi kognitif yang dikembangkan dalam *Workshop Keperawatan Jiwa FIK UI* pada tahun 2008, menyatakan bahwa sesi terapi kognitif terdiri dari 4 sesi. Penjelasan keempat sesi tersebut sebagai berikut:

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

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Meningkatkan kemampuan *caregiver* pasien penyakit jantung dalam mengubah pikiran dan persepsi negatif menjadi positif.

1.2.2 Tujuan Khusus

Caregiver pasien penyakit jantung yang mendapat terapi kognitif akan mampu :

1.2.2.1 Mengidentifikasi seluruh pikiran otomatis negatif;

1.2.2.2 Menggunakan tanggapan rasional terhadap seluruh pikiran otomatis negatif;

1.2.2.3 Mengungkapkan hasil positif setelah mengikuti terapi kognitif;

1.2.2.4 Mengungkapkan adanya dukungan keluarga untuk menggunakan terapi kognitif secara mandiri.

1.3 Manfaat

Modul ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak, antara lain:

1.3.1 Bagi *caregiver*

Panduan bagi *caregiver* dalam meningkatkan kemampuan coping untuk mengatasi gejala depresi yang dirasakan saat merawat pasien dengan penyakit jantung;

1.3.2 Bagi Pasien penyakit jantung

Meningkatkan harga diri, kepuasan hidup, harapan untuk sembuh dan kesejahteraan secara umum;

1.3.3 Bagi Perawat

Panduan bagi Perawat Spesialis Jiwa dalam menurunkan gejala depresi pada *caregiver* di tatanan Rumah Sakit Umum.

BAB 2

PROSES PELAKSANAAN

2.1 Sesi 1: Identifikasi pikiran otomatis negatif

Menurut Townsend (2009) distorsi kognitif atau pikiran negatif merupakan pikiran tiba-tiba yang muncul sebagai respon terhadap suatu situasi tanpa analisa yang masuk akal. Distorsi kognitif merupakan pikiran otomatis yang sering muncul pada pasien depresi. Burns (1980), dalam Nevid, Rathus, dan Greene (2008); Varcarolis dan Halter (2010) menyatakan bahwa terdapat sepuluh jenis distorsi kognitif sebagai berikut:

1. *All or nothing thinking*
Pemikiran yang melihat segala sesuatu berwarna hitam atau putih;
2. *Overgeneralization*
Pemikiran yang menganggap bahwa segala sesuatu yang dilakukan tidak akan berhasil baik;
3. *Labelling*
Suatu karakteristik atau kejadian dijadikan sebagai standar bagi diri sendiri atau orang lain;
4. *Mental filter*
Berkonsentrasi pada suatu kejadian buruk dan membiarkannya untuk mempengaruhi yang lain;
5. *Disqualifying the positive*
Mempertahankan pandangan negatif dengan menolak informasi sehingga pandangan positif menjadi tidak akurat dan tidak relevan;
6. *Jumping to conclusions*
Membuat suatu interpretasi negatif tanpa adanya fakta yang mendukung. Distorsi ini terbagi atas: (1) *mind reading*, berupa menyimpulkan secara negatif atas motif, respon dan pikiran orang lain; dan (2) *fortune-telling error*, mengasumsikan hasil negatif sebagai sesuatu yang tidak dapat dielakkan;

7. *Magnification or minimization*
Melebih-lebihkan sesuatu seperti kegagalan ataupun kesuksesan seseorang atau sebaliknya, tidak mengakui kesuksesan ataupun kegagalan orang lain;
8. *Emotional reasoning*
Menyimpulkan sesuatu berdasarkan pada kondisi emosional yang sedang dialami;
9. *“Should” and “must” statements*
Memberanikan diri untuk memegang kontrol atas kejadian eksternal dan hal-hal yang tidak realistis;
10. *Personalization*
Merasa bertanggung jawab atas kejadian yang terjadi diluar kontrol manusia.

Beck dan Weishaar (2005) menyatakan bahwa *schemas* merupakan “struktur yang berisi asumsi dan keyakinan mendasar seseorang, yang berkembang di awal kehidupan terkait pengalaman pribadi dan identifikasi dengan orang yang berarti”. Perbedaannya dengan pikiran negatif ialah bahwa *schemas* dapat bersifat negatif atau positif yang hanya dapat dipicu oleh stimulus tertentu. Berdasarkan hal tersebut, selain mengidentifikasi pikiran negatif, terapis juga harus mengidentifikasi *schemas* pasien. Identifikasi *schemas* pasien penting dilakukan untuk membantu dalam melawan pikiran negatifnya (bila bersifat positif), dan untuk mengetahui seberapa dalam keyakinan pasien bila bersifat negatif.

Pada sesi pertama ini, *caregiver* akan dianjurkan untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang muncul selama merawat pasien penyakit jantung.

2.1.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 1

A. Tujuan

1. *Caregiver* mampu mengungkapkan pikiran-pikiran otomatis yang negatif;
2. *Caregiver* mampu memilih 1 pikiran otomatis negatif yang dirasakan paling utama (mengganggu) untuk didiskusikan dalam pertemuan saat ini;
3. *Caregiver* mampu memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif pertama;
4. *Caregiver* dapat menuliskan pikiran otomatis negatif dan tanggapan rasionalnya;
5. *Caregiver* dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah

B. Setting tempat

Caregiver dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman.

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik;
2. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk *caregiver*) dan buku kerja perawat

D. Metode

1. Sharing;
2. Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan
 - a) Membuat kontrak dengan *caregiver*;
 - b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.

2. Tahap Orientasi

a) Salam terapeutik

Perkenalkan nama dan nama panggilan terapis (pakai papan nama), dan menanyakan nama serta panggilan *caregiver*;

b) Evaluasi / Validasi

Menanyakan perasaan *caregiver* pada saat ini, Menanyakan apa yang sudah dilakukan *caregiver* untuk mengatasi perasaannya;

c) Kontrak

Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi, yaitu meningkatkan kemampuan *caregiver* mengenal pikiran otomatis negatif dan hal yang mendasari pemikiran tersebut, Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas-tugas yang harus dikerjakan *caregiver* di rumah, buku kerja yang akan digunakan *caregiver* dalam melaksanakan tugas-tugasnya, Menjelaskan jumlah pertemuan dan sesi-sesi dalam terapi, Menjelaskan bahwa pertemuan pertama berlangsung selama kurang lebih 45 – 60 menit, Menjelaskan peraturan terapi, yaitu *caregiver* duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai

3. Tahap Kerja

Terapis mengidentifikasi masalah yang dihadapi *caregiver*, Diskusikan sumber masalah, perasaan *caregiver* serta hal yang menjadi penyebab timbulnya masalah, Diskusikan pikiran-pikiran otomatis yang negatif tentang dirinya. Minta *caregiver* untuk mencatat semua pikiran otomatis yang negatif pada lembar pikiran otomatis negatif yang terdapat dalam buku catatan harian *caregiver*. Perawat mengklasifikasikan bentuk distorsi kognitif dari pikiran otomatis negatif *caregiver* dalam buku catatan perawat. Bantu *caregiver* untuk memilih satu

pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu *caregiver* dan ingin diselesaikan saat ini. Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif dengan memberi tanggapan positif (rasional) berupa aspek-aspek positif yang dimiliki *caregiver* dan minta *caregiver* mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional. Latih *caregiver* untuk menggunakan aspek-aspek positif *caregiver* untuk melawan pikiran-pikiran otomatis yang negatif dengan cara:

- a) Minta *caregiver* untuk mengingat dan mengatakan pikiran otomatis negatif;
- b) Minta *caregiver* untuk mengatakan aspek positif dalam (tentang) dirinya untuk melawan pikiran otomatis negatif tersebut;
- c) Lakukan kedua hal tersebut diatas minimal 3 kali;
- d) Evaluasi perasaan *caregiver* setelah melakukan latihan ini;
- e) Tanyakan tindakan *caregiver* yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut;
- f) Motivasi *caregiver* berlatih untuk pikiran otomatis yang lain;
- g) Memberikan pujian terhadap keberhasilan *caregiver*.

4. Tahap Terminasi

a) Evaluasi

Terapis menanyakan perasaan *caregiver* setelah menjalani terapi sesi pertama ini, Terapis memberikan pujian yang sesuai.

b) Tindak Lanjut

Menganjurkan *caregiver* untuk berlatih di rumah tentang cara melawan pikiran otomatis yang negatif dengan aspek positif yang dimiliki *caregiver* dan melakukan tindakan *caregiver* yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut, Menganjurkan *caregiver* untuk

mengidentifikasi apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif tersebut, Mengajukan *caregiver* untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi pertama ini dan minta *caregiver* untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya, Mengajukan *caregiver* untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif pertama yang belum diidentifikasi dalam pertemuan pertama ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

c) Kontrak akan datang

Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi kedua), yaitu mengevaluasi kemampuan *caregiver* dalam melaksanakan tugas-tugasnya di rumah dan berdiskusi untuk penyelesaian terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua, dan Menyepakati waktu dan tempat.

2.1.2 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Ekspresi *caregiver* pada saat terapi yang bertujuan untuk melihat pencapaian tujuan terapi.

2. Dokumentasi

Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan, Dokumentasikan rencana *caregiver* sesuai dengan yang telah dirumuskan.

DAFTAR PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF

No.	Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif

2.2 Sesi 2: Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif

Cara yang digunakan untuk melawan pikiran otomatis negatif ialah dengan menggunakan tanggapan rasional. Stuart (2009) menyatakan bahwa mekanisme koping yang digunakan untuk mengatasi distorsi kognitif ialah dengan melakukan perbandingan positif atau pengabaian selektif. Pada sesi kedua ini, *caregiver* akan dilatih untuk melakukan perbandingan positif atau menggunakan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif mereka.

2.2.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 2

A. Tujuan

1. Evaluasi kemampuan *caregiver* dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis negatif pertama yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya (Sesi 1);
2. *Caregiver* mampu memilih pikiran otomatis negatif kedua yang akan diselesaikan dalam pertemuan kedua ini;
3. *Caregiver* mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif kedua dan menuliskannya di lembar/buku catatan harian;
4. *Caregiver* mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul;
5. *Caregiver* mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis lainnya.

B. Setting tempat

Caregiver dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman.

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik;
2. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk *caregiver*) dan buku kerja perawat

D. Metode

1. Sharing;
2. Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan
 - a) Mengingatkan kontrak dengan *caregiver*;
 - b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.
2. Tahap Orientasi
 - a) Salam terapeutik
Salam dari terapis kepada *caregiver*.
 - b) Evaluasi Validasi
Menanyakan perasaan dan kondisi *caregiver* pada saat ini, Menanyakan apakah *caregiver* telah melakukan latihan secara mandiri di rumah, Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama masih muncul, waktu atau situasi munculnya pikiran otomatis tersebut, pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional yang lainnya, Menanyakan apakah *caregiver* telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian di rumah. Perawat melihat buku catatan harian *caregiver*. Menanyakan apakah *caregiver* telah mengidentifikasi pikiran otomatis kedua untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.

c) Kontrak

Menjelaskan tujuan pertemuan kedua ini adalah meningkatkan kemampuan *caregiver* dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang kedua, Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit, Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu *caregiver* duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

- a) Evaluasi kemampuan dan hambatan *caregiver* dalam membuat catatan harian di rumah;
- b) Diskusikan dengan *caregiver* untuk memilih satu pikiran otomatis negatif kedua yang ingin diselesaikan dalam pertemuan kedua ini;
- c) Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki *caregiver*) dan minta *caregiver* mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional;
- d) Latih kembali *caregiver* untuk menggunakan aspek-aspek positif *caregiver* dalam melawan pikiran otomatis negatif keduanya dengan cara yang sama seperti sesi pertama;
- e) Tanyakan tindakan *caregiver* yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif keduanya tersebut;
- f) Motivasi *caregiver* berlatih untuk pikiran otomatis yang lain;
- g) Memberikan pujian terhadap keberhasilan *caregiver*.

4. Tahap Terminasi

a) Evaluasi

Terapis menanyakan perasaan *caregiver* setelah menjalani terapi, Terapis memberikan pujian yang sesuai.

b) Tindak lanjut

Menganjurkan *caregiver* untuk berlatih di rumah tentang cara melawan pikiran otomatis negatif kedua dengan aspek positif yang dimiliki *caregiver* dan melakukan tindakan *caregiver* yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif kedua tersebut, Menganjurkan *caregiver* untuk mengidentifikasi di rumah apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif kedua tersebut, Menganjurkan *caregiver* untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi kedua ini dan minta *caregiver* untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya, Menganjurkan *caregiver* untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif kedua yang belum diidentifikasi dalam pertemuan kedua ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

c) Kontrak yang akan datang

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

2.2.2 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Ekspresi *caregiver* pada saat terapi yang bertujuan untuk melihat pencapaian tujuan terapi.

2. Dokumentasi

Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan, Dokumentasikan rencana *caregiver* sesuai dengan yang telah dirumuskan.

TANGGAPAN RASIONALKU

Hari / Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku

CATATAN HARIANKU

Hari / Tanggal	Jam	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku	Hasil

2.3 Sesi 3: Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif)

Penting bagi *caregiver* untuk mengetahui manfaat dari penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif mereka, agar *caregiver* dapat menerapkan dalam kehidupan sehari-hari dan membudaya. Pada sesi ketiga ini, *caregiver* akan diminta untuk mengungkapkan hasil yang diperoleh dalam mengikuti terapi kognitif.

2.3.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 3

A. Tujuan

1. Evaluasi kemampuan *caregiver* dalam memberi tanggapan rasional dan pembuatan catatan harian terhadap pikiran otomatis yang negatif pertama dan kedua tentang dirinya yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya;
2. *Caregiver* mampu memilih pikiran otomatis negatif ketiga yang akan diselesaikan dalam pertemuan ini;
3. *Caregiver* mampu memberikan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif ketiga tentang dirinya dan menuliskannya di lembar tanggapan rasional dalam buku catatan harian *caregiver*;
4. *Caregiver* mampu meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran otomatis yang timbul;
5. *Caregiver* mampu menuliskan kembali pembuatan catatan harian terkait dengan penyelesaian masalah dalam mengatasi pikiran otomatis negatif lainnya;
6. *Caregiver* dapat memberi tanggapan (perasaan) terhadap pelaksanaan terapi kognitif di rumah;
7. *Caregiver* dapat mengungkapkan hambatan yang ditemui dalam membuat catatan harian;
8. *Caregiver* dapat mengungkapkan hasil dan manfaat dalam mengikuti terapi kognitif;

9. *Caregiver* dapat meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah terkait dengan pikiran-pikiran otomatis negatif yang timbul.

B. Setting tempat

Caregiver dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman.

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik;
2. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk *caregiver*) dan buku kerja perawat

D. Metode

1. Sharing;
2. Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan
 - a) Mengingatkan kontrak dengan *caregiver*;
 - b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.
2. Tahap Orientasi
 - 1) Salam Terapeutik
Salam dari terapis kepada *caregiver*.
 - 2) Evaluasi Validasi
Menanyakan perasaan dan kondisi *caregiver* pada saat ini;
Menanyakan apakah *caregiver* telah melakukan latihan secara mandiri di rumah;
Menanyakan apakah pikiran otomatis negatif pertama dan kedua masih muncul, waktu atau situasi munculnya

pikiran-pikiran otomatis negatif tersebut, adakah pikiran otomatis negatif yang baru, dan tanggapan rasional lainnya;

Menanyakan apakah *caregiver* telah mencoba berlatih mandiri dalam menyelesaikan masalah dan membuat catatan harian di rumah. Perawat melihat buku catatan harian *caregiver*;

Menanyakan apakah *caregiver* telah mengidentifikasi pikiran otomatis negatif lainnya untuk didiskusikan dalam pertemuan ini.

3) Kontrak

Menjelaskan tujuan pertemuan dari sesi ketiga ini, yaitu meningkatkan kemampuan *caregiver* dalam memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif yang ketiga dan mengungkapkan hasil atau manfaat dalam mengikuti terapi;

Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit;

Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu *caregiver* duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

Evaluasi kemampuan dan hambatan *caregiver* dalam membuat catatan harian di rumah;

Diskusikan ketiga yang ingin diselesaikan dalam pertemuan ini;

Diskusikan cara melawan pikiran otomatis negatif lainnya dengan cara yang sama seperti dalam melawan pikiran otomatis negatif yang pertama/kedua yaitu dengan memberi tanggapan positif (aspek-aspek positif yang dimiliki *caregiver*) dan minta *caregiver* mencatatnya dalam lembar tanggapan rasional;

Latih kembali *caregiver* untuk menggunakan aspek-aspek positif *caregiver* dalam melawan pikiran otomatis negatif berikutnya dengan cara yang sama seperti sesi pertama/dua;

Tanyakan tindakan *caregiver* yang direncanakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut;

Diskusikan perasaan *caregiver* setelah menggunakan tahapan-tahapan dalam memberikan tanggapan rasional (melawan pikiran-pikiran otomatis yang negatif) dan beri umpan balik;

Diskusikan manfaat tanggapan rasional yang dirasakan *caregiver* dalam menyelesaikan pikiran otomatis yang timbul.;

Tanyakan apakah cara tersebut dapat menyelesaikan masalah yang timbul karena pikiran otomatisnya;

Tanyakan hambatan yang dialami *caregiver* dalam memberi tanggapan rasional dan menyelesaikan masalahnya;

Diskusikan cara mengatasi hambatan;

Anjurkan *caregiver* untuk mengungkapkan hasil yang diperoleh selama mengikuti pertemuan-pertemuan dalam terapi;

Beri reinforcement positif terhadap kemampuan *caregiver*.

4. Tahap Terminasi

a) Evaluasi

Terapis menanyakan perasaan *caregiver* setelah menjalani terapi; Terapis memberikan pujian yang sesuai.

b) Tindak Lanjut

Menganjurkan *caregiver* untuk berlatih di rumah tentang cara melawan pikiran otomatis negatif berikutnya dengan aspek positif yang dimiliki

caregiver dan melakukan rencana tindakan untuk mengatasi pikiran otomatis negatif tersebut;

Menganjurkan *caregiver* untuk mengidentifikasi di rumah apakah pikiran otomatis negatif yang telah didiskusikan masih muncul dalam pemikirannya dan catat waktu/situasi timbulnya pikiran negatif ketiga tersebut;

Menganjurkan *caregiver* untuk mengidentifikasi pikiran-pikiran otomatis negatif lainnya yang belum diidentifikasi dalam sesi ketiga ini dan minta *caregiver* untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya;

Menganjurkan *caregiver* untuk mengidentifikasi aspek-aspek positif lainnya dalam menanggapi pikiran otomatis negatif tersebut yang belum diidentifikasi dalam pertemuan ini dan mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

c) Kontrak yang akan datang

Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi keempat), yaitu mengevaluasi kemampuan *caregiver* dalam melaksanakan tugasnya, berdiskusi bersama keluarga untuk mendapatkan dukungan keluarga dalam melakukan terapi kognitif secara mandiri di rumah; Menyepakati waktu dan tempat.

2.3.2 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Ekspresi *caregiver* pada saat terapi yang bertujuan untuk melihat pencapaian tujuan terapi.

2. Dokumentasi

Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan, Dokumentasikan rencana *caregiver* sesuai dengan yang telah dirumuskan.

CATATAN HARIANKU

Hari/ Tanggal	Jam	Manfaat yang kuperoleh

2.4 Sesi 4: *Support system*

Caregiver dalam melakukan tugas perawatan, membutuhkan dukungan dari anggota keluarga lainnya. Penguatan positif yang diberikan merupakan bentuk dukungan yang diharapkan mampu mencegah terjadinya kondisi depresi pada *caregiver*. Pada sesi keempat dari terapi ini, *caregiver* diminta untuk memberdayakan sistem pendukung keluarga untuk membantu mereka dalam menghadapi kondisi yang penuh tekanan.

2.4.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 4

A. Tujuan

1. Meningkatkan komunikasi perawat dengan *caregiver* dan keluarga;
2. *Caregiver* mendapat dukungan (*support system*) dari keluarga;
3. Keluarga menjadi sistem pendukung bagi *caregiver*.

B. Setting tempat

Caregiver dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman.

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik;
2. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk *caregiver*) dan buku kerja perawat

D. Metode

1. Sharing;
2. Diskusi dan tanya jawab

E. Langkah-langkah

1. Persiapan
 - a) Mengingatkan kontrak dengan *caregiver* dan keluarga;
 - b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.

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

3. Tahap Kerja

- a) Jelaskan pada keluarga tentang pengertian, tujuan dan manfaat terapi kognitif bagi *caregiver*;
- b) Jelaskan pada keluarga tentang pelaksanaan terapi kognitif yang telah dilakukan *caregiver* termasuk pembuatan catatan hariannya;
- c) Minta *caregiver* untuk menjelaskan pada keluarga tentang pikiran-pikiran negatif yang dirasakan, cara mengatasi/melawan pikiran tersebut, pembuatan catatan harian, dan manfaat hasil yang dirasakan *caregiver* dalam menjalani terapi kognitif;
- d) Libatkan keluarga dalam mengidentifikasi perilaku *caregiver* sebelum, selama dan sesudah mengikuti terapi kognitif;
- e) Diskusikan dengan keluarga kemampuan yang telah dimiliki *caregiver*;
- f) Anjurkan keluarga untuk siap mendengarkan masalah-masalah (pikiran-pikiran negatif) yang dialami *caregiver*;
- g) Libatkan keluarga dalam diskusi untuk membantu penyelesaian masalah yang telah dilakukan *caregiver*;
- h) Beri *reinforcement* positif terhadap kemampuan *caregiver* dan keluarga.

4. Tahap Terminasi

- a) Evaluasi
Terapis menanyakan perasaan *caregiver* dan keluarga setelah menjalani terapi; Terapis memberikan pujian yang sesuai.

b) Tindak Lanjut

Menganjurkan keluarga untuk mengingatkan *caregiver* dalam melaksanakan tugas-tugas mandiri yang telah dibuat bersama perawat dalam pertemuan sebelumnya.

c) Kontrak yang akan datang

Membuat kesepakatan dengan keluarga untuk dapat menjadi *support system* bagi *caregiver*; Menyepakati waktu dan tempat.

2.4.2 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Ekspresi *caregiver* pada saat terapi yang bertujuan untuk melihat pencapaian tujuan terapi.

2. Dokumentasi

Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan, Dokumentasikan rencana *caregiver* sesuai dengan yang telah dirumuskan.

CATATAN HARIANKU

Hari/ Tanggal	Jam	Dukungan kuperoleh dari:

E. Evaluasi Akhir

Evaluasi akhir kemampuan *caregiver* dalam melaksanakan terapi kognitif secara mandiri.

No	Aspek yang dinilai	Tanggal	
1	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif		
2	Mengungkapkan alasan		
3	Mengungkapkan tanggapan rasional		
4	Mengungkapkan hasil/manfaat terapi		
5	Membuat catatan harian		
6	Mengungkapkan dukungan dalam membantu pasien		
7	Memberi pujian terhadap perilaku positif pasien		

BAB 3

PENUTUP

Caregiver pasien penyakit jantung merupakan salah satu anggota keluarga yang bertanggung jawab terhadap perawatan pasien. Penyakit jantung merupakan salah satu penyakit kronik yang identik dengan lama rawat yang berdurasi panjang, serta cenderung terjadi serangan mendadak yang mampu membuat *caregiver* mengalami kondisi depresi. Depresi menyebabkan *caregiver* memiliki pikiran otomatis negatif dan persepsi negatif terhadap situasi yang dihadapi.

Rumah sakit umum yang identik dengan fokus pelayanan pada pasien yang menderita penyakit fisik, perlu mempertimbangkan akan perluasan fokus pelayanan pada *caregiver* yang berasal dari keluarga pasien. Diharapkan masyarakat umum seperti *caregiver* juga mendapat perhatian atas keluhan-keluhan yang mereka rasakan. Beberapa terapi keperawatan spesialis jiwa dapat diberikan pada *caregiver* yang mengalami depresi. Salah satu terapi yang tepat diberikan pada *caregiver* yang mengalami depresi ialah terapi kognitif.

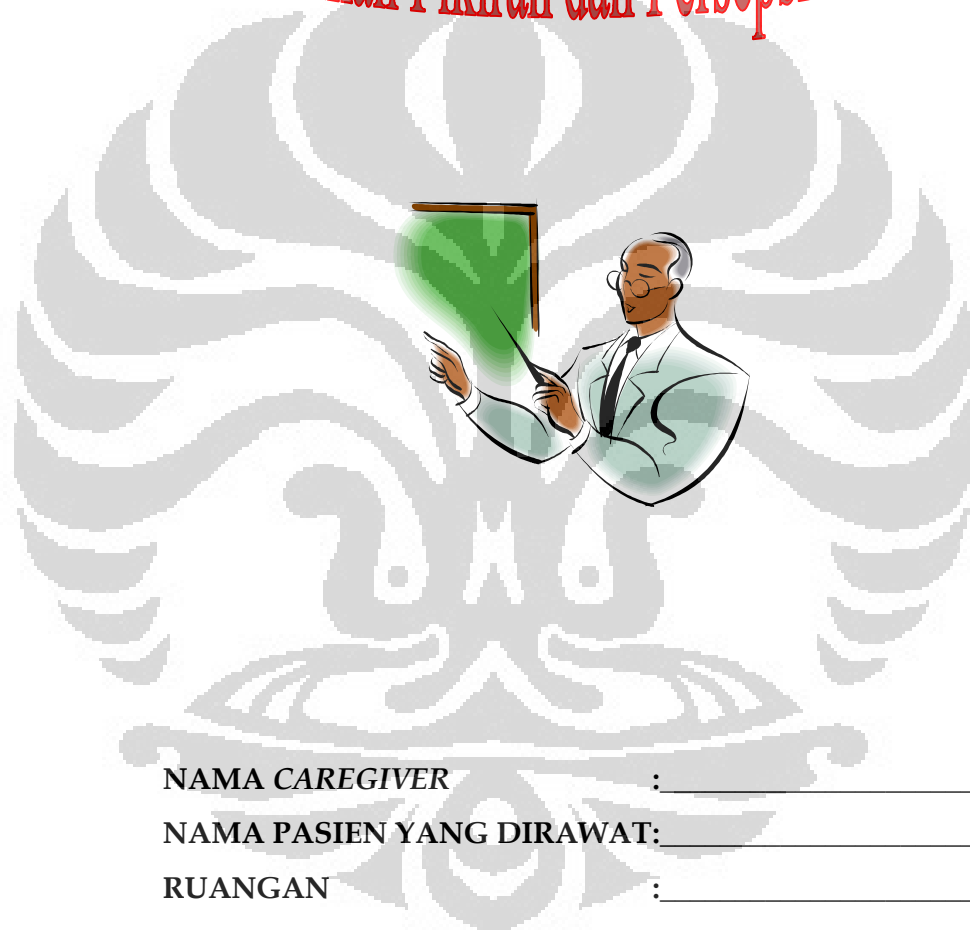
Terapi kognitif merupakan suatu terapi yang bertujuan untuk mengajarkan pasien agar mampu mengubah pikiran negatif yang sering muncul dan mengganggu, sehingga dapat mencegah terjadinya gangguan mental yang lebih serius. Selain itu, terapi kognitif juga mampu membantu *caregiver* mengubah persepsi negatif terhadap tugas merawat, serta mengubah perilaku yang maladaptif yang mungkin timbul saat dihadapkan pada situasi perawatan yang lama dan identik dengan serangan mendadak yang bisa berakibat fatal. *Caregiver* yang menunjukkan kemampuan mengontrol pikiran negatif dan mengubah persepsi diri akan mampu beradaptasi terhadap situasi dan kondisi yang penuh tekanan, seperti saat merawat pasien dengan penyakit jantung.

DAFTAR PUSTAKA

- Freeman, A. and Association. (2005). *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. USA: Springer Science+Business Media, Inc.
- Hersen, M., Sledge, W., and Association. (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy*, (volume 1). USA: Elsevier Science.
- Kristyaningsih, T. (2009). *Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Perubahan Harga Diri dan Kondisi Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RSUP Fatmawati*. Jakarta: FIK UI (tidak dipublikasikan).
- Mansour, A.M.H, Puskar, K. & Bandak, A.G. (2009). *Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Depressive Symptomatology, Stress and Coping Strategies among Jordanian University Students*. *Issues in Mental Health Nursing*, 30: 188-196.
- NANDA- International. (2009). *Nursing Diagnoses: Definition & Classification*. UK: Wiley-Blackwell.
- Nevid, J.S., Rathus, S.A., & Greene, B. (2008). *Abnormal Psychology in A Changing World*. 7th Edition. New Jersey: Pearson-Prentice Hall
- Rodrigue, J.R., Widows, M.R., and Baz, M.A., (2006). *Caregivers of Lung transplants candidates: do they benefit when the patient is receiving psychological services?*. *Progress in Transplantation* (volume 16), 336-342.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th ed.). Canada: Mosby, Inc.
- Townsend, M.C., (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, (6th ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.
- Trull, T.J, (2005). *Clinical Psychology*, (7th ed.). USA: Thomson Learning, Inc.
- Varcarolis, E.M. and Halter, M.J., (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*, (6th ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Workshop Keperawatan Jiwa FIK – UI, (2007). *Kumpulan Terapi Individu*. Jakarta: FIK – UI (Tidak dipublikasikan).

BUKU KERJA CAREGIVER

Positifkan Pikiran dan Persepsi Anda!



NAMA CAREGIVER : _____

NAMA PASIEN YANG DIRAWAT: _____

RUANGAN : _____

**BUKU KERJA
CAREGIVER**

POSITIFKAN PIKIRAN DAN PERSEPSI ANDA!

TIM PENYUSUN

**Ns. Fitri Wijayati, S.Kep
Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.APP.Sc**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2012**

DAFTAR ISI

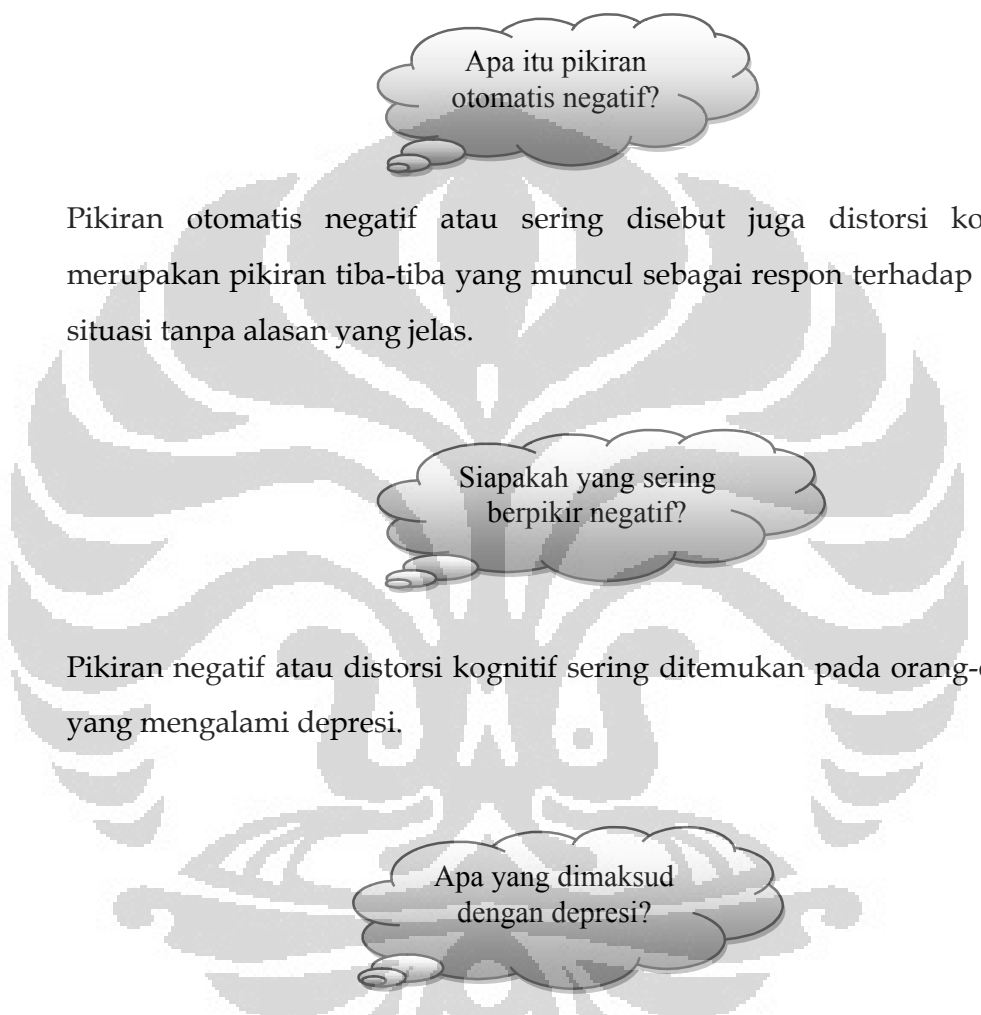
Halaman Sampul	1
Halaman Judul	2
Daftar Isi	3

PELAKSANAAN

Sesi 1 : Identifikasi pikiran otomatis negatif.....	4
Sesi 2 : Penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif.....	6
Sesi 3 : Manfaat tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis yang negatif (ungkapan hasil dalam mengikuti terapi kognitif).....	8
Sesi 4 : <i>Support system</i>	9

TERAPI KOGNITIF UNTUK MELATIH KEMAMPUAN MENGUBAH PIKIRAN DAN PERSEPSI NEGATIF PADA *CAREGIVER* PASIEN PENYAKIT JANTUNG

SESI 1: IDENTIFIKASI PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF



Apa itu pikiran otomatis negatif?

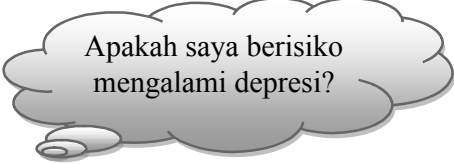
Pikiran otomatis negatif atau sering disebut juga distorsi kognitif merupakan pikiran tiba-tiba yang muncul sebagai respon terhadap suatu situasi tanpa alasan yang jelas.

Siapakah yang sering berpikir negatif?

Pikiran negatif atau distorsi kognitif sering ditemukan pada orang-orang yang mengalami depresi.

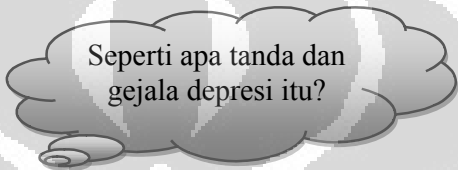
Apa yang dimaksud dengan depresi?

Depresi merupakan suatu keadaan tidak normal yang menimpa seseorang yang diakibatkan ketidakmampuan beradaptasi dengan suatu kondisi atau peristiwa yang terjadi sehingga mempengaruhi kehidupan fisik, psikis maupun sosial seseorang.



Apakah saya berisiko mengalami depresi?

Merawat anggota keluarga yang sakit dapat memicu terjadinya kondisi depresi akibat adanya perubahan peran, kebiasaan dan emosi yang berlangsung lama. Penyakit jantung merupakan suatu penyakit yang berlangsung lama dan identik dengan serangan mendadak yang dapat berakibat fatal.



Seperti apa tanda dan gejala depresi itu?

Orang yang mengalami depresi akan menunjukkan gejala seperti:

1. Merasa sedih dan kesepian;
2. Kehilangan minat dan berkurangnya energi;
3. Gangguan tidur;
4. Nafsu makan berkurang;
5. Kecemasan;
6. Sering mengkritik diri sendiri;
7. Menghindar;
8. Menarik diri.

SESI 2: PENGGUNAAN TANGGAPAN RASIONAL TERHADAP PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF

Cara yang digunakan untuk melawan pikiran otomatis negatif ialah dengan menggunakan tanggapan rasional. Tanggapan rasional merupakan perbandingan positif yang dipikirkan untuk melawan pikiran otomatis negatif.

TANGGAPAN RASIONALKU

Hari/ Tanggal	Daftar Pikiran Otomatis yang Negatif	Tanggapan Rasionalku

SESI 3: MANFAAT TANGGAPAN RASIONAL TERHADAP PIKIRAN OTOMATIS NEGATIF (UNGKAPAN HASIL DALAM MENGIKUTI TERAPI KOGNITIF)

Penting bagi *caregiver* untuk mengetahui manfaat dari penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif mereka, agar *caregiver* dapat menerapkan dalam kehidupan sehari-hari dan membudaya.

CATATAN HARIANKU

Hari / Tanggal	Jam	Manfaat yang kuperoleh

SESI 4: SUPPORT SYSTEM

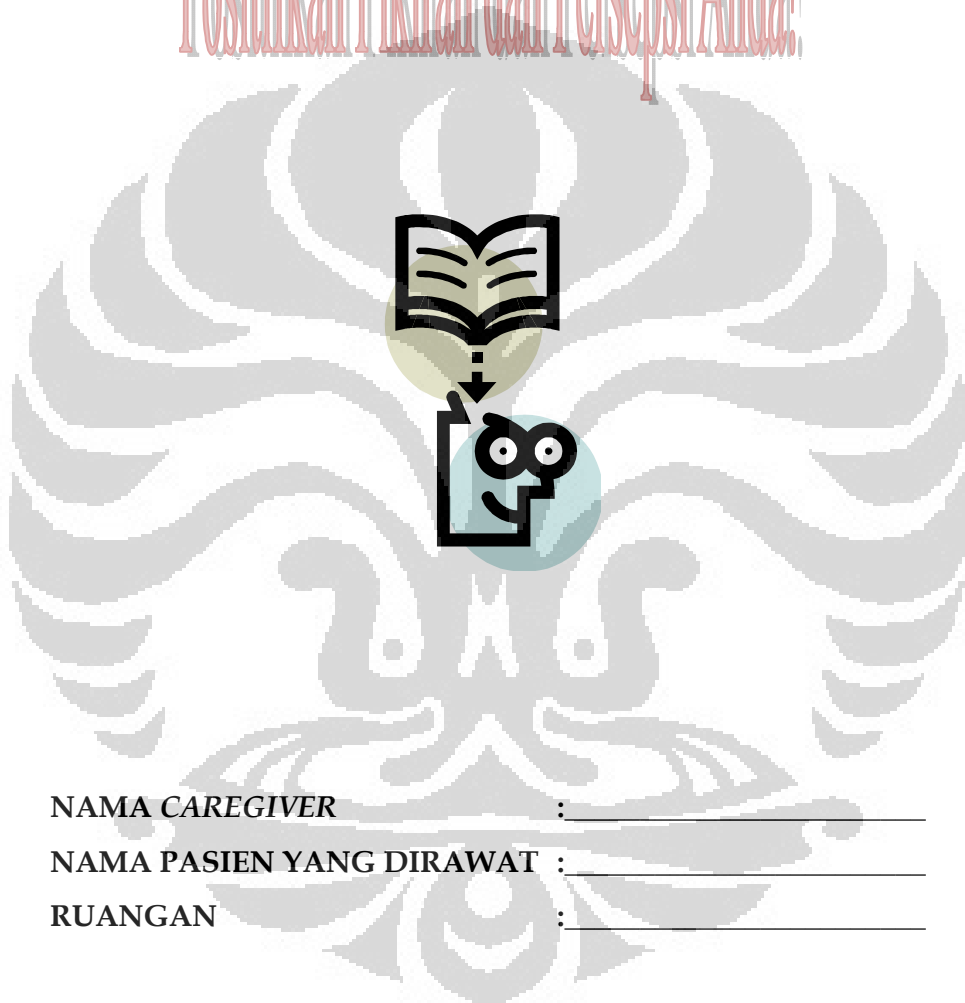
Caregiver dalam melakukan tugas perawatan, membutuhkan dukungan dari anggota keluarga lainnya. Penguatan positif seperti pujian yang diberikan merupakan bentuk dukungan yang diharapkan mampu mencegah terjadinya kondisi depresi pada *caregiver*.

CATATAN HARIANKU

Hari / Tanggal	Jam	Dukungan kuperoleh dari:

BUKU EVALUASI CAREGIVER

Positifkan Pikiran dan Persepsi Anda!



NAMA CAREGIVER : _____

NAMA PASIEN YANG DIRAWAT : _____

RUANGAN : _____

**BUKU EVALUASI
CAREGIVER**

Positifkan Pikiran dan Persepsi Anda!

TIM PENYUSUN

Tjahjanti Kristyaningsih, SKp., M.Kep., Sp.Kep. J

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

Novi Helena C. Daulima, SKp, M.Sc

Fitri Wijayati, S. Kep., Ns

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2012**

EVALUASI AKHIR

Hari :

Waktu :

No	Aspek yang dinilai	Tanggal				
1	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif					
2	Mengungkapkan alasan					
3	Mengungkapkan tanggapan rasional					
4	Mengungkapkan hasil/manfaat terapi					
5	Membuat catatan harian					
6	Mengungkapkan adanya dukungan dari keluarga					



MODUL
LATIHAN ASERTIF
PADA *CAREGIVER* PASIEN PENYAKIT JANTUNG

OLEH :

Fitri Wijayati, S. Kep., Ns
Prof. Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc.

PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK 2012

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Puji dan Syukur penulis panjatkan ke Hadirat Allah SWT atas RahmatNya sehingga penyusunan modul latihan asertif pada *caregiver* pasien penyakit jantung dapat diselesaikan.

Penyusunan modul ini bertujuan untuk meningkatkan kemampuan *caregiver* dalam berperilaku dan berkomunikasi secara asertif saat memberi perawatan terhadap salah satu anggota keluarga yang sakit.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah terlibat baik langsung maupun tidak langsung selama proses penyelesaian modul ini.

Secara khusus penulis sampaikan rasa hormat dan penghargaan serta terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
2. Ketua Program Studi Pasca Sarjana Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
3. Seluruh pihak yang telah memberikan bantuan langsung maupun tidak langsung sehingga modul ini dapat terselesaikan.

Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih pada semuanya dan penulis mengharapkan masukan dari berbagai pihak demi kesempurnaan modul ini, sehingga dapat digunakan oleh semua *caregiver* yang merawat pasien penyakit kronik khususnya penyakit jantung. Semoga modul ini memberi manfaat bagi dunia keperawatan jiwa di Indonesia.

Depok, 20 April 2012

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

Halaman Sampul.....	1
Kata Pengantar.....	2
Daftar Isi.....	3
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	4
1.2 Tujuan.....	7
1.3 Manfaat.....	7
BAB 2 PROSES PELAKSANAAN	
2.1 Sesi 1 : Pengenalan konsep teori latihan asertif, pemahaman dan klasifikasi dari perilaku asertif, serta hak dasar manusia.....	8
2.2 Sesi 2 : Pengembangan dan peningkatan keterampilan mendengar dan bertanya serta memahami konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif.....	16
2.3 Sesi 3 : Menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta.....	20
2.4 Sesi 4 : Berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati....	24
BAB 3 PENUTUP	28
DAFTAR PUSTAKA	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Depresi merupakan salah satu penyakit mental yang paling sering ditemukan, dengan angka kejadian yang terus mengalami peningkatan (Stuart, 2009). Angka kejadian depresi tertinggi ditemukan pada semua pasien rawat inap yang terdiagnosa menderita penyakit fisik (Stuart, 2009). Given, *et al.* (2004, dalam Rivera, 2009) menyatakan bahwa gejala depresi pada pasien berdampak pada kondisi emosional *caregiver*, dan gejala depresi pada *caregiver* mengalami peningkatan seiring dengan peningkatan gejala depresi pada pasien. Depresi menjadi salah satu gejala yang sering ditampilkan oleh *caregiver* pasien penyakit kronik. Studi terbaru bahkan menyatakan bahwa prevalensi gejala depresi sebesar 32% - 50% pada *caregiver*, yang mencapai suatu tingkat untuk terjadinya depresi klinik (Butler, *et al.*, 2005; Covinsky, *et al.*, 2003; dalam Rivera, 2009).

Depresi dikaitkan dengan adanya persepsi dan interpretasi negatif seseorang terhadap informasi tertentu (Pietromonaco, 1983). Depresi merupakan suatu kondisi dimana seseorang merasa sedih, kecewa saat mengalami suatu perubahan, kehilangan maupun kegagalan dan menjadi patologis ketika tidak mampu beradaptasi (Townsend, 2009). Hasil studi yang dilakukan oleh Petty, *et al.* (2004, dalam Şahin, Batigün, & Koç, 2011) menemukan bahwa individu yang mengalami depresi tidak mampu mengatasi rasa marah secara efektif. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa depresi dihubungkan dengan adanya persepsi negatif seseorang terhadap sesuatu, dan juga dapat menyebabkan timbulnya rasa marah yang tidak dapat diatasi dengan baik.

Depresi dapat diatasi dengan beragam terapi keperawatan spesialis yang sesuai, baik individu, keluarga maupun kelompok. Latihan asertif (*Assertiveness Training*) merupakan salah satu intervensi keperawatan yang

digunakan untuk mengatasi beberapa perilaku maladaptif yang ditampilkan oleh pasien dengan depresi. Menurut Townsend (2009) latihan asertif merupakan salah satu terapi keperawatan spesialis yang dapat diberikan untuk pasien depresi. Asertif (*Assertiveness*) didefinisikan sebagai bentuk penghargaan terhadap diri sendiri maupun orang lain dengan menyatakan pendapat yang dimiliki sehingga membuat orang lain mengetahui perasaan, keinginan dan kebutuhan individu (NiCarthy, *et al.*, 1993 dalam Hinkelman, 2004). Menurut Aschen (1997; Alberti & Emmons, 2001; dalam Lin, *et al.*, 2008) menyatakan bahwa latihan asertif (*Assertiveness Training*) merupakan suatu teknik yang bertujuan untuk membantu individu mengubah persepsi diri, meningkatkan perilaku asertif, mengekspresikan pikiran dan emosi secara adekuat dan untuk membangun kepercayaan diri. Latihan asertif merupakan salah satu intervensi keperawatan yang berupa strategi preventif untuk mengatur perilaku agresif (Stuart, 2009). Dari pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa latihan asertif merupakan salah satu teknik yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan menyatakan pendapat sehingga dapat meningkatkan kepercayaan diri sendiri dengan tetap menghargai hak orang lain.

Hasil studi yang dilakukan oleh Epstein, Degiovanni, dan Jayne-Lazarus (1978, dalam Hijazi, 2008) menunjukkan bahwa latihan asertif dapat meningkatkan penerimaan diri (*self-acceptance*) dan secara signifikan menurunkan tingkat kecemasan. Studi berikutnya yang dilakukan Hayman dan Cope (1980, dalam Hijazi, 2008) pada 26 orang wanita yang menderita depresi sedang, menyatakan bahwa latihan asertif menurunkan tingkat depresi secara signifikan. Menurut Lin, *et al.* (2008) menyatakan bahwa latihan asertif (*Assertiveness Training*) pada pasien depresi dapat membantu mengubah persepsi diri, membantu penderita mengekspresikan pikiran dan emosi secara adekuat, membangun rasa percaya diri dan meningkatkan keasertifan pasien. Terapi ini juga sangat berguna bagi pasien dengan gangguan kecemasan atau gangguan penyesuaian. Hasil studi menunjukkan hasil bahwa latihan asertif dapat meningkatkan harga diri (Brown &

Carmichael, 1992, dalam Lin, *et al.*, 2008), meningkatkan konsep diri (Franzke, 1987, dalam Lin, *et al.* 2008), dan menurunkan kecemasan sosial (Olivares & Garcia, 2001, dalam Lin, *et al.* 2008) pada pasien dengan gangguan mental. Studi yang dilakukan oleh Poyrazli, *et al.* (2002, dalam Hinkelman, 2004) menunjukkan bahwa latihan asertif berkorelasi dengan *self-efficacy* akademik, penyesuaian, dan menurunkan tingkat kesepian diantara mahasiswa internasional di Amerika Serikat. Berdasarkan hal tersebut diatas, maka dapat disimpulkan bahwa indikasi latihan asertif sebagai berikut:

1. Pasien depresi;
2. Gangguan kecemasan;
3. Gangguan penyesuaian;
4. Harga diri rendah;
5. *Social anxiety*;
6. Agresif; dan
7. Perilaku kekerasan.

Menurut studi yang dilakukan oleh Lin, *et al.* (2004, dalam Lin, *et al.*, 2008) menggambarkan teknik dari latihan asertif terdiri dari delapan (8) sesi atau pertemuan yang telah distandarisasi yang terdiri dari:

1. Pengenalan konsep teori latihan asertif, pemahaman dan klasifikasi dari perilaku asertif;
2. Pengenalan dan klarifikasi terhadap hak dasar manusia;
3. Pengembangan dan peningkatan keterampilan mendengar dan bertanya;
4. Memahami konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif;
5. Menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas;
6. Mempelajari seni menolak dan meminta;
7. Berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal asertif;
8. Latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Meningkatkan kemampuan *caregiver* pasien penyakit jantung dalam berperilaku asertif.

1.2.2 Tujuan Khusus

Caregiver pasien penyakit jantung yang mendapat latihan asertif akan mampu :

1.2.2.1 Mengetahui konsep teori latihan asertif, klasifikasi dari perilaku asertif, dan hak dasar manusia;

1.2.2.2 Mengembangkan dan meningkatkan keterampilan mendengar dan bertanya, serta memahami konsep harga diri serta keterkaitannya dengan latihan asertif;

1.2.2.3 Menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas, serta mengetahui seni menolak dan meminta yang baik;

1.2.2.4 Mendemonstrasikan teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, memberi dan menerima pujian serta bersikap empati.

1.3 Manfaat

Modul ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak, antara lain:

1.3.1 Bagi *caregiver*

Panduan bagi *caregiver* dalam meningkatkan kemampuan coping untuk mengatasi gejala depresi yang dirasakan saat merawat pasien dengan penyakit jantung;

1.3.2 Bagi Pasien penyakit jantung

Meningkatkan harga diri, kepuasan hidup, harapan untuk sembuh dan kesejahteraan secara umum;

1.3.3 Bagi Perawat

Panduan bagi Perawat Spesialis Jiwa dalam menurunkan gejala depresi pada *caregiver* di tatanan Rumah Sakit Umum.

BAB 2 PROSES PELAKSANAAN

2.1 Sesi 1 : Pengenalan konsep teori latihan asertif, pemahaman dan klasifikasi dari perilaku asertif, serta hak dasar manusia

Caregiver yang merawat pasien penyakit jantung merupakan tumpuan bagi pasien yang sedang berada dalam kondisi sakit dan tidak berdaya. Pasien yang menderita penyakit jantung menjadi ketergantungan terhadap *caregiver* dalam jangka waktu yang tidak singkat. Perawatan jangka panjang yang dilakukan oleh *caregiver* menyebabkan terjadinya berbagai perubahan kebiasaan dan peran yang mesti dijalani oleh *caregiver*. Tugas merawat itu sendiri merupakan suatu kondisi penuh tekanan bagi *caregiver*. Namun, perlu diingat bahwa pasien membutuhkan perawatan yang semestinya bagi diri mereka, baik secara fisik maupun psikologis. Oleh karena itu, penting bagi *caregiver* untuk mengetahui dan memahami hak-hak dasar manusia, perilaku asertif, serta konsep teori latihan asertif bagi peningkatan dan perkembangan perilaku asertif *caregiver* yang berujung pada terhindarnya mereka dari kondisi depresi.

1. Elemen Dasar Perilaku Asertif

Alberti dan Emmons (1982, dalam Burnard, 1997) menyatakan bahwa terdapat 4 (empat) elemen dasar dalam perilaku asertif:

- a. Niat
Individu yang asertif tidak akan menyakiti orang lain saat menyatakan kebutuhan atau keinginannya.
- b. Perilaku
Perilaku asertif akan dinilai atau dievaluasi oleh seorang pengamat yang obyektif, yang bersifat jujur, langsung, ekspresif dan tidak merugikan orang lain.
- c. Efek
Efek yang ditimbulkan dari perilaku asertif ialah berupa pesan langsung dan tidak merugikan atau menyakiti orang lain.
- d. Konteks sosiokultural

Perilaku disesuaikan dengan budaya dan lingkungan, meskipun di tempat lain akan dinilai tidak asertif.

Alberti dan Emmons (1995, dalam Santrock, 2005) menyatakan bahwa perilaku asertif dapat membangun hubungan yang sejajar antar manusia. Perilaku asertif merupakan bentuk perilaku yang bertujuan untuk meningkatkan persamaan dalam hubungan antar manusia, memungkinkan untuk melakukan yang terbaik, meningkatkan harga diri, mengekspresikan perasaan jujur secara nyaman dan untuk melatih mengungkapkan hak pribadi tanpa mengabaikan hak orang lain (Alberti & Emmons, 2001, dalam Townsend, 2009). Perilaku asertif merupakan salah satu bentuk dari komunikasi yang ideal, dimana individu mengekspresikan perasaan, membuat permintaan, dan menolak hal-hal yang tidak ingin dilakukan (Santrock, 2005). Townsend (2009) menggambarkan beberapa teknik untuk meningkatkan perilaku asertif, yaitu :

1. ***Standing up for one's basic human rights***

Membangkitkan salah satu hak kita sebagai manusia, misalnya dengan berkata “saya berhak untuk mengemukakan pendapat”;

2. ***Assuming responsibility for one's own statements***

Mengangkat pernyataan diri sendiri, misalnya; “saya tidak mau memberikanmu rokok” daripada “saya tidak bisa memberikanmu rokok”. Kalimat terakhir menandakan ketidakmampuan;

3. ***Responding as a broken record***

Mengulangi dengan suara tenang apa yang diinginkan secara terus-menerus atau biasa disebut “respon rekaman rusak”. Misalnya saat seseorang meminta sesuatu kepada kita, maka kita akan berespon dengan mengulangi kalimat yang sama.

A: “Saya ingin meminta rokok”.

B: “Saya tidak punya rokok”.

A:”Saya tidak percaya jika kamu tidak punya rokok”.

B: “Saya tidak punya rokok”.

4. *Aggreing assertively*

Secara asertif menerima aspek negatif tentang diri sendiri dan mengakui saat melakukan kesalahan. Misalnya :

A: “Kau yakin tidak ingin menemaniku ke ruang pemeriksaan?”

B: “Ya, saya tidak mampu melakukannya”.

5. *Inquiring assertively*

Mencari informasi tambahan mengenai pernyataan kritis.

A: “Tingkah lakumu tampak sangat bodoh saat berbicara dengan dokter semalam”

B: “Benarkah?, perilaku seperti apa yang saya lakukan yang membuatmu terganggu?”.

A: “Terserah”

B: “Apakah kau merasa terganggu saat saya mengungkapkan keyakinan saya atau apakah karena keyakinan saya bertolak belakang dengan keyakinanmu?”.

6. *Shifting from content to process*

Mengubah topik pembicaraan untuk menganalisis apa yang sebenarnya terjadi dalam interaksi.

Istri : “Maukah kau minum obat sekarang?”.

Suami : “Menjauhlah dariku”.

Istri : “Kedengarannya kita perlu mendiskusikan hal ini, apa yang membuatmu kelihatan sangat marah?”.

7. *Clouding/fogging*

Menyetujui kritik yang diperoleh tanpa menjadi defensif dan tanpa pernyataan setuju untuk berubah.

A: “Kau tidak pernah menjengukku sejak saya berada di sini, saya tidak tahu mengapa kau bisa seperti itu”.

B: “Kau benar, saya tidak pernah menjengukmu sejak kau berada disini”;

8. *Defusing*

Menghentikan pembicaraan dengan orang yang sedang marah sampai ia menjadi lebih tenang, misalnya:

“Kau sangat marah saat ini, saya tidak ingin membicarakan hal ini denganmu disaat kau sangat marah. Saya akan membahasnya denganmu sebentar sore saja”.

9. *Delaying assertively*

Menunda pembicaraan lebih jauh dengan orang lain sampai salah satu menjadi lebih tenang, misalnya:

“Kau telah melakukan sesuatu yang cukup berani, saya butuh waktu untuk memikirkannya. Saya akan menemuimu sebentar sore”;

10. *Responding assertively with irony*

A: “Saya kira kau salah satu dari mereka yang disebut dengan orang yang tidak tahu diuntung”.

B: “Ya, terima kasih karena telah mengingatkan”.

Beberapa teknik untuk meningkatkan perilaku asertif tersebut diatas dapat membantu *caregiver* saat berkomunikasi dengan pasien. Selain itu, *caregiver* juga perlu mengetahui hak-hak dasar pasien sebagai manusia yang harus dihargai. Townsend (2009) menyatakan bahwa hak-hak dasar seorang manusia (*Basic Human Rights*) perlu diketahui agar *caregiver* sebagai target yang akan memperoleh latihan asertif memperoleh pemahaman mengenai beragam jenis hak asertif. Pemahaman akan hak-hak dasar manusia diharapkan akan berdampak terhadap peningkatan perilaku asertif. Adapun hak-hak tersebut ialah :

1. Hak untuk diperlakukan dengan hormat;
2. Hak untuk mengemukakan pendapat, keyakinan dan perasaan;
3. Hak untuk berkata “tidak” tanpa merasa bersalah;
4. Hak untuk melakukan kesalahan dan bertanggung jawab atas kesalahan tersebut;
5. Hak untuk didengar dan diperhatikan secara serius;
6. Hak untuk berubah pikiran;
7. Hak untuk meminta apa yang diinginkan;
8. Hak untuk sesekali menjadi yang pertama;
9. Hak untuk mengatur prioritas diri sendiri;

10. Hak untuk melakukan justifikasi atas penolakan terkait perasaan atau perilaku diri.

Townsend (2009) menyatakan komponen perilaku asertif sebagai berikut:

1. Kontak Mata
Kontak mata yang sesuai ialah yang langsung dan tidak menetap. Seseorang akan merasa tidak nyaman saat ditatap terus menerus dan intens. Kontak mata tidak menetap menunjukkan bahwa seseorang tertarik dengan pesan yang disampaikan oleh orang lain;
2. Sikap Tubuh
Duduk bersandar atau berdiri berhadapan dengan posisi tegak menunjukkan seseorang secara aktif tertarik dengan percakapan. Mundur dengan tiba-tiba menunjukkan sikap pasif atau non asertif;
3. Jarak/Kontak Fisik
Jarak personal antar teman atau anggota keluarga berkisar 2-4 kaki atau sekitar
4. Gerak-gerak
Menekankan pada kehangatan, kedalaman dan kekuatan kata-kata yang diucapkan;
5. Ekspresi Wajah
Sesuai dengan pesan verbal;
6. Suara
Suara menggambarkan pesan yang disampaikan, yakni keras, lembut, derajat dan penempatan penekanan suara serta adanya nada emosi;
7. Kelancaran Berbicara
Mampu mendiskusikan suatu subyek dengan mudah dan dengan pengetahuan jelas menunjukkan *assertiveness* dan kepercayaan diri;
8. Waktu
Respon asertif dianggap efektif bila dilakukan secara spontan dan segera;
9. Mendengarkan

Menunjukkan seseorang memberi perhatian penuh pada orang lain, dapat dilakukan dengan membuat kontak mata, mendengarkan apa yang diucapkan dan butuh waktu untuk memahami sebelum memberi respon;

10. Pikiran

Proses kognitif mempengaruhi perilaku asertif seseorang, yakni; sikap seseorang mengenai kesesuaian dari perilaku asertif dan kesesuaian dari perilaku asertif bagi dirinya sendiri;

11. Isi Bicara

Seringkali seseorang tidak berespon terhadap suatu situasi tidak menyenangkan karena tidak mengetahui apa yang ingin dikatakan. Emosi seharusnya diekspresikan ketika dirasakan dan sangat penting untuk menghargai emosi yang dirasakan oleh orang lain dengan tidak merendahkan saat orang lain mencoba berperilaku asertif.

Pada sesi pertama ini, *caregiver* akan diberi pengetahuan dan pemahaman mengenai konsep teori latihan asertif, klasifikasi perilaku asertif dan hak-hak dasar manusia.

2.1.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 1

A. Tujuan

1. *Caregiver* mampu memahami konsep teori latihan asertif, pemahaman dan klasifikasi dari perilaku asertif, serta hak dasar manusia;
2. *Caregiver* mampu menyebutkan pengertian latihan asertif, perilaku asertif serta hak dasar manusia.

B. Setting tempat

Caregiver dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman.

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan untuk dapat berkomunikasi terapeutik;
2. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk pasien), *leaflet*/lembar balik dan buku kerja perawat.

D. Metode

1. Ceramah;
2. Diskusi dan tanya jawab.

E. Langkah-langkah

1. Persiapan
 - a) Membuat kontrak dengan *caregiver*;
 - b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.
2. Tahap Orientasi
 - a) Salam terapeutik
Perkenalkan nama dan nama panggilan terapis (pakai papan nama), dan menanyakan nama serta panggilan *caregiver*;
 - b) Evaluasi / Validasi
Menanyakan perasaan *caregiver* pada saat ini,
Menanyakan apa yang sudah dilakukan *caregiver* untuk mengatasi perasaannya;
 - c) Kontrak
Menjelaskan pengertian dan tujuan terapi, yakni untuk meningkatkan kemampuan berperilaku asertif;
Menjelaskan tentang proses pelaksanaan, tugas-tugas yang harus dikerjakan di rumah, buku kerja yang akan digunakan dalam melaksanakan tugas-tugasnya;
Menjelaskan jumlah pertemuan dan sesi-sesi dalam terapi;
Menjelaskan bahwa pertemuan pertama berlangsung selama kurang lebih 45 – 60 menit;
Menjelaskan peraturan terapi, yaitu *caregiver* duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai

3. Tahap Kerja

Terapis mendiskusikan gaya komunikasi yang selama ini dilakukan dan mencatatnya pada buku kerja.

Terapis menjelaskan tentang konsep teori latihan asertif, pemahaman dan klasifikasi dari perilaku asertif, serta hak dasar manusia.

4. Tahap Terminasi

a) Evaluasi

Terapis menanyakan perasaan klien setelah menjalani terapi sesi pertama ini, Terapis memberikan pujian yang sesuai.

b) Tindak Lanjut

Menganjurkan pasien untuk mengidentifikasi perilaku-perilaku non asertif yang belum diidentifikasi dalam sesi pertama ini dan minta pasien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya.

c) Kontrak akan datang

Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi kedua), yaitu Pengembangan dan peningkatan keterampilan mendengar dan bertanya serta memahami konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif, dan Menyepakati waktu dan tempat.

2.1.2 Evaluasi dan Dokumentasi

1) Evaluasi

Ekspresi *caregiver* pada saat terapi yang bertujuan untuk melihat pencapaian tujuan terapi.

2) Dokumentasi

Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan, Dokumentasikan rencana *caregiver* sesuai dengan yang telah dirumuskan.

Format Evaluasi
Sesi 1. Pengenalan konsep teori latihan asertif, pemahaman dan
klasifikasi dari perilaku asertif, serta hak dasar manusia

Nama *caregiver* :

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Menyampaikan pengalaman gaya komunikasi yang digunakan ke pasien					
2	Menyebutkan pengertian latihan asertif					
3	Menyebutkan pengertian perilaku asertif					
4	Menyebutkan klasifikasi perilaku asertif					
5	Menyebutkan hak dasar manusia					

2.2 Sesi 2 : Pengembangan dan peningkatan keterampilan mendengar dan bertanya serta memahami konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif

Caregiver perlu meningkatkan keterampilan mendengar dan bertanya yang baik. Ketika pasien menginginkan sesuatu untuk dipenuhi terkait dengan perawatannya, maka penting bagi *caregiver* untuk menjadi pendengar yang baik. Begitupun sebaliknya, *caregiver* mengembangkan suatu cara bertanya yang baik bila terdapat hal-hal yang kurang jelas atau kurang sepaham dengan pasien, maka *caregiver* hendaknya bertanya dengan baik dan hati-hati pada pasien agar komunikasi bisa terjalin dengan baik. Townsend (2009) menyatakan bahwa individu mengembangkan suatu pola saat berespon terhadap orang lain. Berikut ini adalah pola respon perilaku asertif :

1. Menghargai hak diri sendiri saat membela hak orang lain;
2. Perasaan diekspresikan secara terbuka dan jujur;
3. Bertanggung jawab atas pilihan diri sendiri dan mempersilahkan orang lain untuk memilih sendiri;
4. Menghargai diri sendiri dan orang lain dengan memperlakukan setiap orang secara sama dan bermartabat;
5. Berkomunikasi secara bijaksana dengan banyak menggunakan pernyataan “saya”;
6. Suara hangat dan ekspresif serta kontak mata langsung;
7. Berhasrat untuk berkomunikasi secara efektif dan dihargai oleh orang lain;
8. Percaya diri dan memperlihatkan kesenangan dan kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain.

Keterampilan mendengar ditingkatkan untuk membuat orang lain mengetahui bahwa kita sedang mendengarkan apa yang mereka ucapkan. Hal tersebut menunjukkan bahwa *caregiver* sebagai pendengar harus memberi respon agar pasien meneruskan ucapannya sehingga komunikasi tetap dipertahankan. Komunikasi yang berlangsung baik, akan menghasilkan informasi yang dibutuhkan dan akurat.

Berikut ini adalah 5 (lima) elemen dasar untuk menjadi pendengar aktif:

a) Memperhatikan

Cara memberi perhatian pada lawan bicara yaitu:

- Melihat lawan bicara secara langsung
- Sembunyikan pikiran yang mengganggu
- Abaikan gangguan dari faktor lingkungan
- “Dengarkan” bahasa tubuh lawan bicara

b) Tunjukkan bahwa kita sedang mendengarkan

Gunakan sikap dan bahasa tubuh kita, yakni:

- Mengangguk sekali-kali
- Tersenyum dan gunakan ekspresi wajah yang lain
- Postur tubuh harus terbuka yakni berhadapan dengan lawan bicara
- Yakinkan lawan bicara dengan menggunakan komentar-komentar singkat, seperti: “baiklah”, “oh ya”, “masa sih?”, dan lain-lain.

c) Memberi umpan balik

Pendengar dituntut untuk memahami apa yang telah disampaikan, berikut adalah bentuk umpan balik yang diberikan pada lawan bicara:

- “Dari apa yang saya dengar, tampaknya.....” atau “Kedengarannya kau sedang mengatakan.....”.
- Bertanya untuk mengklarifikasi sesuatu hal, seperti: “Apa maksudmu saat mengatakan.....?”, atau “Inikah yang kamu maksud?”.
- Simpulkan komentar lawan bicara secara periodik

d) Hindari interupsi

Interupsi dapat membuat lawan bicara enggan melanjutkan pembicaraan dan membatasi pemahaman kita akan pesan yang disampaikan.

- Biarkan lawan bicara menyelesaikan ucapannya
- Jangan memotong dengan memberi argumen

e) Berespon sesuai

Mendengar aktif merupakan salah satu bentuk memberi penghargaan dan memahami orang lain, serta mengumpulkan informasi.

- Berespon secara spontan, terbuka dan jujur
- Sampaikan pendapat dengan penuh rasa hormat
- Perlakukan orang lain sebagaimana dia ingin diperlakukan.

Pada sesi kedua ini, *caregiver* akan dilatih suatu keterampilan mendengar dan bertanya yang asertif, serta keterkaitan latihan asertif dengan konsep harga diri.

2.2.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 2

A. Tujuan

1. Evaluasi kemampuan *caregiver* dalam pemahaman konsep teori latihan asertif, klasifikasi perilaku asertif, dan hak dasar manusia, serta pembuatan catatan harian terhadap perilaku non asertif yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya (Sesi 1);
2. *Caregiver* mampu mengembangkan dan meningkatkan keterampilan mendengar dan bertanya, serta memahami konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif;

B. Setting tempat

Caregiver dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman.

C. Alat

- 1) Diri perawat dan kemampuan berkomunikasi secara terapeutik;
- 2) Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk *caregiver*), *leaflet*/lembar balik dan buku kerja perawat.

D. Metode

1. Ceramah;
2. Diskusi dan tanya jawab.

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan

- a) Mengingat kontrak dengan *caregiver*;
- b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.

2. Tahap Orientasi

a) Salam terapeutik

Salam dari terapis kepada *caregiver*.

b) Evaluasi Validasi

Menanyakan perasaan dan kondisi pada saat ini. Perawat melihat buku catatan harian *caregiver*. Menanyakan apakah *caregiver* telah mengidentifikasi perilaku non asertif.

c) Kontrak

Menjelaskan tujuan pertemuan kedua ini adalah untuk mengembangkan dan meningkatkan keterampilan mendengar dan bertanya, serta memahami konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif;

Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit;

Mengingat kembali peraturan terapi yaitu *caregiver* duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

Terapis menjelaskan tentang cara mengembangkan dan meningkatkan keterampilan mendengar dan bertanya;

Terapis menjelaskan tentang konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif;

Terapis memberi contoh cara mengembangkan dan meningkatkan keterampilan mendengar dan bertanya;

Terapis menganjurkan pada *caregiver* untuk berlatih keterampilan mendengar dan bertanya;

Terapis memberi umpan balik kepada *caregiver*.

4. Tahap Terminasi

a) Evaluasi

Terapis menanyakan perasaan *caregiver* setelah menjalani terapi sesi kedua ini, Terapis memberikan pujian yang sesuai;

b) Tindak Lanjut

Menganjurkan *caregiver* untuk berlatih cara bertanya dan mendengar, serta menganjurkan *caregiver* untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya,

c) Kontrak akan datang

Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi ketiga), yaitu Menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta; Menyepakati waktu dan tempat.

2.2.2 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Ekspresi *caregiver* pada saat terapi yang bertujuan untuk melihat pencapaian tujuan terapi.

2. Dokumentasi

Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan, Dokumentasikan rencana *caregiver* sesuai dengan yang telah dirumuskan.

Format Evaluasi
Sesi 2. Pengembangan dan peningkatan keterampilan mendengar dan bertanya serta memahami konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif

Nama *caregiver* :

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Menyampaikan cara mengembangkan dan meningkatkan keterampilan mendengar					
2	Menyampaikan cara mengembangkan dan meningkatkan keterampilan bertanya					
3	Menyebutkan pengertian harga diri					
4	Menyebutkan kaitan antara harga diri dengan latihan asertif					
5	Mendemonstrasikan keterampilan mendengar					
6	Mendemonstrasikan keterampilan bertanya					

2.3 Sesi 3 : Menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta

Kritik merupakan suatu pernyataan yang diberikan oleh orang lain yang berupa penilaian atau pengamatan terhadap diri kita. Kritik dapat berbentuk konstruktif atau destruktif. Kritik konstruktif membantu kita untuk menjadi lebih baik lagi, seperti: “Saya menyukai caramu merawat saya, mungkin akan lebih baik lagi jika kamu meningkatkan keterampilanmu dalam merawat”, sedangkan kritik destruktif merupakan pernyataan yang diberikan tanpa berpikir panjang, dan biasanya dilakukan untuk menyakiti atau mempermalukan orang lain, seperti: “Kau tidak pernah becus merawat saya”.

Tugas perawatan yang diberikan oleh *caregiver* tidak jarang di kritik oleh pasien. Hal tersebut juga dapat memicu perasaan tertekan bagi *caregiver*. Latihan asertif dapat membantu *caregiver* untuk berespon secara asertif terhadap kritikan yang diberikan oleh pasien. Respon asertif berupa: tenang, dan menerima kritikan tanpa emosi negatif seperti marah, menyalahkan, sakit hati atau menghindar.

Menurut Michel dan Fursland (2008) terdapat beberapa teknik untuk menghadapi kritikan:

1. Kritikan Konstruktif
 - a) Menerima kritik tanpa merasa bersalah atau disertai dengan emosi negatif, tempatkan diri sebagai manusia yang tidak sempurna dan belajar melalui kesalahan. Jika perlu, ucapkan terima kasih kepada orang yang memberi kritikan, dan anggap kritikan sebagai hadiah;
 - b) Menyetujui kritik yang diberikan secara terbuka bila memang benar tetapi tanpa meminta maaf atau menyalahkan diri, misalnya: “Kau tidak becus merawat”, maka jawaban kita ialah: “Ya itu benar, saya kurang begitu baik dalam merawat”;
 - c) Meminta penjelasan atas kritikan yang disampaikan apabila kita merasa kurang yakin, misalnya: “Apa yang membuatmu mengatakan saya tidak becus merawat?”.

2. Kritikan Destruktif

- a) Tidak menyetujui kritikan, misalnya: “Tidak benar jika saya tidak becus dalam merawatmu, mungkin terkadang iya tapi yang jelas tidak selalu, karena ada beberapa hal yang saya lakukan dengan baik saat merawatmu”;
3. Berespon pada kata-kata, dan bukan pada nada suara;
4. Hindari berespon dengan cepat;

Selain kritikan, penting bagi *caregiver* untuk mengungkapkan rasa tidak puas yang dirasakan. Michel (2008) menggambarkan beberapa teknik yang dilakukan untuk mengungkapkan rasa tidak puas secara asertif, yaitu:

1. Pilihlah waktu dan tempat yang baik untuk mengungkapkan rasa tidak puas pada seseorang, dan jangan menunggu hingga tiba waktu dimana kita dihadapkan pada situasi tersebut lagi;
2. Gambarkan perilaku yang tidak disukai, hindari memberi julukan negatif pada orang lain, “kau memang orang yang menyusahkan”.
3. Gambarkan perasaan yang dirasakan dengan menggunakan kata “saya”, misalnya: “saya sangat marah”, hindari kalimat “kau membuatku marah”;
4. Beri alternatif saat menyarankan sesuatu, misalnya: “saya mendengar suaramu sangat tinggi saat memanggilku tadi, bisakah kau menurunkan nada suaramu lebih rendah lagi saat memanggilku?”, hindari kalimat “saya tidak tahan mendengar suaramu yang keras saat memanggil namaku”;
5. Hindari kalimat ancaman saat mengungkapkan rasa tidak puas, misalnya: “saya akan membunuhmu jika sekali lagi kau merokok”. Lebih baik ucapkan “saya percaya kondisimu akan membaik jika saja kau menuruti apa yang saya sarankan”;
6. Akhiri dengan pernyataan positif setelah mengungkapkan rasa tidak puas, seperti: “saya yakin kau bisa berubah menjadi lebih baik karena kau orang yang istimewa”.

Hal tersulit dirasakan oleh *caregiver* saat harus mengatakan “tidak” pada permintaan pasien yang dianggap tidak masuk akal, seperti: meminta rokok, atau ingin segera keluar dari RS padahal masih dalam kondisi kritis. Beberapa orang bahkan menganggap penolakan sebagai bentuk dari perilaku kasar, dan tidak menghargai, sehingga orang-orang cenderung untuk mengatakan “iya” dibanding “tidak”. Menerima sesuatu hal yang bertolak belakang dengan keinginan kita dapat menyebabkan rasa frustrasi dan kecewa dalam diri yang berujung pada menurunnya harga diri dan munculnya gejala cemas dan depresi. Menurut Lubkin dan Larsen (2006), faktor yang menyebabkan *caregiver* merasa sangat tertekan saat mereka mendapati pasien menjadi manipulatif, tidak menghargai atau membuat permintaan yang tidak masuk akal. Oleh karena itu, penting bagi *caregiver* untuk mempelajari teknik menolak dan meminta yang asertif. Berikut adalah teknik melakukan penolakan atau mengatakan tidak menurut Michel dan Fursland (2008):

1. Yakini bahwa setiap orang memiliki hak untuk meminta
2. Tanyalah diri anda sendiri “apakah saya mampu memenuhi permintaannya?”. Jika tidak, berusaha jujur tetapi tidak kasar
3. Mulailah menjawab permintaan dengan kata “tidak” agar tidak membingungkan lawan bicara. Setelah itu katakan sesuatu, seperti: “terima kasih atas permintaanmu, namun saya sulit memenuhinya”
4. Ucapkan secara langsung dan jujur
5. Ucapkan pelan dan terdengar hangat
6. Jangan meminta maaf dan memberi alasan yang panjang dan mendetail
7. Yakini bahwa anda sedang menolak sebuah permintaan dan bukan menghindari seseorang
8. Ingatlah bahwa lebih baik jujur daripada menyesal di kemudian hari
9. Jangan menyalahkan atau membuat pengecualian atas penolakan yang dilakukan
10. Ubahlah kalimat “saya tidak bisa” menjadi “saya tidak mau”

Adapun cara membuat permintaan digambarkan oleh *Student Health Center of Louisiana State University* sebagai berikut :

1. Ingatlah bahwa anda memiliki hak untuk membuat orang lain mengetahui keinginan anda
2. Buatlah permintaan dengan kalimat yang jelas dan mudah dipahami
3. Katakan secara langsung kepada orang yang anda tuju
4. Gunakan bahasa tubuh yang asertif, seperti kontak mata, ekspresi wajah, gerak-gerik, sikap tubuh, dan nada suara
5. Ingat bahwa orang lain pun memiliki hak untuk menolak permintaan anda.

Pada sesi ketiga ini, *caregiver* akan dilatih cara menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas, serta belajar seni menolak dan meminta yang asertif.

2.3.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 2

A. Tujuan

1. Evaluasi kemampuan *caregiver* dalam meningkatkan keterampilan mendengar dan bertanya serta pemahaman konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya (Sesi 2);
2. *Caregiver* mampu menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta.

B. Setting tempat

Caregiver dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman.

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan berkomunikasi secara terapeutik;
2. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk *caregiver*), *leaflet*/lembar balik dan buku kerja perawat.

D. Metode

1. Ceramah;
2. Diskusi dan tanya jawab.

E. Langkah Kegiatan

1. Persiapan
 - a) Mengingatkan kontrak dengan *caregiver*;
 - b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.
2. Tahap Orientasi
 - a) Salam terapeutik
Salam dari terapis kepada *caregiver*.
 - b) Evaluasi Validasi
Menanyakan perasaan dan kondisi pada saat ini.
Perawat melihat buku catatan harian *caregiver*.
Menanyakan apakah *caregiver* telah berlatih keterampilan mendengar dan bertanya.
 - c) Kontrak
Menjelaskan tujuan pertemuan ketiga ini adalah untuk mengembangkan dan meningkatkan cara menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta;
Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit;
Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu *caregiver* duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

Terapis menjelaskan tentang cara menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta;

Terapis memberi contoh cara menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta;

Terapis menganjurkan pada *caregiver* untuk berlatih cara menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta;

Terapis memberi umpan balik kepada *caregiver*.

4. Tahap Terminasi

a) Evaluasi

Terapis menanyakan perasaan klien setelah menjalani terapi sesi ketiga ini, Terapis memberikan pujian yang sesuai;

b) Tindak Lanjut

Menganjurkan *caregiver* untuk berlatih cara menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta, terapis minta *caregiver* untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya,

c) Kontrak akan datang

Menyepakati topik pertemuan yang akan datang (sesi keempat), yaitu berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati; Menyepakati waktu dan tempat.

2.3.2 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Ekspresi *caregiver* pada saat terapi yang bertujuan untuk melihat pencapaian tujuan terapi;

2. Dokumentasi

Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan, Dokumentasikan rencana *caregiver* sesuai dengan yang telah dirumuskan.

Format Evaluasi
Sesi 3. Menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta

Nama *caregiver* :

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Menyampaikan cara menghadapi kritik					
2	Menyampaikan cara mengekspresikan rasa tidak puas					
3	Menyebutkan seni menolak yang baik					
4	Menyebutkan cara meminta yang baik					
5	Mendemonstrasikan keterampilan menghadapi kritik					
6	Mendemonstrasikan ketrampilan mengekspresikan rasa tidak puas					
7	Mendemonstrasikan keterampilan menolak					
8	Mendemonstrasikan keterampilan meminta	\				

2.4 Sesi 4 : Berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati

Saat melakukan tugas perawatan, *caregiver* perlu menunjukkan sikap empati sebagai bentuk prihatin terhadap kondisi pasien yang sedang sakit dan membutuhkan bantuan. Pasien yang menunjukkan perilaku yang baik saat dirawat, wajib memperoleh pujian dari *caregiver*. Begitupun sebaliknya, *caregiver* yang merawat dengan baik juga pantas memperoleh pujian agar dapat meningkatkan harga diri. *Caregiver* yang sering memberi pujian atas perilaku baik akan menularkan kepada pasien, dengan kata lain, pasien tentunya akan belajar dari *caregiver* bahwa setiap perilaku terpuji pantas mendapatkan penguatan atau *reinforcement*.

Michel (2008) menggambarkan teknik memberi pujian sebagai berikut:

1. Memikirkan kata-kata yang tepat untuk diucapkan
2. Mengucapkan kalimat yang spesifik dengan sungguh-sungguh
3. Menghindari kata-kata yang berlebihan
4. Memberikan senyuman
5. Bersikap antusias
6. Menyesuaikan tempat dan bentuk hubungan dengan orang tersebut

Sedangkan untuk teknik menerima pujian sebagai berikut:

1. Melihat orang yang memberi pujian
2. Mendengarkan kata-kata yang diucapkan
3. Tersenyum
4. Menghindari interupsi
5. Mengucapkan terima kasih atau sesuatu yang menunjukkan bahwa kita menghargai pujiannya
6. Membalas dengan memberi pujian juga kepadanya

Empati merupakan tingkat awal dari interaksi interpersonal dimana sinyal dari seseorang di tangkap oleh orang lain. Menurut Brallier (2012), cara mengembangkan sikap empati sebagai berikut:

1. Meningkatkan rasa iba
2. Menempatkan diri pada posisinya
3. Membuka hati terhadap kondisi orang lain

Pada sesi keempat ini, *caregiver* akan dilatih teknik memberi dan menerima pujian, bersikap empati serta berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal.

2.4.1 Strategi Pelaksanaan Kegiatan Sesi 4

A. Tujuan

1. Evaluasi kemampuan *caregiver* dalam meningkatkan keterampilan menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta yang telah didiskusikan dalam pertemuan sebelumnya (Sesi 3);
2. *Caregiver* mampu berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati.

B. Setting tempat

Caregiver dan terapis dalam suatu ruangan yang tenang dan nyaman.

C. Alat

1. Diri perawat dan kemampuan berkomunikasi secara terapeutik;
2. Tempat duduk, alat tulis, buku catatan harian (untuk *caregiver*), *leaflet*/lembar balik dan buku kerja perawat.

D. Metode

1. Ceramah;
2. Diskusi dan tanya jawab.

E. Langkah-langkah

1. Persiapan

- a) Mengingatkan kontrak dengan *caregiver*;
- b) Mempersiapkan alat dan tempat yang kondusif.

2. Tahap Orientasi

- a) Salam terapeutik

Salam dari terapis kepada *caregiver*.

- b) Evaluasi Validasi

Menanyakan perasaan dan kondisi pada saat ini. Perawat melihat buku catatan harian *caregiver*. Menanyakan apakah *caregiver* telah berlatih keterampilan menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta.

- c) Kontrak

Menjelaskan tujuan pertemuan keempat ini adalah untuk mengembangkan dan meningkatkan cara berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati;

Menjelaskan lama kegiatan yaitu 30 – 45 menit;

Mengingatkan kembali peraturan terapi yaitu *caregiver* duduk dengan terapis berhadapan dari awal sampai selesai.

3. Tahap Kerja

Terapis menjelaskan tentang cara berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati;

Terapis memberi contoh cara berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati;

Terapis menganjurkan pada *caregiver* untuk berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati;
Terapis memberi umpan balik kepada *caregiver*.

4. Tahap Terminasi

a) Evaluasi

Terapis menanyakan perasaan *caregiver* setelah menjalani terapi sesi ketiga ini, Terapis memberikan pujian yang sesuai;

b) Tindak Lanjut

Menganjurkan *caregiver* untuk berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati, terapis minta pasien untuk mencatatnya dalam buku catatan hariannya;

Menganjurkan *caregiver* sering berlatih cara yang telah dipelajari pada sesi-sesi sebelumnya;

Menganjurkan *caregiver* untuk mempertahankan perilaku asertif yang telah dipelajari dan menerapkannya dalam kehidupan sehari-hari terutama terkait dengan cara menghadapi pasien penyakit jantung

c) Kontrak akan datang

Menyepakati pertemuan jika diperlukan.

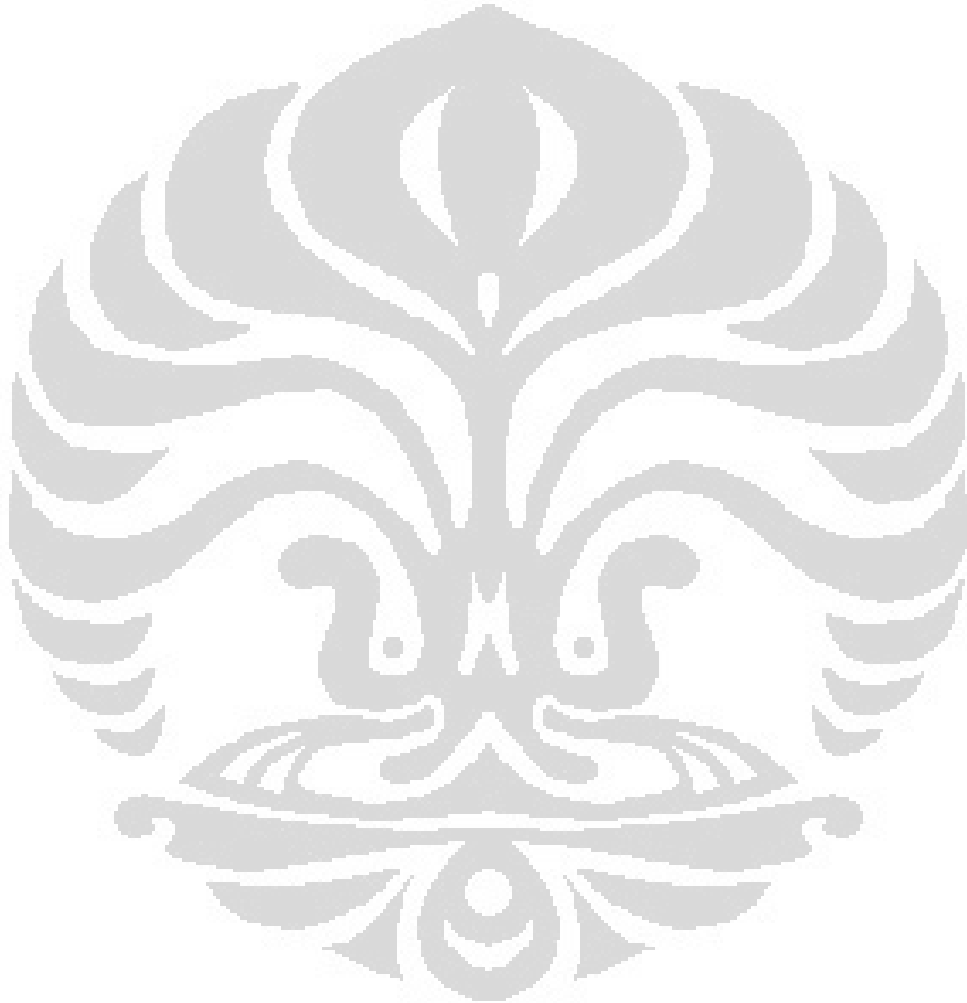
2.4.2 Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi

Ekspresi pasien pada saat terapi yang bertujuan untuk melihat pencapaian tujuan terapi.

2. Dokumentasi

Terapis mendokumentasikan pencapaian hasil terapi yang dilakukan, Dokumentasikan rencana pasien sesuai dengan yang telah dirumuskan.

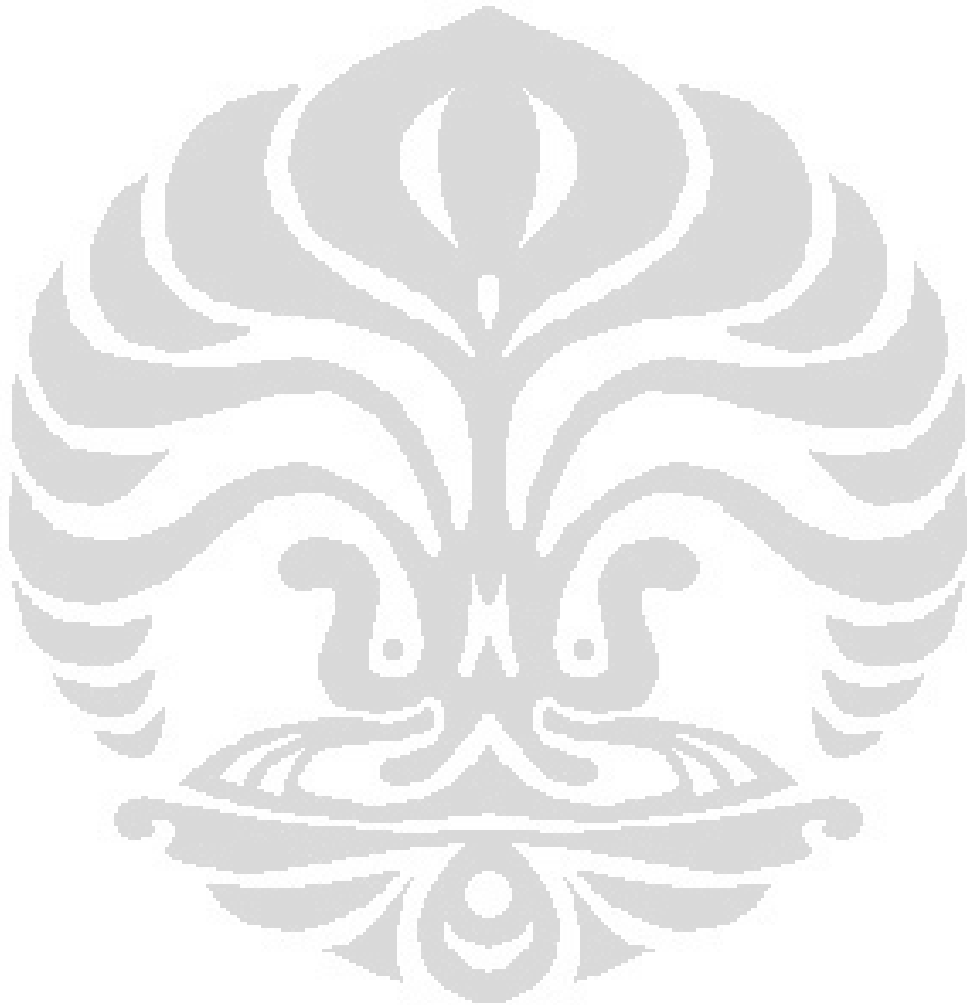


Format Evaluasi
Sesi 4. Berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati

Nama *caregiver* :

No	Kegiatan	Tanggal					
1	Menyampaikan cara memberi pujian						
2	Menyampaikan cara menerima pujian						
3	Menyampaikan cara bersikap empati						
4	Mendemonstrasikan keterampilan mendengar secara verbal						
5	Mendemonstrasikan keterampilan mendengar secara non verbal						
6	Mendemonstrasikan keterampilan bertanya secara verbal						
7	Mendemonstrasikan keterampilan bertanya secara non verbal						
8	Mendemonstrasikan keterampilan menghadapi kritik secara verbal						
9	Mendemonstrasikan keterampilan menghadapi kritik secara non verbal						
10	Mendemonstrasikan keterampilan mengekspresikan rasa tidak puas secara verbal						
11	Mendemonstrasikan keterampilan mengekspresikan rasa tidak puas secara non verbal						
12	Mendemonstrasikan keterampilan meminta secara verbal						
13	Mendemonstrasikan keterampilan meminta secara non verbal						
14	Mendemonstrasikan keterampilan menolak secara verbal						
15	Mendemonstrasikan keterampilan menolak secara non verbal						
16	Mendemonstrasikan keterampilan memberi pujian secara verbal						
17	Mendemonstrasikan keterampilan memberi pujian secara non verbal						
18	Mendemonstrasikan keterampilan menerima						

	pujian secara verbal						
19	Mendemonstrasikan keterampilan menerima pujian secara non verbal						
20	Mendemonstrasikan keterampilan bersikap empati						



BAB 3

PENUTUP

Caregiver pasien penyakit jantung merupakan salah satu anggota keluarga yang bertanggung jawab terhadap perawatan pasien. Penyakit jantung merupakan salah satu penyakit kronik yang identik dengan lama rawat yang berdurasi panjang, serta cenderung terjadi serangan mendadak yang mampu membuat *caregiver* mengalami kondisi depresi. Depresi menyebabkan *caregiver* memiliki persepsi negatif dan tidak mampu mengatasi rasa marah secara efektif.

Rumah sakit umum yang identik dengan fokus pelayanan pada pasien yang menderita penyakit fisik, perlu mempertimbangkan akan perluasan fokus pelayanan pada *caregiver* yang berasal dari keluarga pasien. Diharapkan masyarakat umum seperti *caregiver* juga mendapat perhatian atas keluhan-keluhan yang mereka rasakan. Beberapa terapi keperawatan spesialis jiwa dapat diberikan pada *caregiver* yang mengalami depresi. Salah satu terapi yang tepat diberikan pada *caregiver* yang mengalami depresi ialah latihan asertif.

Latihan asertif merupakan salah satu teknik yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan menyatakan pendapat sehingga dapat meningkatkan kepercayaan diri sendiri dengan tetap menghargai hak orang lain. Latihan asertif membantu individu untuk mampu berperilaku asertif, baik dalam tingkah laku maupun dalam komunikasi. Selain itu, latihan asertif juga mampu membantu *caregiver* mengubah persepsi negatif terhadap tugas merawat, serta mengubah perilaku yang maladaptif yang mungkin timbul saat dihadapkan pada situasi perawatan yang lama dan identik dengan serangan mendadak yang bisa berakibat fatal. *Caregiver* yang menunjukkan kemampuan berperilaku asertif akan mampu beradaptasi terhadap situasi dan kondisi yang penuh tekanan, seperti saat merawat pasien dengan penyakit jantung.

DAFTAR PUSTAKA

- Hijazi, A., (2008). *Moderators of The Effects of Expressive Writing and Assertiveness Training to Improve Adjustment of International Students*. USA: ProQuest Information and Learning Company.
- Hinkelman, L., (2004). *Women's Self Defense Training: An Examination of Assertiveness, Self Efficacy, Hyperfemininity and Athletic Identity*. USA: ProQuest Information and Learning Company.
- Lin, et al. (2008). *Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients*. Journal of Clinical Nursing 17, 2875-2883.
- Michel, F. (2008). *Assert Yourself*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions.
- Pietromonaco, P.R. (1985). *The Influence of Affect on Self Perception in Depression*. Social Cognition. Vol. 3 (1), 121-134.
- Rivera, H.R. (2009). *Depression Symptoms in Cancer Caregivers*. Clinical Journal of Oncology Nursing (volume 13, number 2): 195-202.
- Şahin, N.H., Batigün, A.D., & Koç, V. (2011). *The Relationship between Depression, and Interpersonal Style, Self Perception, and Anger*. Turkish Journal of Psychiatry; 22(1), 1-7.
- Santrock, J.W., (2005). *Psychology*. (Updated 7th ed.). New York: The McGraw-Hill Companies.
- Stuart, G. W. (2009). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (9th ed.). Canada: Mosby, Inc.
- Student Health Center, *Assertiveness Techniques*. Louisiana: Louisiana State University
- Sylvia Brailer. (2012). *The Joys and Pitfalls of Being an Empath*. Diambil dari <http://www.healing.about.com> diperoleh tanggal 2 Mei 2012.
- Townsend, M.C., (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, (6th ed.). Philadelphia: F.A Davis Company.

BUKU KERJA CAREGIVER

Asertifikan Diri Anda!



NAMA CAREGIVER : _____

NAMA PASIEN YANG DIRAWAT: _____

RUANGAN : _____

**BUKU KERJA
CAREGIVER**

Asertifkan Diri Anda!

The logo of Universitas Indonesia, Faculty of Nursing, is a large, stylized emblem in the background. It features a central shield-like shape with intricate, symmetrical patterns. The top part of the emblem has a circular motif with a crescent and star, reminiscent of the Indonesian national flag. Below this, there are several layers of curved, flame-like or petal-like shapes that radiate outwards, creating a sense of movement and depth. The entire emblem is rendered in a light gray color, serving as a subtle watermark or background for the text.

TIM PENYUSUN

**Fitri Wijayati, S.Kep., Ns
Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2012**

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	1
Halaman Judul	2
Daftar Isi	3

PELAKSANAAN

Sesi 1 : Pengenalan konsep teori latihan asertif, pemahaman dan klasifikasi dari perilaku asertif, serta hak dasar manusia.....	4
Sesi 2 : Pengembangan dan peningkatan keterampilan mendengar dan bertanya serta memahami konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif.....	9
Sesi 3 : Menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta	10
Sesi 4 : Berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati..	12

**LATIHAN ASERTIF
UNTUK MELATIH KEMAMPUAN PERILAKU ASERTIF
CAREGIVER PASIEN PENYAKIT JANTUNG**

**SESI 1: PENGENALAN DAN PEMAHAMAN KONSEP TEORI
LATIHAN ASERTIF, KLASIFIKASI PERILAKU ASERTIF,
DAN HAK DASAR MANUSIA**

A. Konsep Teori Latihan Asertif

**APA ITU
ASERTIF?**

ASERTIF merupakan suatu cara untuk menyatakan pendapat diri sendiri sehingga orang lain mengetahui perasaan, keinginan dan kebutuhan kita, dengan tetap menghargai perasaan orang lain.

**UNTUK APA KITA
MELAKUKAN
LATIHAN
ASERTIF?**

1. Membantu mengubah persepsi diri negatif menjadi positif
2. Meningkatkan perilaku asertif
3. Mengekspresikan pikiran dan emosi secara baik
4. Membangun kepercayaan diri.

MENGAPA KITA HARUS BERPERILAKU ASERTIF?

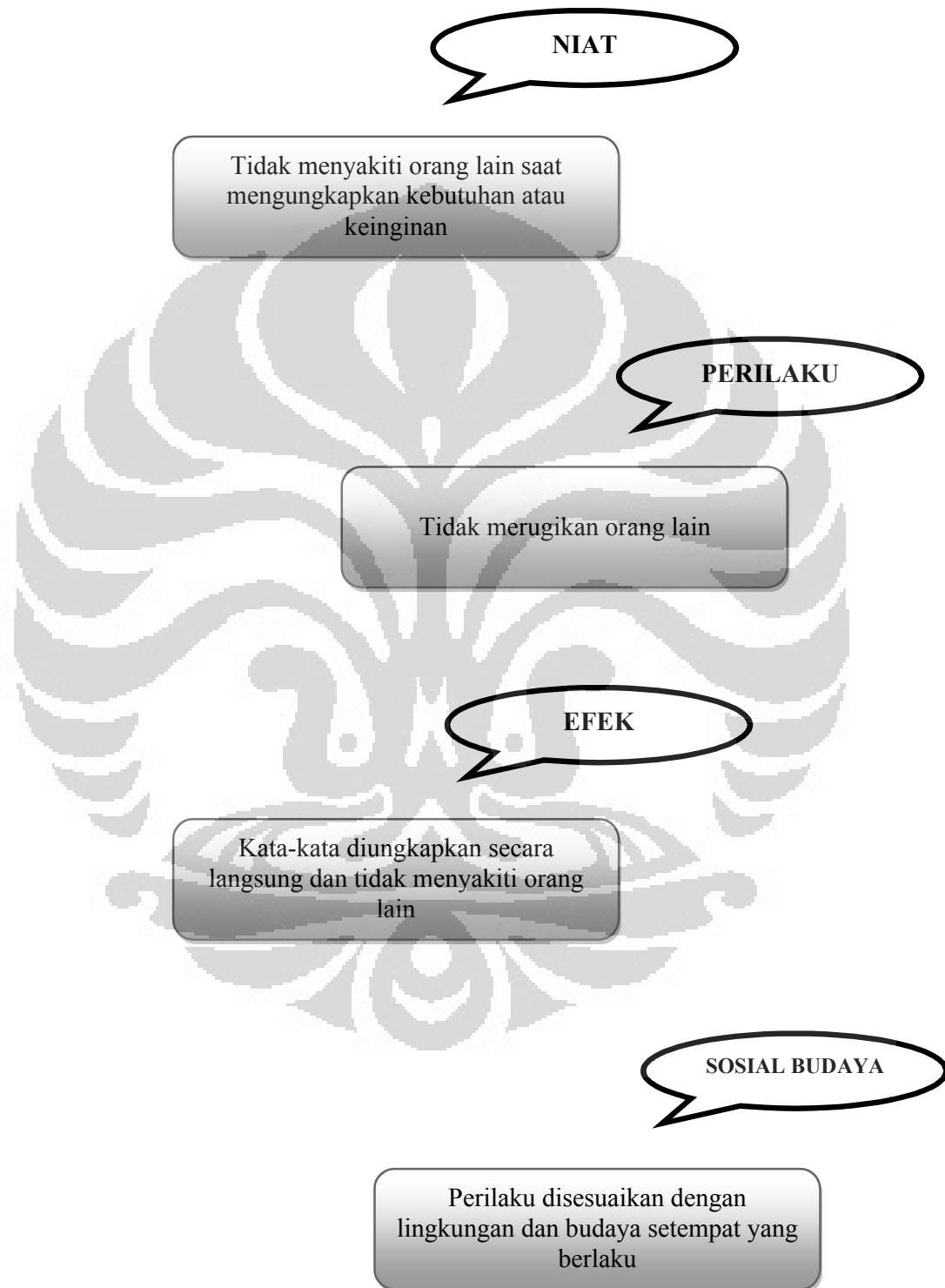
1. Meningkatkan persamaan dalam hubungan antar manusia
2. Memungkinkan untuk melakukan yang terbaik
3. Meningkatkan harga diri
4. Mengekspresikan perasaan jujur secara nyaman
5. Melatih mengungkapkan hak pribadi tanpa mengabaikan hak orang lain

B. Gaya Komunikasi



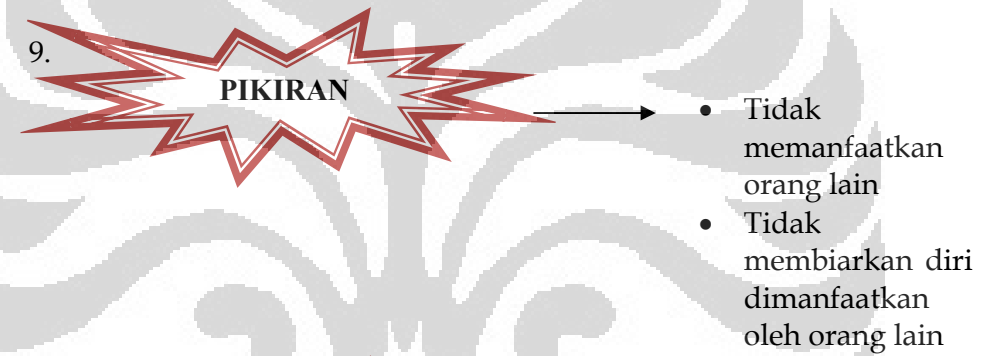
- **PASIF** → Mengabaikan hak diri sendiri
- **ASERTIF** → Menghargai hak diri sendiri dan orang lain
- **AGRESIF** → Mengabaikan hak orang lain

C. Elemen Dasar Perilaku Asertif



D. Klasifikasi Perilaku Asertif

1. **KONTAK MATA** →
 - Langsung
 - Tidak menatap
2. **SIKAP TUBUH** →
 - Duduk bersandar
 - Berdiri berhadapan
 - Posisi tegak
3. **JARAK** →
 - Sekitar 2-4 kaki
4. **GERAK-GERIK** →
 - Rileks
5. **EKSPRESI WAJAH** →
 - Sesuai dengan kata-kata yang diucapkan
6. **SUARA** →
 - Jelas
 - Lancar
 - Nada sedang



E. Hak-hak Dasar Manusia

**SETIAP MANUSIA BERHAK
UNTUK**

1. Dihormati
2. Berbicara
3. Menolak
4. Melakukan kesalahan
5. Didengarkan dan diperhatikan
6. Berubah pikiran
7. Meminta apa yang diinginkan
8. Sesekali menjadi yang pertama
9. Menentukan prioritas diri
10. Mengungkapkan alasan atas perasaan dan perilaku yang dilakukan

LATIHAN 1

Gambarkan perilaku anda saat berbicara dengan pasien yang anda rawat.

No	PERILAKU	Uraian	Gaya Komunikasi
1.	Kontak Mata		
2.	Postur Tubuh		
3.	Jarak		
4.	Gerak-gerak		
5.	Ekspresi Wajah		
6.	Suara		
7.	Waktu		
8.	Mendengarkan		
9.	Pikiran		
10	Isi Bicara		

SESI 2: PENGEMBANGAN DAN PENINGKATAN KETERAMPILAN MENDENGAR DAN BERTANYA SERTA MEMAHAMI KONSEP HARGA DIRI DAN KETERKAITANNYA DENGAN LATIHAN ASERTIF.

Mendengar aktif artinya memberi perhatian pada apa yang disampaikan. Salah satu cara *caregiver* memberi perhatian pada pasien penyakit jantung ialah dengan mendengarkan apa yang disampaikan oleh pasien, dan bertanya jika ada yang kurang jelas.



TEKNIK MENDENGAR YANG ASERTIF

1. Memperhatikan

Cara memberi perhatian pada lawan bicara yaitu:

- Melihat lawan bicara secara langsung
- Sembunyikan pikiran yang mengganggu
- Abaikan gangguan dari faktor lingkungan
- “Dengarkan” bahasa tubuh lawan bicara

2. Tunjukkan bahwa kita sedang mendengarkan

Gunakan sikap dan bahasa tubuh kita, yakni:

- Mengangguk sekali-kali
- Tersenyum dan gunakan ekspresi wajah yang lain
- Postur tubuh harus terbuka yakni berhadapan dengan lawan bicara
- Yakinkan lawan bicara dengan menggunakan komentar-komentar singkat, seperti: “baiklah”, “oh ya”, “masa sih?”, dan lain-lain.

3. Memberi umpan balik

Pendengar dituntut untuk memahami apa yang telah disampaikan, berikut adalah bentuk umpan balik yang diberikan pada lawan bicara:

- “Dari apa yang saya dengar, tampaknya.....” atau “Kedengarannya kau sedang mengatakan.....”.
- Bertanya untuk mengklarifikasi sesuatu hal, seperti: “Apa maksudmu saat mengatakan.....?”, atau “Inikah yang kamu maksud?”.
- Simpulkan komentar lawan bicara secara periodik

4. Hindari interupsi atau memotong pembicaraan

Interupsi dapat membuat lawan bicara enggan melanjutkan pembicaraan dan membatasi pemahaman kita akan pesan yang disampaikan.

- Biarkan lawan bicara menyelesaikan ucapannya
- Jangan memotong dengan memberi argumen

5. Berespon sesuai

Mendengar aktif merupakan salah satu bentuk memberi penghargaan dan memahami orang lain, serta mengumpulkan informasi.

- Berespon secara spontan, terbuka dan jujur
- Sampaikan pendapat dengan penuh rasa hormat
- Perlakukan orang lain sebagaimana dia ingin diperlakukan.

Selain keterampilan mendengar, kita perlu memiliki keterampilan bertanya yang asertif yang bertujuan untuk memperoleh informasi, klarifikasi dan meminta sesuatu yang kita inginkan.



**TEKNIK
BERTANYA
YANG
ASERTIF**



**1. Nyatakan
Masalahnya**

“Tadi kau mengatakan bahwa kau merasa telah menjadi beban bagi kami?”.



**2. Buat
Permintaan**

“Bisakah kau berhenti berbicara seperti itu?”.



**3. Minta
Penjelasan**

“Bisakah kau menjelaskan mengapa kau berkata seperti itu?”

Harga diri merupakan penilaian seseorang terkait kemampuan yang dimiliki. Rasa dicintai dan dihormati oleh orang lain dapat meningkatkan harga diri.



LATIHAN 2

Gambarkan perilaku anda saat berbicara dengan pasien yang anda rawat. Beri tanda centang (✓) pada kolom yang tersedia jika anda melakukannya dan beri tanda (-) bila anda **TIDAK** melakukannya.

No	PERILAKU	Uraian	Tanda
1.	Mendengarkan	• Melihat lawan bicara secara langsung	
		• Menyembunyikan pikiran yang mengganggu	
		• Mengabaikan gangguan dari lingkungan	
		• "Mendengarkan" bahasa tubuh lawan bicara	
		• Sekali-kali mengangguk	
		• Menggunakan ekspresi wajah, seperti: tersenyum	
		• Posisi tubuh berhadapan	
		• Berkomentar singkat, seperti: baiklah, oh ya?, masa sih?.	
		• Menjawab pertanyaan lawan bicara	
		• Menyimpulkan komentar lawan bicara secara berkala	
		• Membiarkan lawan bicara menyelesaikan ucapannya	
		• Tidak memotong pembicaraan	
		• Berespon secara spontan	
		• Berespon secara jujur	
		• Menyampaikan pendapat dengan rasa hormat	
• Memperlakukan lawan bicara sebagaimana ia ingin diperlakukan			
2.	Bertanya	• Menyatakan masalah	
		• Membuat permintaan	
		• Meminta penjelasan	

TUGAS ANDA

LATIHLAH KETERAMPILAN
MENDENGAR DAN BERTANYA ANDA
SECARA TERATUR

SESI 3: CARA MENGHADAPI KRITIK DAN MENGEKSPRESIKAN RASA TIDAK PUAS SERTA MEMPELAJARI SENI MENOLAK DAN MEMINTA.

APA ITU KRITIK?

Kritik merupakan suatu pernyataan yang diberikan oleh orang lain yang berupa penilaian atau pengamatan terhadap diri kita.

“ADA BERAPA MACAM KRITIK?”

Ada 2 macam yaitu:

1. Kritik Membangun
2. Kritik Merusak/Menjatuhkan

Kritik Membangun

“Saya menyukai caramu merawat saya, mungkin akan lebih baik lagi jika kamu meningkatkan keterampilanmu dalam merawat”

Kritik Merusak/Menjatuhkan

“Kau tidak pernah becus merawat saya”.

TEKNIK MENGHADAPI KRITIK

Hindari

- Berespon dengan cepat
- Berespon pada suara
- Emosi negatif

Kritik Membangun

- Terima kritikan tanpa merasa bersalah (“Saya menyukai caramu merawat saya, mungkin akan lebih baik lagi jika kamu meningkatkan keterampilanmu dalam merawat”), maka jawaban kita ialah: (“Ya itu benar, saya kurang begitu baik dalam merawat”)
- Minta penjelasan (“Apa yang membuatmu mengatakan saya perlu meningkatkan keterampilan dalam merawat?”)
- Tempatkan diri sebagai manusia yang tidak sempurna
- Belajar melalui kesalahan
- Anggap kritikan sebagai hadiah
- Ucapkan terima kasih (jika perlu)

Kritik Merusak

- Tidak menyetujui kritikan, misalnya: “Tidak benar jika saya tidak becus dalam merawatmu, mungkin terkadang iya tapi yang jelas tidak selalu, karena ada beberapa hal yang saya lakukan dengan baik saat merawatmu”

TEKNIK MENGUNGKAPKAN RASA TIDAK PUAS



Contoh Kalimatnya:

- Julukan negatif, seperti : **“kau memang orang yang menyusahkan”**
- Kalimat ancaman, seperti : **“saya tidak akan merawatmu jika sekali lagi kau merokok”**.
Lebih baik ucapkan **“saya percaya kondisimu akan membaik jika saja kau menuruti apa yang saya sarankan”**.
- Saat menggambarkan perasaan, gunakan kata **“saya”**, misalnya: **“saya sangat marah”**, hindari kalimat **“kau membuatku marah”**.
- Alternatif yang diberikan saat menyarankan sesuatu misalnya: **“saya mendengar suaramu sangat tinggi saat memanggilku tadi, bisakah kau menurunkan nada suaramu lebih rendah lagi saat memanggilku?”**.
- Hindari kalimat **“saya tidak tahan mendengar suaramu yang keras saat memanggil namaku”**.
- Pernyataan positif, misalnya dengan : **“saya yakin kau bisa berubah menjadi lebih baik karena kau orang yang istimewa”**.

SENI MENOLAK & MEMINTA

Hal tersulit dirasakan oleh *caregiver* saat harus mengatakan “tidak” pada permintaan pasien yang dianggap tidak masuk akal, seperti: meminta rokok, atau ingin segera keluar dari RS padahal masih dalam kondisi kritis. Beberapa orang bahkan menganggap penolakan sebagai bentuk dari perilaku kasar, dan tidak menghargai, sehingga orang-orang cenderung untuk mengatakan “iya” dibanding “tidak”. Menerima sesuatu hal yang bertolak belakang dengan keinginan kita dapat menyebabkan rasa frustrasi dan kecewa dalam diri yang berujung pada menurunnya harga diri dan munculnya gejala cemas dan depresi.

BAGAIMANA MENGATAKAN “TIDAK”

1. Yakini bahwa setiap orang memiliki hak untuk meminta
2. Tanyalah diri anda sendiri “apakah saya mampu memenuhi permintaannya?”. Jika tidak, berusaha jujur tetapi tidak kasar
3. Mulailah menjawab permintaan dengan kata “tidak” agar tidak membingungkan lawan bicara. Setelah itu katakan sesuatu, seperti: “terima kasih atas permintaanmu, namun saya sulit memenuhinya”.
4. Ucapkan secara langsung dan jujur
5. Ucapkan pelan dan terdengar hangat
6. Jangan meminta maaf dan memberi alasan yang panjang dan mendetail

7. Yakini bahwa anda sedang menolak sebuah permintaan dan bukan menghindari seseorang
8. Ingatlah bahwa lebih baik jujur daripada menyesal di kemudian hari
9. Jangan menyalahkan atau membuat pengecualian atas penolakan yang dilakukan
10. Ubahlah kalimat “saya tidak bisa” menjadi “saya tidak mau”



**BAGAIMANA
MEMBUAT
“PERMINTAAN”**

1. Ingatlah bahwa anda memiliki hak untuk membuat orang lain mengetahui keinginan anda
2. Buatlah permintaan dengan kalimat yang jelas dan mudah dipahami
3. Katakan secara langsung kepada orang yang anda tuju
4. Gunakan bahasa tubuh yang asertif, seperti kontak mata, ekspresi wajah, gerak-gerik, sikap tubuh, dan nada suara
5. Ingat bahwa orang lain pun memiliki hak untuk menolak permintaan anda

LATIHAN 3

Gambarkan perilaku anda saat berbicara dengan pasien yang anda rawat. Beri tanda centang (√) pada kolom yang tersedia jika anda melakukannya dan beri tanda (-) bila anda **TIDAK** melakukannya.

No	PERILAKU	Uraian	Tanda
1.	Menghadapi kritikan	• Langsung berespon dengan cepat	
		• Berespon pada nada suara	
		• Berespon pada kata-kata	
		• Menampakkan emosi negatif seperti: marah, kecewa, sedih, atau menangis	
		• Menerima kritikan tanpa merasa bersalah	
		• Meminta penjelasan	
		• Menempatkan diri anda sebagai orang yang tidak sempurna	
		• Anda belajar dari kesalahan	
		• Menganggap kritikan sebagai hadiah	
		• Mengucapkan terima kasih	
2.	Mengungkapkan rasa tidak puas	• Membela diri saat menerima kritik yang merusak atau menjatuhkan	
		• Memilih waktu yang tepat	
		• Memilih tempat yang baik	
		• Menggambarkan perilaku yang tidak disukai	
		• Menggambarkan perasaan yang dirasakan	
		• Tidak memberi julukan negatif pada orang lain	
		• Tidak menggunakan kalimat ancaman	
		• Memberi alternatif saat memberi saran	
3.	Menolak	• Menggunakan pernyataan positif setelah selesai mengungkapkan rasa tidak puas	
		• Jujur pada diri sendiri	
		• Tidak kasar	
		• Suara pelan	
		• Tidak meminta maaf	

		<ul style="list-style-type: none"> • Tidak menjelaskan alasannya dengan panjang lebar • Tidak menyalahkan 	
4.	Meminta	<ul style="list-style-type: none"> • Kalimat jelas dan mudah dipahami • Diungkapkan secara langsung • Menggunakan bahasa tubuh asertif 	

TUGAS ANDA

LATIH LAH KETERAMPILAN MENGHADAPI KRITIK
DAN MENGUNGKAPKAN RASA TIDAK PUAS ANDA
SECARA TERATUR

INGATLAH BAHWA SENI MENOLAK DAN MEMINTA
YANG ASERTIF MERUPAKAN HAL YANG DAPAT
DIPELAJARI

SESI 4: CARA BERLATIH TEKNIK LATIHAN ASERTIF TERMASUK KOMUNIKASI NON VERBAL DAN LATIHAN MEMBERI DAN MENERIMA PUJIAN SERTA BERSIKAP EMPATI

A. Teknik meningkatkan perilaku asertif

1.

Membangkitkan hak kita sebagai manusia

“Saya berhak untuk mengemukakan pendapat”

2.

Mengangkat pernyataan diri sendiri

“Saya tidak MAU memberikanmu rokok” → menunjukkan kekuatan diri

“Saya tidak BISA memberikanmu rokok” → menunjukkan kelemahan diri

3.

Respon kaset rusak

Pasien: “Saya ingin meminta rokok”.

Anda : “Saya tidak punya rokok”.

Pasien: “Saya tidak percaya jika kamu tidak punya rokok”.

Anda : “Saya tidak punya rokok”.

4.

Mengakui Kesalahan

Pasien: "Kau terlambat memberiku obat"

Anda : "Ya, mohon maaf tadi saya ketiduran"

5.

Mencari tahu saat menerima kritikan

Pasien : "Tingkah lakumu tampak sangat bodoh saat berbicara dengan dokter semalam"

Anda : "Benarkah?, perilaku seperti apa yang saya lakukan yang membuatmu terganggu?".

Pasien: "Terserah"

Anda : "Apakah kau merasa terganggu saat saya mengungkapkan pendapat saya atau apakah karena pendapat saya bertolak belakang dengan pendapatmu?".

6.

Mengubah topik

Anda : "Maukah kau minum obat sekarang?".

Pasien : "Menjauhlah dariku".

Anda : “Kedengarannya kita perlu mendiskusikan hal ini, apa yang membuatmu kelihatan sangat marah?”.

7.

Menyetujui kritik tanpa membela diri

Pasien : “Kau tidak pernah menjengukku sejak saya berada di sini, saya tidak tahu mengapa kau bisa seperti itu”.

Anda : “Kau benar, saya tidak pernah menjengukmu sejak kau berada disini”

8.

Memutus pembicaraan

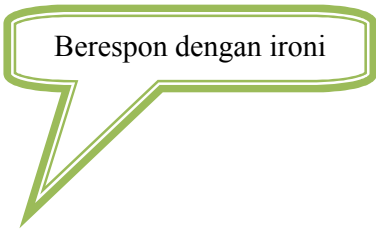
“Kau sangat marah saat ini, saya TIDAK ingin membicarakan hal ini denganmu disaat kau sangat marah, saya akan mem bahas nya denganmu sebentar sore saja”.

9.

Menunda pembicaraan

“Kau telah melakukan sesuatu yang cukup mengejutkan, saya butuh waktu untuk memikirkannya, saya akan menemuimu sebentar sore”.

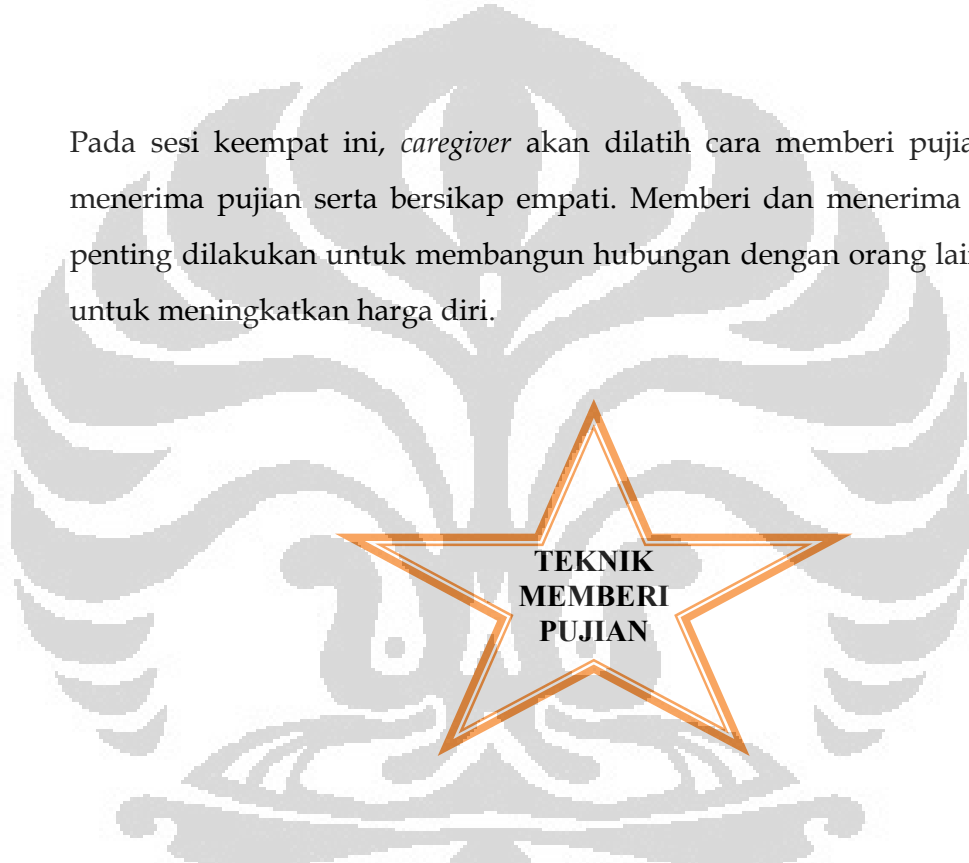
10.



Pasien : “Saya kira kau salah satu dari mereka yang disebut dengan orang yang tidak tahu diuntung”.

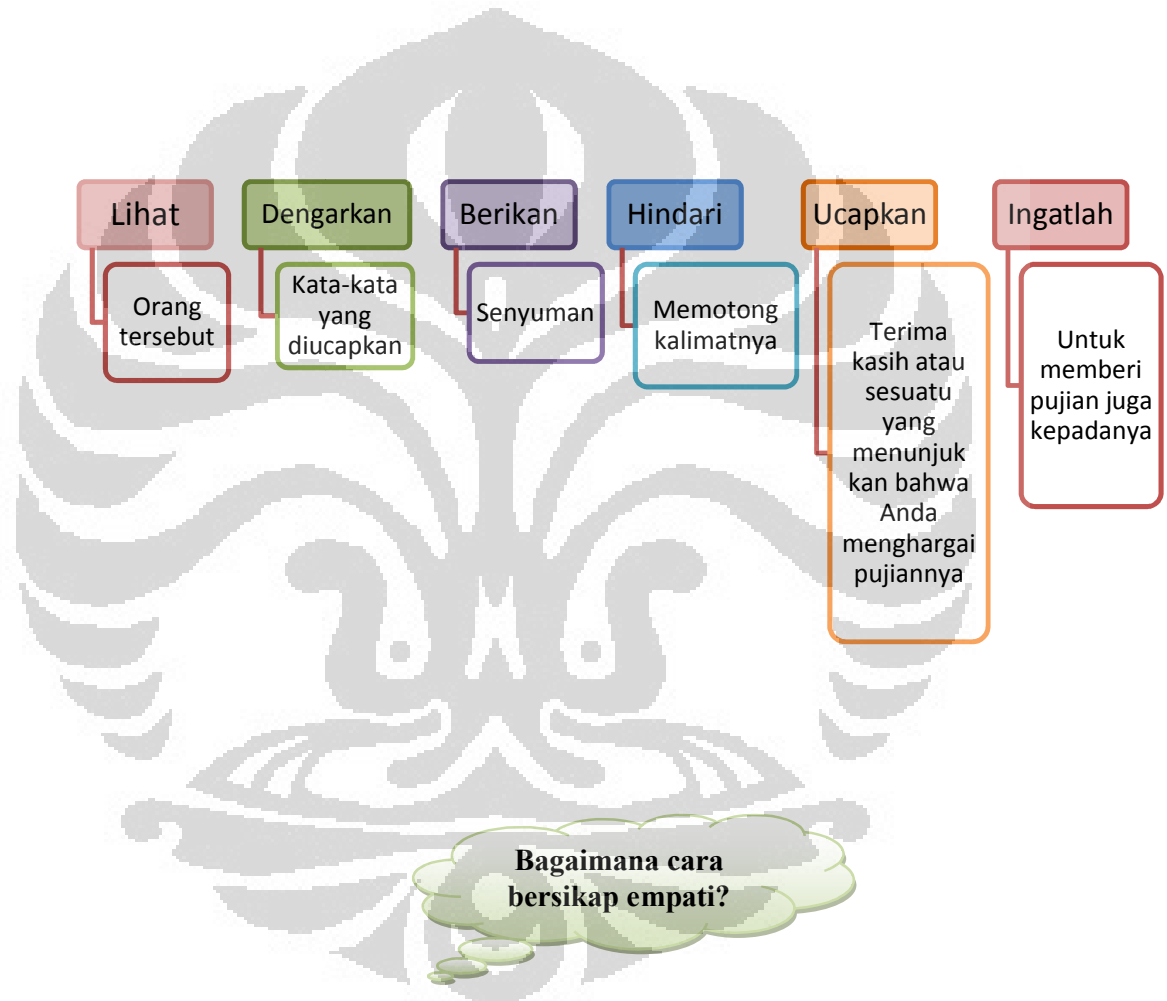
Anda : “Ya, terima kasih karena telah mengingatkan”.

Pada sesi keempat ini, *caregiver* akan dilatih cara memberi pujian dan menerima pujian serta bersikap empati. Memberi dan menerima pujian penting dilakukan untuk membangun hubungan dengan orang lain serta untuk meningkatkan harga diri.



Pikirkan	Ucapkan	Hindari	Berikan	Sesuaikan
<ul style="list-style-type: none">• Kata-kata yang tepat untuk diucapkan	<ul style="list-style-type: none">• Kalimat yang spesifik dengan sungguh-sungguh	<ul style="list-style-type: none">• Kata-kata yang berlebihan	<ul style="list-style-type: none">• Senyuman dan sikap antusias	<ul style="list-style-type: none">• Tempat• Bentuk hubungan Anda dengan orang tersebut

TEKNIK MENERIMA PUJIAN



1. Tingkatkan rasa iba
2. Tempatkan diri anda pada posisi pasien
3. Buka hati

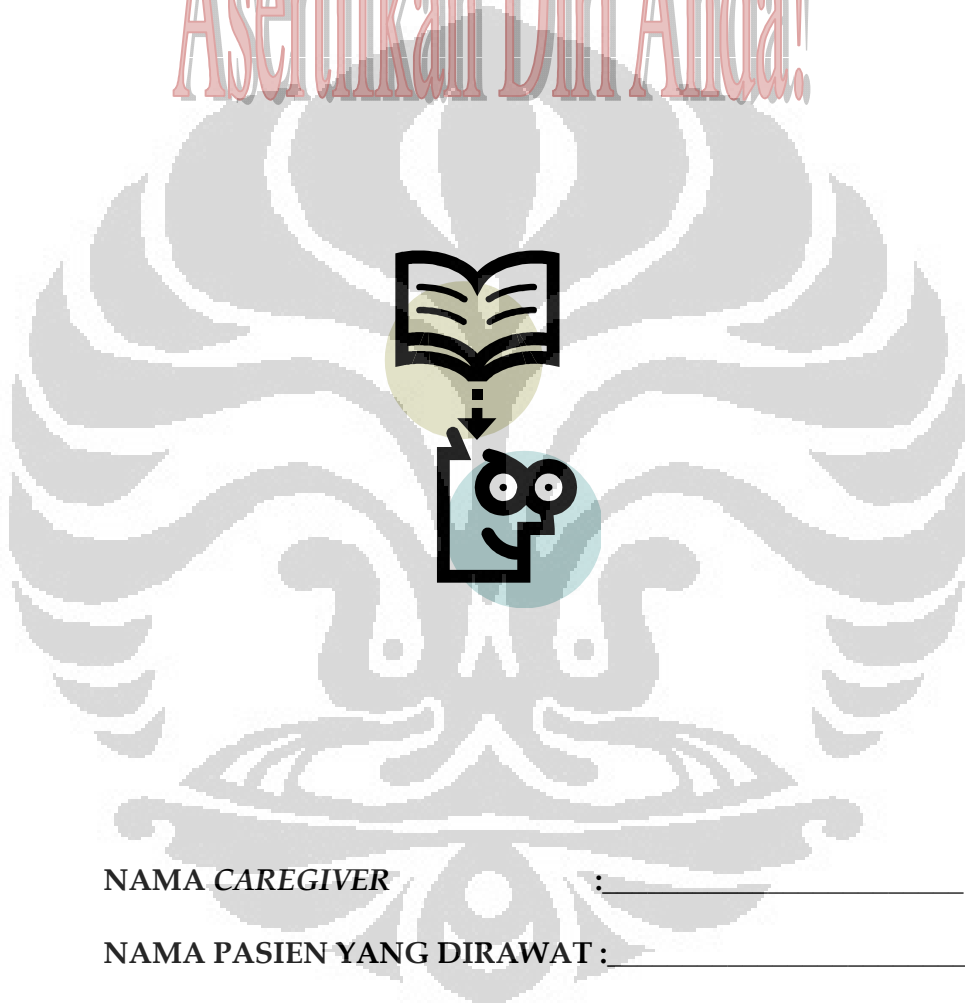
LATIHAN 4

Gambarkan perilaku anda saat berbicara dengan pasien yang anda rawat. Beri tanda centang (✓) pada kolom yang tersedia jika anda melakukannya dan beri tanda (-) bila anda **TIDAK** melakukannya.

No	PERILAKU	Uraian	Tanda
1.	Memberi pujian	<ul style="list-style-type: none">• Memikirkan kata-kata yang tepat untuk diucapkan	
		<ul style="list-style-type: none">• Memuji dengan sungguh-sungguh	
		<ul style="list-style-type: none">• Tidak berlebihan	
		<ul style="list-style-type: none">• Tersenyum	
		<ul style="list-style-type: none">• Menyesuaikan dengan tempat	
		<ul style="list-style-type: none">• Menyesuaikan dengan bentuk hubungan yang terjalin	
2.	Menerima pujian	<ul style="list-style-type: none">• Menatap lawan bicara	
		<ul style="list-style-type: none">• Mendengarkan ucapannya	
		<ul style="list-style-type: none">• Memberi senyuman	
		<ul style="list-style-type: none">• Tidak memotong kalimatnya	
		<ul style="list-style-type: none">• Mengucapkan terima kasih	
		<ul style="list-style-type: none">• Memberi pujian kembali pada lawan bicara	
3.	Bersikap empati	<ul style="list-style-type: none">• Tingkatkan rasa iba• Tempatkan diri anda pada posisinya• Membuka hati	

BUKU EVALUASI CAREGIVER

Asertifikan Diri Anda!



NAMA CAREGIVER : _____

NAMA PASIEN YANG DIRAWAT : _____

RUANGAN : _____

**BUKU EVALUASI
CAREGIVER**

Asertifkan Diri Anda!

TIM PENYUSUN

**Fitri Wijayati, S.Kep., Ns
Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2012**

SESI 1 : Pengenalan konsep teori latihan asertif, pemahaman dan klasifikasi dari perilaku asertif, serta hak dasar manusia

Hari :

Waktu :

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Menyampaikan pengalaman gaya komunikasi yang digunakan ke pasien					
2	Menyebutkan pengertian latihan asertif					
3	Menyebutkan pengertian perilaku asertif					
4	Menyebutkan klasifikasi perilaku asertif					
5	Menyebutkan hak dasar manusia					

SESI 2 : Pengembangan dan peningkatan keterampilan mendengar dan bertanya serta memahami konsep harga diri dan keterkaitannya dengan latihan asertif

Hari :

Waktu :

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Menyampaikan cara mengembangkan dan meningkatkan keterampilan mendengar					
2	Menyampaikan cara mengembangkan dan meningkatkan keterampilan bertanya					
3	Menyebutkan pengertian harga diri					
4	Menyebutkan kaitan antara harga diri dengan latihan asertif					
5	Mendemonstrasikan keterampilan mendengar					
6	Mendemonstrasikan keterampilan bertanya					

SESI 3 : Menghadapi kritik dan mengekspresikan rasa tidak puas serta mempelajari seni menolak dan meminta

Hari :

Waktu :

No	Kegiatan	Tanggal				
1	Menyampaikan cara menghadapi kritik					
2	Menyampaikan cara mengekspresikan rasa tidak puas					
3	Menyebutkan seni menolak yang baik					
4	Menyebutkan cara meminta yang baik					
5	Mendemonstrasikan ketrampilan menghadapi kritik					
6	Mendemonstrasikan ketrampilan mengekspresikan rasa tidak puas					
7	Mendemonstrasikan ketrampilan menolak					
8	Mendemonstrasikan ketrampilan meminta					

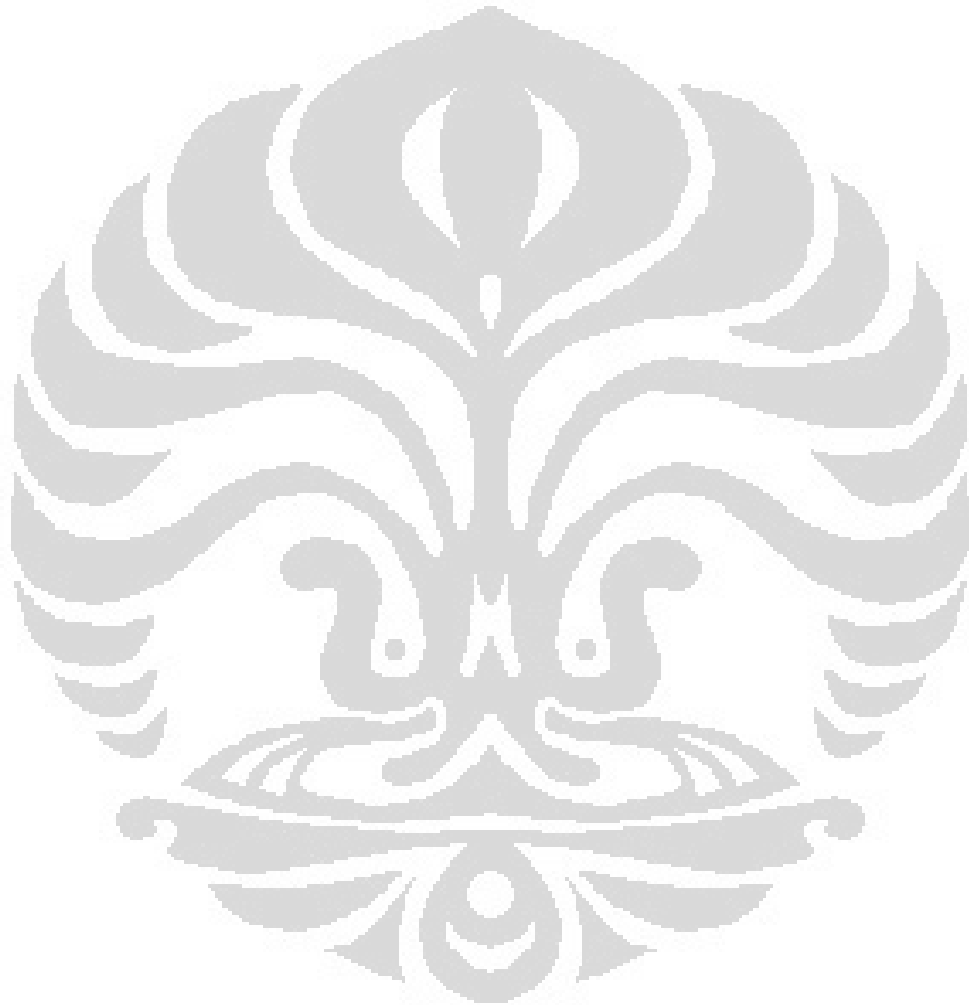
SESI 4 : Berlatih teknik latihan asertif termasuk komunikasi non verbal, dan latihan memberi dan menerima pujian, serta bersikap empati

Hari :

Waktu :

No	Kegiatan	Tanggal					
1	Menyampaikan cara memberi pujian						
2	Menyampaikan cara menerima pujian						
3	Menyampaikan cara bersikap empati						
4	Mendemonstrasikan keterampilan mendengar secara verbal						
5	Mendemonstrasikan keterampilan mendengar secara non verbal						
6	Mendemonstrasikan keterampilan bertanya secara verbal						
7	Mendemonstrasikan keterampilan bertanya secara non verbal						
8	Mendemonstrasikan keterampilan menghadapi kritik secara verbal						
9	Mendemonstrasikan keterampilan menghadapi kritik secara non verbal						
10	Mendemonstrasikan keterampilan mengekspresikan rasa tidak puas secara verbal						
11	Mendemonstrasikan keterampilan mengekspresikan rasa tidak puas secara non verbal						
12	Mendemonstrasikan keterampilan meminta secara verbal						
13	Mendemonstrasikan keterampilan meminta secara non verbal						
14	Mendemonstrasikan keterampilan menolak secara verbal						
15	Mendemonstrasikan keterampilan menolak secara non verbal						
16	Mendemonstrasikan keterampilan memberi pujian secara verbal						
17	Mendemonstrasikan keterampilan memberi pujian secara non verbal						

18	Mendemonstrasikan keterampilan menerima pujian secara verbal						
19	Mendemonstrasikan keterampilan menerima pujian secara non verbal						
20	Mendemonstrasikan keterampilan bersikap empati						



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Fitri Wijayati

Tempat, tanggal lahir : Ujung Pandang, 7 September 1978

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat Rumah : BTN Wahana Prima Asri Blok L No. 7 Kel. Mokoau. Kec. Kambu
Kota Kendari- Sulawesi Tenggara

Institusi : Poltekkes Kemenkes Kendari

Riwayat Pendidikan:

1. SDN Mangkura 1 Makassar, Tamat tahun 1991
2. SMP Kartika Chandra Kirana Makassar, Tamat tahun 1994
3. SMU Taman Siswa Makassar, Tamat tahun 1997
4. D3 Keperawatan Pemda Unaaha Kendari, Tamat tahun 2000
5. S1 Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar, Tamat tahun 2008
6. S2 Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta, Tamat tahun 2012

Riwayat Pekerjaan:

1. Staf Perawat RSUD Unaaha Kendari, Tahun 2000-2001
2. Staf Pengajar Poltekkes Kemenkes Kendari, Tahun 2002-Sekarang