

**PENGARUH TERAPI KOGNITIF TERHADAP MEKANISME KOPING
PASIEN HARGA DIRI RENDAH DI RUMAH SAKIT JIWA ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA**

SKRIPSI



**DISUSUN OLEH
ELIZA CAHYANI
1411308231057**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2016**

MOTTO

“Mencari ilmu itu wajib bagi setiap muslim, memberikan ilmu kepada orang yang bukan ahlinya seperti orang yang mengalungi babi dengan permata, mutiara, atau emas”(HR.Ibnu Majah)

“Orang-orang Yang Berhenti Belajar Akan Menjadi Pemilik Masa Lalu, Dan Orang-orang Yang Masih Terus Belajar, Akan Menjadi Pemilik Masa Depan”.....(Mario Teguh)

“Maka Jadikan Diri Kita Gemar Dalam Belajar, Sehingga Kita Bisa Selalu Termotivasi Untuk Belajar, dan Kita Akan Merasa Mudah Dalam Belajar”.....

“Tak Ada Kata Menyerah, Bagi Orang Yang Berjuang, Hasil Hanyalah Hadiah, Namun Proses Pencapaian Adalah Hakekatnya”

(Eliza Cahyani)

Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Mekanisme Koping Pasien Harga Diri Rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Eliza Cahyani¹, Rusni Masnina², Mukripah Damaiyanti²

INTISARI

Latar Belakang : Mekanisme koping dipengaruhi oleh konsep diri seseorang saat menghadapi suatu masalah. Sedangkan harga diri merupakan salah satu bagian dari konsep diri. Semakin sering seseorang memiliki pikiran negatif tentang dirinya maka semakin besar pula harga diri rendah yang dialaminya. Untuk hal itulah diperlukan terapi modalitas yang mampu memperbaiki kesalahan dan bias pikiran pasien ke arah pikiran yang lebih positif. Terapi kognitif diperlukan untuk merestrukturisasi pikiran yang tidak logis menjadi lebih rasional atau logis

Tujuan Penelitian : Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada pengaruh terapi kognitif terhadap mekanisme koping pasien harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

Metode Penelitian : Penelitian ini menggunakan metode pra eksperimen tanpa grup kontrol dengan total sampling sejumlah 17 responden yang seluruhnya mendapatkan terapi kognitif. Pengukuran mekanisme koping menggunakan pre dan post tes dengan ATQ kuisisioner sebanyak 30 pertanyaan, yang kemudian dianalisa dengan uji statistik T berpasangan.

Hasil Penelitian/Kesimpulan : Didapatkan hasil post test setelah diberikan terapi kognitif secara signifikan lebih rendah dari hasil pretestnya, dengan p value = 0,001 ($\alpha \leq 0,005$)

Saran : Terapi kognitif sangat bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan koping pasien sehingga perlu dilakukan secara berkala dan berkesinambungan selama masa perawatan di RS.

Kata kunci: Terapi kognitif, mekanisme koping, pasien dengan harga diri rendah

¹Mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Dosen Program Studi Sarjana Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

The Effect of Cognitive Therapy toward Coping Mechanisms Patient with Low Self-Esteem in RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Eliza Cahyani¹, Rusni Masnina², Mukripath Damaiyanti²

ABSTRACT

Background : Coping mechanisms are influenced by a person's self concept when facing a problem. While self-esteem is one part of the self concept . The more often a person has negative thoughts about themselves, the more low self-esteem suffered. That necessary for the therapeutic modalities that can improve the patient's mind error and bias towards more positive thoughts. Cognitive therapy is needed to restructure the illogical thoughts become more rational or logical

Objective : This study was conducted to determine whether there was influenced cognitive therapy to patients coping mechanisms of low self-esteem in Mental Hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda

Methods : This study used a method of pre experiment without a control group with a total sampling number of 17 respondents were entirely get cognitive therapy. Measurement of the coping mechanisms used pre and post test with ATQ questionnaire of 30 questions, which were then analyzed with a statistical test T pairs.

Results / Conclusion : Obtained results of post test after being given cognitive therapy significantly dropped lower than the pre test, with p value = 0.001 ($\alpha = 0.005$)

Suggestion : Cognitive Therapy very useful to increase the ability of patient coping mechaniscm so it needs to be done periodically during hospitalization.

Keywords, cognitive therapy, coping mechanisms, patients with low self-esteem

¹Mahasiswa Program S1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Dosen Program Sarjana Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

KATA PENGANTAR



Assalamu 'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur peneliti panjatkan atas kehadiran Allah SWT karena dengan rahmat dan inayah-Nya peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “ Pengaruh Terapi Kognitif terhadap Mekanisme Koping Pasien Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”. Penyusunan skripsi ini dibuat sebagai syarat untuk meraih gelar Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda Tahun Akademik 2015-2016.

Selama pembuatan skripsi ini peneliti banyak mendapat dukungan dan bantuan dari berbagai pihak sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu, peneliti menghaturkan terima kasih kepada :

1. Bapak Ghozali. MH. M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
2. Ibu dr. Hj. Padillah Mante Runa, M.Si, selaku Ketua Direktur RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
3. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, selaku Ketua Program Studi S1 Keperawatan pada STIKES Muhammadiyah Samarinda.
4. Ibu Rusni Masnina, S. Kp, MPH, selaku pembimbing I dan sekaligus penguji II dalam pembuatan skripsi ini.

5. Ibu , Ns. Mukhriyah Damaiyanti, S. Kep. MNS, selaku pembimbing II dan sekaligus penguji III dalam pembuatan skripsi ini.
6. Bapak Ns. Ramdhany Ismahmudi S.Kep, MPH selaku Penguji I dalam ujian sidang skripsi ini.
7. Bapak Ns. Faried R.H.,S.Kep.M.Kes, selaku Koordinator Mata Ajar Proposal Penelitian.
8. Keluarga tercinta, Suami dan anakku terkasih, orang tua dan saudara – saudaraku yang telah menjadi motivator dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
9. Teman seperjuangan dalam keadaan suka maupun duka yang telah membantu dan bersedia meluangkan waktu untuk menemani dalam mencari bahan–bahan materi.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan yang telah di berikan kepada peneliti. Peneliti juga menyadari bahwa dalam skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, peneliti mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun guna perbaikan dan menuju kepada kesempurnaan sehingga dapat bermanfaat secara maksimal untuk semua pihak dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.

Samarinda, 8 Agustus 2016

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR GAMBAR	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	8
E. Keaslian Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Telaah Pustaka	13

1. Teori Terapi Kognitif.....	13
2. Distorsi Kognitif	14
3. Tujuan Terapi Kognitif	16
4. Indikasi Terapi Kognitif.....	18
5. Tekhnik Terapi Kognitif	19
6. Langkah-langkah melakukan Terapi kognitif.....	27
7. Strategi Pendekatan.....	28
8. Mekanisme Koping.....	29
9. Harga Diri Rendah	42
10. Pikiran otomatis (<i>Automatic Thought</i>)	60
11. <i>Automatic Thought Questionarre</i>	61
B. Penelitian Terkait	64
C. Kerangka Teori Penelitian	67
D. Kerangka Konsep Penelitian	68
E. Hipotesis	68

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	70
B. Populasi dan Sampel	71
C. Waktu dan Tempat Penelitian	73
D. Definisi Operasional	73
E. Instrumen Penelitian	74
F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	75

G. Teknik Pengumpulan Data	76
H. Teknik Analisa Data	78
I. Etika Penelitian	84
J. Jalannya Penelitian	85
K. Jadwal Penelitian	86

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum RSJD AHM Samarinda.....	87
B. Hasil Penelitian	89
1. Karakteristik Responden	89
2. Tingkat Mekanisme Koping sebelum dan sesudah terapi kognitif	90
3. Pengaruh Terapi kognitif terhadap mekanisme koping....	91
C. Pembahasan	92
1. Karakteristik Responden.....	92
a. Umur	92
b. Jenis Kelamin.....	93
c. Lama Rawat.....	95
2. Pengaruh Terapi Kognitif.....	96
D. Keterbatasan Penelitian.....	100

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan	102
---------------------	-----

B. Saran 103

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

3.1 Tabel Definisi Operasional	73
4.1 Tabel Karakteristik Responden	89
4.2 Tabel Gambaran nilai pre tes dan post tes mekanisme koping	90
4.3 Tabel Hasil analisa Paired t-test.....	91

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Mekanisme Koping.....	29
Gambar 2.2 Rentang Respon Konsep Diri.....	44
Gambar 2.3 Pikiran Otomatis Negatif	61
Gambar 2.4 Kerangka Teori	67
Gambar 2.5 Kerangka Konsep.....	68
Gambar 3,1 Rancangan Penelitian	70

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Biodata Peneliti.

Lampiran 2 : SOP Pemberian Terapi Kognitif

Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden dan kuesioner *ATQ*.

Lampiran 4 : Lembar Kerja dan Observasi Terapi Kognitif.

Lampiran 5 : Surat Balasan dari Rumah Sakit Jiwa Atma Husada Mahakam

Lampiran 6 : Lembar Konsultasi Bimbingan Proposal.

Lampiran 7 : Jadwal Penelitian

Lampiran 8 : Hasil Analisa Statistik

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Maka jika seseorang mengalami gangguan dalam pikiran, perilaku, dan perasaan yang termanifestasi dalam sekumpulan gejala dan atau perubahan perilaku yang bermakna, serta dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia di sebut orang dengan gangguan jiwa (UU RI No.18 tahun 2014).

Masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia memang menjadi masalah yang sangat serius. WHO (*World Health Organization*) (2001) dalam Yosef (2007) menyatakan paling tidak ada satu dari empat orang di dunia mengalami masalah mental.

Salah satu pemicu terjadinya berbagai masalah dalam kesehatan jiwa adalah dampak modernisasi dimana tidak semua orang siap untuk menghadapi cepatnya perubahan dan kemajuan teknologi baru. Gangguan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung namun akan menyebabkan penderitanya menjadi tidak produktif dan

menimbulkan beban bagi keluarga penderita dan lingkungan masyarakat sekitarnya (Djarmiko, 2009).

Skizofrenia merupakan salah satu penyakit jiwa berat dan kronis. Sekitar 1 dari 100 manusia menderita *skizofrenia*, dan setiap 3 dari 4 penderita berumur 17-25 tahun. Dari jumlah penderita tersebut 95 % akan mengalaminya seumur hidup. Sebanyak 20%-50% penderita melakukan usaha bunuh diri dan 9%-13% berhasil melakukannya (Stuart dan Laraia, 2005).

Skizofrenia adalah sekumpulan sindroma klinik yang ditandai dengan perubahan kognitif, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku (Kaplan & Saddock, 2007). Gejala *skizofrenia* dibagi menjadi dua yaitu gejala positif seperti halusinasi, waham, disorganisasi tingkah laku dan bicara. Gejala negatifnya berupa apatis, alogia, afek datar, anhedonia, tidak memiliki kemauan (Videback, 2008).

Pasien yang dirawat dengan *skizofrenia*, memiliki beberapa masalah keperawatan, salah satunya harga diri rendah yang termasuk sebagai masalah keperawatan utama. Harga Diri Rendah (HDR) adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri dan sering disertai dengan kurangnya perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan menurun, tidak berani menatap lawan bicara lebih banyak menunduk, berbicara lambat dan nada suara lemah (Keliat, 2010).

Mekanisme koping merupakan perilaku mengatasi masalah atau kecenderungan perilaku individu dalam menghadapi suatu masalah yang menimbulkan stress, menghindari, menjauhi atau mengurangi stress dengan menyelesaikan masalah dan mencari dukungan sosial.(Chaplin, 2009). Pada seseorang yang mengalami skizofrenia, konflik yang terjadi dikarenakan mekanisme pertahanan dirinya maladaptif terhadap perubahan – perubahan yang terjadi, hingga timbulah ansietas (Hawari, 2008).

Perkembangan harga diri sejalan dengan konsep diri seseorang, tidak didapatkan saat lahir tetapi hasil dari pengalaman unik seseorang dalam dirinya sendiri (Stuart & Sundeen,2006). Sehingga dapat di tarik kesimpulan bahwa harga diri berkaitan erat dengan konsep diri seseorang yang nantinya berpengaruh terhadap mekanisme seseorang menghadapi suatu masalah.

Penanganan pasien skizofrenia meliputi tiga aspek, yakni biologi, psikologi dan sosial. Penanganan secara biologi berupa pemberian obat dan Electrocardio Therapy (ECT), sedangkan secara psikologis dengan pemberian psikoterapi. Psikoterapi terdiri dari terapi individu, terapi kelompok, terapi lingkungan dan terapi keluarga pada klien yang dirawat di lingkungan rumah sakit maupun lingkungan masyarakat (Vedebeck, 2008)

Terapi kognitif didasarkan pada pola pemikiran dan perilaku yang dapat mempengaruhi gejala dan ketidakmampuan yang mungkin menghambat proses penyembuhan (Dharmono, 2007). Terapi kognitif mencakup teknik relaksasi, manajemen stress, distraksi dan cara lain untuk membantu pasien dalam mengatasi apa yang dirasakan. Beberapa pasien tidak dapat atau tidak akan melaporkan secara verbal bahwa mereka mengalami masalah. Oleh karena itu perawat juga bertanggung jawab terhadap pengamatan perilaku non verbal yang dapat terjadi bersama (Smeltzer, 2002).

Upaya yang dilakukan untuk menangani klien harga diri rendah adalah dengan memberikan tindakan keperawatan generalis yang dilakukan oleh perawat pada semua jenjang pendidikan (Keliat & Akemat, 2010). Tindakan keperawatan yang dibutuhkan pada klien dengan harga diri rendah adalah terapi kognitif, terapi interpersonal, terapi tingkah laku, dan terapi keluarga (Kaplan & Saddock, 2010). Melalui terapi kognitif individu diajarkan/ dilatih untuk mengontrol distorsi pikiran/ gagasan/ ide dengan benar-benar mempertimbangkan faktor dalam berkembangnya dan menetapnya gangguan mood.

Terapi kognitif merupakan salah satu pendekatan dari *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT), yang sebenarnya meliputi *Rational Emotive Behavioral Therapy*, *Rational Living Therapy*, dan *Dialectic Behavioral Therapy*. CBT merupakan istilah yang sangat luas untuk kelompok terapi

yang sejenis. CBT secara adekuat direkomendasikan selama lebih dari 4 – 6 bulan dan dilakukan dalam 10 sesi (Ambarwati, 2009).

Berdasarkan penelitian di RSJD Surakarta, bahwa Terapi kognitif perilaku (Behaviour Cognitive Therapy, CBT) terbukti dapat meningkatkan mekanisme koping dan harga diri serta menurunkan kecemasan (Handayani, 2014). Adapula penelitian yang dilakukan pada kelompok pasien DM di RSUD Djamil Padang yang telah diberikan terapi kognitif dan logoterapi ternyata mampu meningkatkan kemampuan mengubah pikiran otomatis negatif dan sekaligus menurunkan keadaan depresi secara bermakna (Sarfiika, 2012). Begitupula penelitian yang dilaksanakan pada pasien gagal ginjal yang diberikan terapi kognitif mengalami perubahan mekanisme koping dan penurunan depresi secara bermakna (Kristyaningsih, 2009). Hal ini yang membangkitkan minat peneliti untuk melakukan penelitian dengan terapi kognitif

Prevalensi gangguan jiwa di Indonesia, yaitu 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang dari 220 juta jumlah penduduk. Prevalensi gangguan jiwa di Kaltim pada Riskesdas 2007 mencapai 1,3 % sedang prevalensi pada Riskesdas 2013 di Kaltim meningkat menjadi 1,4 % dan berada pada urutan kesembilan. Berdasarkan data tersebut terlihat jelas jumlah penduduk Kaltim yang mengalami gangguan jiwa semakin meningkat dari tahun ketahun.

Keperawatan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam mencatat, adanya peningkatan jumlah pasien yang mengalami HDR pada tahun 2013 dari 200 orang (17,1%) menjadi 214 orang (18,6%) dan pada tahun 2015 tercatat jumlah pasien yang masuk untuk rawat inap mencapai 1.453 orang dengan rata-rata jumlah perhari 121 orang, dengan masalah keperawatan halusinasi 389 orang menduduki peringkat pertama dan harga diri rendah 220 orang di peringkat ketiga. Berdasarkan data 3 bulan terakhir (Oktober – Desember 2015) didapatkan 30 pasien yang didiagnosa keperawatan HDR.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda merupakan salah satu pemberi pelayanan kesehatan jiwa yang mana memiliki perangkat pendukung untuk pelaksanaan pemenuhan terapi kognitif kepada pasien. Perawat lebih banyak waktu bersama pasien dibandingkan dengan tenaga kesehatan profesional lainnya, maka perawat mempunyai kesempatan untuk membantu menghilangkan masalah. Perawat pemberi asuhan keperawatan kepada klien diberbagai situasi dan keadaan, yang memberikan intervensi untuk meningkatkan kenyamanan (Ghandi, 2010)

Berdasarkan studi pendahuluan dan wawancara peneliti sebelumnya di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, kepada perawat penanggung jawab ruangan tepatnya di ruang Punai (

ruang bangsal wanita kelas III) didapatkan data 9 orang pasien yang telah dinyatakan pulang, dan berdasarkan hasil perbincangan dengan kesembilan pasien HDR di ruang punai yang dinyatakan pulang, mereka mengungkapkan perasaan ditelantarkan dan di tinggalkan karena belum di jemput pulang padahal sudah lama pasien diperbolehkan pulang. Sedangkan pada ruangan bangsal pria kelas III (ruang Belibis) diperoleh hasil berdasarkan wawancara pada 12 orang pasien yang dinyatakan boleh rawat jalan, 10 diantaranya menyatakan kecemasan dan pikiran tidak berguna yang sering kali datang disebabkan lamanya menunggu keluarga yang menjemput pulang atau antrian untuk dipulangkan secara *droping* dari RS.

Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda psikoterapi sendiri telah dilaksanakan dalam berbagai metode baik secara individu maupun kelompok, hal itu berupa Terapi Aktifitas Kelompok (TAK) sesuai diagnosa keperawatan, namun khusus untuk terapi kognitif belum pernah di lakukan di lingkungan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. (Rehabilitasi RSJD AHM, 2015)

Berdasarkan fenomena diatas peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul pengaruh terapi kognitif terhadap mekanisme koping pasien harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah " Apakah Ada Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Mekanisme Koping Pasien Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda?"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini secara umum adalah untuk mengetahui pengaruh terapi kognitif terhadap mekanisme koping pasien harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Karakteristik responden pasien harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda, yang meliputi Usia, jenis kelamin, pendidikan dan lamanya hari perawatan.
- b. Mengidentifikasi mekanisme koping pasien harga diri rendah sebelum dilakukan terapi kognitif di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
- c. Mengidentifikasi mekanisme koping pasien harga diri rendah setelah dilakukan terapi kognitif di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.
- d. Menganalisa pengaruh terapi kognitif terhadap mekanisme koping pasien harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma

Husada Mahakam Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bukti nyata akan pengaruh terapi kognitif terhadap mekanisme coping pasien sehingga dapat dijadikan suatu intervensi keperawatan untuk meningkatkan harga diri pada pasien-pasien harga diri rendah.

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan atau sumber informasi serta dasar pengetahuan bagi para mahasiswa-mahasiswa keperawatan dan dapat dijadikan sebagai materi latihan dalam menangani pasien dengan harga diri rendah.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menjadi data dasar untuk penelitian selanjutnya dan untuk menambah referensi tentang terapi kognitif juga bisa untuk dapat dilanjutkan pada penelitian-penelitian selain pada pasien harga diri rendah.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian dengan judul dan tema yang sama persis belum pernah ditemukan, tetapi yang berhubungan dengan terapi kognitif sebelumnya pernah diteliti oleh :

1. Suerni (2013) dengan judul Penerapan Terapi Kognitif Dan Psikoedukasi Keluarga Pada Klien Harga Diri Rendah Di Ruang Yudistira Rumah Sakit Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor. Metode yang dipakai adalah studi kasus. Pada 15 klien diberikan tindakan keperawatan generalis dan terapi kognitif serta pada 20 klien diberikan tindakan keperawatan generalis, terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga. Hasil penerapan pada kelompok klien dengan tindakan keperawatan generalis dan terapi kognitif menunjukkan penurunan tanda dan gejala rata-rata 54,94%, peningkatan kemampuan rata-rata 89,57%, lama rawat rata-rata 37 hari. Hasil penerapan pada klien dengan tindakan keperawatan generalis, terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga menunjukkan penurunan tanda dan gejala rata-rata 71,2%, peningkatan kemampuan klien rata-rata 100%, peningkatan kemampuan keluarga 98%, lama rawat rata-rata 26 hari. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah terletak pada judul, variabel, sampel dan tempat. Pada penelitian ini akan meneliti tentang pengaruh terapi kognitif terhadap mekanisme coping pasien harga diri rendah
2. Jihan (2009) dengan judul Efektifitas Terapi Perilaku Kognitif (*Cognitive Behaviour Therapy*) Relaksasi dan Distraksi pada Pasien Kanker dengan Nyeri Kronis di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam

Malik Medan. Desain yang digunakan dalam penelitian ini *quasy eksperiment, pre test, post test* desain pada kedua kelompok intervensi yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap penurunan nyeri pada pasien kanker dengan nyeri kronis. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien dengan nyeri kronis yang mengalami pengobatan di ruang Rindu B2 RSUP H Adam Malik Medan sebanyak 16 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner skala pengukuran intensitas nyeri menggunakan *verbal numerical rating scale*. Uji analisis menggunakan uji *paired t-test* dan *independen t-test*. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan, perbedaan meliputi : judul, variabel, sampel dan tempat. Pada penelitian ini akan meneliti tentang pengaruh terapi kognitif terhadap mekanisme coping pasien harga diri rendah. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain penelitian pra eksperimen sedangkan sampel yang digunakan adalah pasien harga diri rendah yang masih dalam perawatan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. . Uji bivariat dalam penelitian yang akan dilakukan menggunakan *paired T- test* dan uji *Wilcoxon Match Pairs Test*.

3. Setyarini (2012), dengan judul Pengaruh Terapi Kognitif Perilaku Terhadap Perubahan Tingkat Depresi Pada Lansia di Panti Werdha

Karitas Cimahi. Metode pada penelitian ini menggunakan pendekatan riset kuantitatif dengan desain "*pre experimental*" dengan rancangan penelitian "*one-group pretest-posttest design*", dengan memberikan terapi kognitif perilaku pada lansia dengan metode pre dan post test saat dilakukan pemberian terapi dan akan diukur dengan menggunakan alat ukur *Zung Self-Rating Depression Scale* (ZSDS), teknik sampel menggunakan *total sampling* sebanyak 15 orang lansia. Hasil pengukuran pada penelitian ini menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test*. Perbedaan dengan penelitian yang akan dilakukan meliputi : judul, variabel, sampel dan tempat. Pada penelitian ini akan meneliti tentang pengaruh terapi kognitif terhadap mekanisme koping pasien harga diri rendah. Tehnik sampling yang digunakan dalam penelitian yang akan dilakukan adalah jenis sampel *nonprobability sampling*, dengan teknik pengambilan sampelnya adalah *total sampling*. Uji bivariat dalam penelitian yang akan dilakukan menggunakan *paired T- test* dan uji *Wilcoxon Match Pairs Test*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Pengertian Terapi Kognitif

Kognitif adalah suatu tindakan atau proses memahami. Terapi kognitif menjelaskan bahwa bukan suatu peristiwa yang menyebabkan kecemasan dan tanggapan maladaptif melainkan harapan masyarakat, penilaian, dan interpretasi dari setiap peristiwa ini. Sugesti bahwa perilaku maladaptif dapat diubah oleh berhubungan langsung dengan pikiran dan keyakinan orang (Stuart, 2009).

Secara khusus, terapi kognitif percaya bahwa respon maladaptif muncul dari distorsi kognitif. Distorsi kognitif merupakan kesalahan logika, kesalahan dalam penalaran, atau pandangan individual dunia yang tidak mencerminkan realitas. distorsi dapat berupa positif atau negatif. Misalnya, seseorang yang secara konsisten dapat melihat kehidupan dengan cara yang realistis positif dan dengan demikian mengambil peluang berbahaya, seperti menyangkal masalah kesehatan dan mengaku sebagai "terlalu muda dan sehat untuk serangan jantung". distorsi kognitif mungkin juga negatif, seperti yang diungkapkan oleh orang yang menafsirkan semua situasi kehidupan

disayangkan sebagai bukti kurang lengkap diri. Distorsi kognitif umum tercantum dalam tabel di bawah ini (Stuart, 2009)

2. Tabel Bentuk Distorsi Kognitif (Stuart, 2009)

No	Kelainan Kongnisi	Pengertian	Contoh
1	<i>Overgeneralization</i>	Mendengarkan kesimpulan secara menyeluruh segala sesuatu berdasarkan kejadian tunggal.	Seseorang mahasiswa yang gagal dalam satu ujian mengatakan : “kayaknya saya enggak akan lulus dalam setiap ujian”.
2	<i>Personalization</i>	Menghubungkan kejadian diluar terhadap dirinya meskipun hal tersebut tidak beralasan.	“ atasan saya mengatakan produktivitas perusahaan sedang menurun tahun ini, saya yakin kalau pernyataan ini ditujukan pada diri saya”.
3	<i>Dichotomus thinking</i>	Berfikir ekstrim, menganggap segala sesuatunya selalu sangat bagus atau buruk.	“ Bila suami saya meninggalkan saya, saya pikir saya lebih baik mati”.
4	<i>Catastrophizing</i>	Berfikir sangat buruk tentang orang dan	“saya lebih baik tidak mengisi formulir promosi jabatan itu, sebab saya

		kejadian.	tidak menginginkan dan tidak akan nyaman dengan jabatan itu”
No	Kelainan Kongnisi	Pengertian	Contoh
5	<i>Selective abstraction</i>	Berfokus pada detail, tetapi tidak relevan dengan informasi yang lain.	Seorang istri percaya bahwa suaminya tidak mencintainya sebab ia datang terlambat dari pekerjaannya, tetapi ia mengabaikan perasaannya, hadiah dari suaminya tetap diterima dan libur bersama tetap direncanakan.
6	<i>Arbitrary inference</i>	Menggambarkan kesimpulan yang salah tanpa didukung data.	Teman saya tidak pernah lama menyukai saya sebab ia tidak mau diajak pergi.
7	<i>Mind reading</i>	Percaya bahwa seseorang mengetahui pemikiran orang lain tanpa	Mereka pasti berfikir bahwa dirinya terlalu kurus atau terlalu gemuk.

		mengecek kebenarannya.	
8	<i>Magnification</i>	Exaggregating the importance of events.	Saya telah meninggalkan makan malam saya, hal ini menunjukkan betapa tidak kompetennya saya.
9	<i>Externalization of self worth</i>	Menentukan tata nilai sendiri untuk diterapkan pada orang lain.	Saya sudah berusaha untuk kelihatan baik setiap waktu tetapi teman-teman saya yang tidak menginginkan saya berada di sampingnya.

Terapi kognitif merupakan terapi jangka pendek terstruktur berorientasi terhadap masalah saat ini dan bersifat individu. Terapi kognitif adalah terapi yang mempergunakan pendekatan terstruktur, aktif, direktif dan berjangka waktu singkat, untuk menghadapi berbagai hambatan dalam kepribadian, misalnya ansietas atau depresi (Singgih, 2007).

3. Tujuan Terapi Kognitif

Menurut Setyoadi, dkk (2011) beberapa mekanisme koping dengan menggunakan terapi kognitif adalah sebagai berikut:

- a. Membantu klien dalam mengidentifikasi, menganalisis, dan

menentang keakuratan kognisi negative klien. Selain itu, juga untuk memperkuat persepsi yang lebih akurat dan mendorong perilaku yang dirancang untuk mengatasi gejala depresi. Dalam beberapa penelitian, terapi ini sama efektifnya dengan terapi depresan.

- b. Menjadikan atau melibatkan klien subjek terhadap uji realitas.
- c. Memodifikasi proses pemikiran yang salah dengan membantu klien mengubah cara berpikir atau mengembangkan pola fikir yang rasional.
- d. Membentuk kembali fikiran individu dengan menyangkal asumsi yang *maladaptive*, pikiran yang mengganggu secara otomatis, serta proses pikir tidak logis yang dibesar-besarkan. Berfokus pada pikiran individu yang menentukan sifat fungsionalnya.
- e. Menghilangkan sindrom depresi dan mencegah kekambuhan. Tanda dan gejala depresi dihilangkan melalui usaha yang sistematis yaitu mengubah cara berpikir *maladaptive* dan otomatis. Dasar pendekatannya adalah suatu asumsi bahwa kepercayaan-kepercayaan yang mengalami distorsi tentang diri sendiri, dunia, dan masa depan yang dapat menyebabkan depresi. Klien menyadari kesalahan cara berpikirnya. Kemudian klien harus belajar cara merespon kesalahan tersebut dengan cara yang lebih adaptif. Dengan perspektif kognitif, klien dilatih

untuk mengenal dan menghilangkan pikiran-pikiran dan harapan-harapan *negative*. Cara lain adalah dengan membantun klien mengidentifikasi kondisi *negative*, mencari alternative, membuat skema yang sudah ada menjadi lebih fleksibel, dan mencari kognisi perilaku baru yang lebih adaptif.

- f. Membantu menargetkan proses berpikir serta perilaku yang menyebabkan dan mempertahankan panik atau kecemasan. Dilakukan dengan cara penyuluhan klien, restrukturisasi jognitif, pernapasan rileksasi terkendali, umpan balik biologis, mempertanyakan bukti, memeriksa alternative, dan *reframing*.
- g. Menempatkan individu pada situasi yang biasanya memicu perilaku gangguan obsesif kompulsif dan selanjutnya mencegah responsnya. Misalnya dengan cara pelimpahan atau pencegahan respons, mengidentifikasi, dan merestrukturisasi distorsi kognitif melalui psikoedukasi.
- h. Membantu individu mempelajari respons rileksasi, membentuk hirarki situasi fobia, dan kemudian secara bertahap dihadapkan pada situasinya sambil tetap mempertahankan respons rileksasi misalnya dengan cara desensitisasi sistematis. Restrukturisasi kognitif bertujuan untuk mengubah persepsi klien terhadap situasi yang ditakutinya.
- i. Membantu individu memandang dirinya sebagai orang yang

berhasil bertahan hidup dan bukan sebagai korban, misalnya dengan cara restrukturisasi kognitif.

- j. Membantu mengurangi gejala klien dengan restrukturisasi system keyakinan yang salah.
- k. Membantu mengubah pemikiran individu dan menggunakan latihan praktik untuk meningkatkan aktivitas sosialnya.
- l. Membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal.

4. Indikasi Terapi Kognitif

Menurut Setyoadi, dkk (2011) terapi kognitif efektif untuk sejumlah kondisi psikiatri yang lazim, terutama:

- a. Depresi (ringan sampai sedang).
- b. Gangguan panik dan gangguan cemas menyeluruh atau kecemasan.
- c. Individu yang mengalami stress emosional.
- d. Gangguan obsesif kompulsif (*obsessive compulsive disorder*) yang sering terjadi pada orang dewasa dan memiliki respon terhadap terapi perilaku dan antidepresan – jarang terjadi pada awal masa anak-anak, meskipun kompulsi terisolasi sering terjadi.
- e. Gangguan fobia (misalnya agoraphobia, fobia social, fobia spesifik).
- f. Gangguan stress pascatrauma (*post traumatic stress disorder*).

- g. Gangguan makan (anoreksia nervosa).
- h. Gangguan mood.
- i. Gangguan psikoseksual
- j. Mengurangi kemungkinan kekambuhan berikutnya.

5. Teknik Terapi Kognitif

Menurut Yosep (2009) ada beberapa teknik kognitif terapi yang harus diketahui oleh perawat jiwa. Pengetahuan tentang teknik ini merupakan syarat agar peran perawat jiwa bisa berfungsi secara optimal. Dalam pelaksanaan teknik-teknik ini harus dipadukan dengan kemampuan lain seperti teknik komter, *milieu therapy* dan *counseling*. Beberapa teknik tersebut antara lain:

a. Teknik Restrukturisasi Kognisi (*Restructuring Cognitive*)

Perawat berupaya untuk memfasilitasi klien dalam melakukan pengamatan terhadap pemikiran dan perasaan yang muncul. Teknik restrukturisasi dimulai dengan cara memperluas kesadaran diri dan mengamati perasaan dan pemikiran yang mungkin muncul. Biasanya dengan menggunakan pendekatan 5 kolom. Masing-masing kolom terdiri atas perasaan dan pikiran yang muncul saat menghadapi masalah terutama yang dianggap menimbulkan kecemasan saat ini. Perawat jiwa dapat memberikan blanko *restructuring cognitive*, untuk kemudian diisi oleh klien.

Setelah mendapat penjelasan seperlunya, maka hasil analisa klien dan blanko yang sudah terisi dibahas secara bersama.

b. Teknik Penemuan Fakta-Fakta (*Questioning the evidence*)

Perawat jiwa mencoba memfasilitasi klien agar membiasakan menuangkan pikiran-pikiran abstraknya secara konkrit dalam bentuk tulisan untuk memudahkan menganalisanya. Tahap selanjutnya yang harus dilakukan perawat saat memfasilitasi kognitif terapi adalah mencari fakta untuk mendukung keyakinan dan kepercayaannya. Klien yang mengalami distorsi dalam pemikirannya seringkali memberikan bobot yang sama terhadap semua sumber data atau data-data yang tidak disadarinya, seringkali klien menganggap data-data itu mendukung pemikiran buruknya. Data bisa diperoleh dari staf, keluarga atau anggota lain dalam masyarakat sebagai support dalam lingkungan sosialnya. Lingkungan tersebut dapat memberikan masukan yang lebih realistik kepada klien dibanding dengan pemikiran-pemikiran buruknya. Dalam hal ini penemuan fakta dapat berfungsi sebagai penyeimbang pendapat klien tentang pikiran buruknya. Berdasarkan data-data yang bisa dipercaya klien bisa mengambil kesimpulan yang tepat tentang perasaanya selama ini.

c. Teknik penemuan alternatif (*examining alternatives*)

Banyak klien melihat bahwa masalah terasa sangat berat karena tidak adanya *alternative* pemecahan lagi. Khususnya pada pasien depresi dan percobaan bunuh diri. Latihan menemukan dan mencari alternatif-alternatif pemecahan masalah klien bisa dilakukan antara klien dengan bantuan perawat. Klien dianjurkan untuk menuliskan masalahnya. Mengurutkan masalah-masalah paling ringan dulu. Kemudian mencari dan menemukan alternatifnya. Klien depresi atau klien klien gangguan jiwa lain menganggap masalahnya rumit karena akumulasi berbagai masalah seperti: listrik belum dibayar, suami selingkuh, anak sakit, genteng bocor dan lain-lain. Bila diurutkan dari yang paling ringan biasanya klien bisa menemukan alternatif – alternatif yang bisa dilakukan. Sebagai contoh *alternatif* listrik belum dibayar klien boleh memikirkan tentang : mungkin perlu surat keterangan tidak mampu, menerima pemutusan sementara, mengganti dengan alat penerangan lain, gabung dengan tetangga, bermusyawarah dengan keluarga yang lebih mampu dan sebagainya. Disini penting sekali bagi perawat jiwa untuk merangsang klien agar berani berfikir “lain dari yang biasany “ atau berani “berpikir beda”.

d. Dekatastropik (*decatastrophizing*)

Teknik dekatastropik dikenal juga dengan teknik bila dan apa (*the what-if then*). Hal ini meliputi upaya menolong klien untuk melakukan evaluasi terhadap situasi dimana klien mencoba memandang masalahnya secara berlebihan dari situasi alamiah untuk melatih beradaptasi dengan hal terburuk dengan apa-apa yang mungkin terjadi.

e. *Reframing*

Reframing adalah strategi dalam merubah persepsi klien terhadap situasi atau perilaku. Hal ini meliputi memfokuskan terhadap sesuatu atau aspek lain dari masalah atau mendukung klien untuk melihat masalahnya dari sudut pandang saja. Perawat jiwa penting untuk memperluas kesadaran tentang keuntungan-keuntungan dan kerugian-kerugian dari masalah. Hal ini dapat menolong klien melihat masalah secara seimbang dan melihat dalam prespektif yang baru. Dengan memahami aspek positif dan negatif dari masalah yang dihadapi klien dapat memperluas kesadaran dirinya. Strategi ini juga dapat memicu kesempatan pada klien untuk merubah dan menemukan makna baru, sebab begitu makna berubah maka akan berubah perilaku klien. Sebagai contoh, PHK dapat dipandang sebagai stressor tetapi setelah klien merubah makna PHK, ia dapat berfikir bahwa PHK merupakan

kesempatan untuk belajar bisnis, menemukan pengalaman baru, banyaknya waktu bersama keluarga, saatnya belajar *home industry* dan meraih peluang kerja yang lainnya.

f. *Thought Stopping*

Kesalahan berpikir sering kali menimbulkan dampak seperti bola salju bagi klien. Awalnya masalah tersebut kecil, tetapi lama kelamaan menjadi sulit dipecahkan. Teknik berhenti memikirkannya (*thought stoping*) sangat baik digunakan pada saat klien mulai memikirkan sesuatu sebagai masalah. Klien dapat menggambarkan bahwa masalahnya sudah selesai. Menghayalkan bahwa bel berhenti berbunyi. Menghayalkan sebuah bata di dinding yang digunakan untuk menghentikan berpikir *dysfunctional*. Untuk memulainya, klien diminta untuk menceritakan masalahnya dan mengatakan rangkuman masalahnya dalam khayalan. Perawat menyela khayalan klien dengan cara mengatakan keras-keras “berhenti”. Setelah itu klien mencoba sendiri untuk melakukan sendiri tanpa selaan dari perawat. Selanjutnya klien mencoba menerapkannya dalam situasi keseharian.

g. *Learning New Behavior With Modeling*

Modeling adalah strategi untuk merubah perilaku baru dalam meningkatkan kemampuan dan mengurangi perilaku yang tidak dapat diterima. Sasaran perilakunya adalah memecahkan masalah-masalah yang disusun dalam beberapa urutan kesulitannya. Kemudian klien melakukan observasi pada seseorang yang berhasil memecahkan masalah yang serupa dengan klien dengan cara modifikasi dan mengontrol lingkungannya. Setelah itu klien meniru perilaku orang yang dijadikan model. Awalnya klien melakukan pemecahan secara bersama dengan fasilitator. Selanjutnya klien mencoba memecahkannya sendiri sesuai dengan pengalaman yang diperolehnya bersama fasilitator. Sebagai contoh pada klien yang memiliki stressor kesulitan ekonomi, klien bisa ikut magang dulu sambil belajar bisnis atau berdagang dengan orang lain, setelah mendapat pengalaman klien bisa melakukannya sendiri.

h. Membentuk Pola (*shaping*)

Membentuk pola perilaku baru oleh perilaku yang diberikan *reinforcement*. Misalnya anak yang bandel dan tidak akur dengan orang lain berniat untuk damai dan hangat dengan orang lain, maka pada saat niatnya itu menjadi kenyataan, klien diberi pujian.

i. *Token Economy*

Token economy adalah bentuk *reinforcement* positif yang sering digunakan pada kelompok anak-anak atau klien yang mengalami masalah psikiatrik. Hal ini dilakukan secara konsisten pada saat klien mampu menghindari perilaku buruk atau melakukan hal yang baik. Misalnya setiap berhasil bangun pagi klien mendapat permen, setiap bangun kesiangan mendapat tanda silang atau gambar bunga berwarna hitam. Kegiatan berlangsung terus menerus sampai suatu saat jumlahnya diakumulasikan.

j. *Role Play*

Role play memungkinkan klien untuk belajar menganalisa perilaku salahnya melalui kegiatan sandiwara yang bisa dievaluasi oleh klien dengan memanfaatkan alur cerita dan perilaku orang lain. Klien dapat menilai dan belajar mengambil keputusan berdasarkan konsekuensi-konsekuensi yang ada dalam cerita. Klien biasa melihat akibat-akibat yang akan terjadi melalui cerita. Misalnya klien melihat *role play* tentang seorang pasien yang tidak mau makan obat, tidak mau mandi dan sering merokok

k. *Social skill Training*.

Teknik ini didasari oleh sebuah keyakinan bahwa keterampilan apapun diperoleh sebagai hasil belajar. Beberapa prinsip untuk memperoleh keterampilan baru bagi klien adalah:

l. *Feedback*

Sebagai contoh bagi klien pemalas (*abulia*), dapat diajarkan keterampilan membersihkan lantai, perawat mendemonstrasikan cara membersihkan lantai yang baik, selanjutnya perawat mengupayakan agar klien mempraktikkan sendiri. Perawat melakukan feedback dengan cara menilai dan memperbaiki kegiatan yang masih belum selesai harapan.

m. *Anversion Theraphy*

Anversion theraphy bertujuan untuk menghentikan kebiasaan-kebiasan buruk klien dengan cara mengaversikan kegiatan buruk tersebut dengan sesuatu yang tidak disukai. Misalnya kebiasaan menggigit penghapus saat *boring* dengan cara membayangkan bahwa penghapus itu dianggap sebagai cacing atau ulat yang menjijikan. Setiap klien kegemukan melakukan kebiasaan *ngemilmakanan*, maka ia dianjurkan untuk membayangkan kotoran kambing yang dimakan terus.

n. *Contingency Contracting*

Contingency contracting berfokus pada perjanjian yang dibuat antara therapist dalam hal ini perawat jiwa dengan klien. Perjanjian dibuat dengan *punishment* dan *reward*. Misalnya bila klien berhasil mandi tepat waktu atau meninggalkan kebiasaan merokok maka

pada saat bertemu dengan perawat hal tersebut akan diberikan reward. Konsekuensi yang berat telah disepakati antara klien dengan perawat terutama bila klien melanggar kebiasaan buruk yang sudah disepakati untuk ditinggalkan.

Menurut Setyoadi, dkk (2011) teknik yang digunakan dalam melakukan terapi kognitif adalah sebagai berikut:

1. Mendukung klien untuk mengidentifikasi kognisi atau area berpikir dan keyakinan yang menyebabkan khawatir.
2. Menggunakan teknik pertanyaan *Socratic* yaitu meminta klien untuk menggambarkan, menjelaskan dan menegaskan pikiran negative yang merendahkan dirinya sendiri. Dengan demikian, klien mulai melihat bahwa asumsi tersebut tidak logis dan tidak rasional.
3. Mengidentifikasi interpretasi yang lebih nyata mengenai diri sendiri, nilai diri dan dunia. Dengan demikian, klien membentuk nilai dan keyakinan baru, dan distress emosional menjadi hilang.

6. Langkah-Langkah Melakukan Terapi Kognitif

Menurut Setyoadi, dkk (2011) terapi kognitif dipraktikan diluar sesi terapi dan menjadi modal utama dalam mengubah gejala. Terapi berlangsung lebih kurang 12-16 sesi yang terdiri atas:

- a. Fase awal (sesi 1-4)
 - 1). Membentuk hubungan terapeutik dengan klien.
 - 2). Mengajarkan klien tentang bentuk kognitif yang salah serta pengaruhnya terhadap emosi dan fisik.
 - 3). Menentukan tujuan terapi.
 - 4). Mengajarkan klien untuk mengevaluasi pikiran-pikiran yang otomatis.
- b. Fase pertengahan (sesi 5-12)
 - 1). Mengubah secara berangsur-angsur kepercayaan yang salah.
 - 2). Membantu klien mengenal akar kepercayaan diri. Klien diminta mempraktikkan keterampilan berespons terhadap hal-hal yang menimbulkan depresi dan memodifikasinya.
- c. Fase akhir (13-16)
 - 1). Menyiapkan klien untuk terminasi dan memprediksi situasi beresiko tinggi yang relevan untuk terjadinya kekambuhan.
 - 2). Mengonsolidasikan pembelajaran melalui tugas-tugas terapi sendiri.

7. **Strategi Pendekatan**

Menurut Setyoadi, dkk (2011) strategi pendekatan terapi kognitif antara lain:

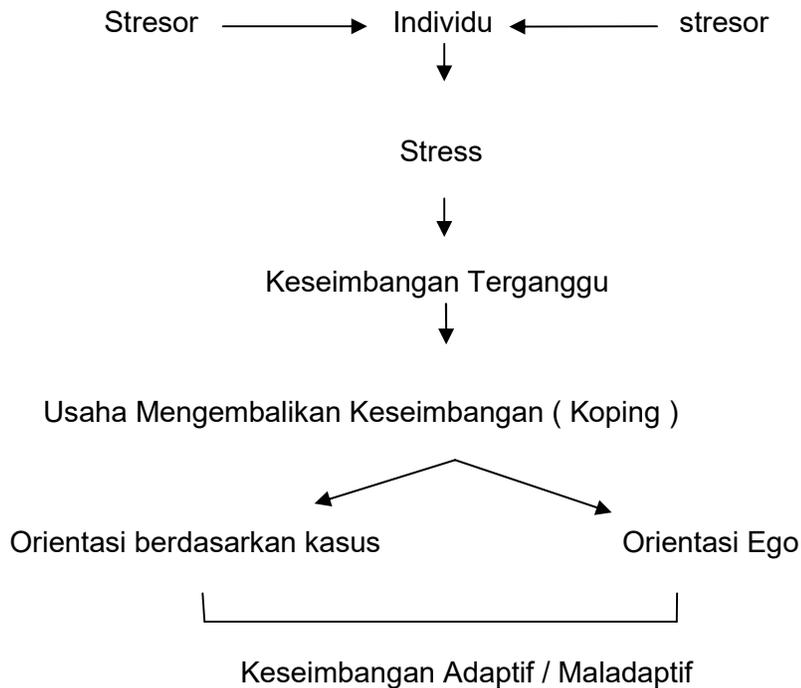
- a. Menghilangkan pikiran otomatis.
- b. Menguji pikiran otomatis.
- c. Mengidentifikasi asumsi maladaptif.
- d. Menguji validitas asumsi maladaptif.

8. Mekanisme Koping

a. Pengertian

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam. Mekanisme koping merupakan suatu proses dimana individu berusaha untuk menanggapi dan menguasai situasi stres yang menekan akibat dari masalah yang sedang dihadapinya dengan cara melakukan perubahan kognitif maupun perilaku guna memperoleh rasa aman dalam dirinya.

Mekanisme koping adalah menunjuk pada baik mental maupun perilaku, untuk menguasai, mentoleransi, mengurangi, atau minimalisasikan suatu situasi atau kejadian yang penuh tekanan.



Gambar 2.1 Mekanisme koping (Stuart & Sundeen, 2006)

b. Penggolongan Mekanisme Koping

Mekanisme koping berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2 (dua) (Stuart dan Sundeen, 2006) yaitu :

1). Mekanisme koping adaptif

Mekanisme koping yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, teknik relaksasi, latihan seimbang dan aktivitas *konstruktif*.

2). Mekanisme Koping Maladaptif

Mekanisme koping yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan / tidak makan, bekerja berlebihan, menghindar.

c. Aspek-Aspek Koping

Koping dapat dikaji melalui berbagai aspek, salah satunya adalah aspek psikososial sebagai berikut :

1). Reaksi orientasi tugas berorientasi terhadap tindakan untuk memenuhi tuntutan dari situasi stres secara *realistis*, dapat berupa *konstruktif* atau *destruktif*. Misalnya sebagai berikut :

(a). Perilaku menyerang (*agresif*)

Biasanya untuk menghilangkan atau mengatasi rintangan untuk memuaskan kebutuhan.

(b). Perilaku menarik diri (*Isos*)

Digunakan untuk menghilangkan sumber – sumber ancaman, baik secara fisik atau psikologis.

(c). Perilaku Kompromi (*Win – win solution*)

Digunakan untuk mengubah cara melakukan, tujuan, atau memuaskan aspek kebutuhan pribadi seseorang.

2). Mekanisme pertahanan ego seseorang sering disebut sebagai mekanisme pertahanan mental. Adapun mekanisme pertahanan ego adalah sebagai berikut :

(a). Kompensasi

Proses dimana seseorang memperbaiki penurunan citra diri secara tegas menonjolkan keistimewaan atau kelebihan yang dimiliki atau menutupi kelemahannya dengan menonjolkan kelebihannya.

(b). Penyangkalan (*denial*)

Menyatakan ketidaksetujuan terhadap realitas dengan mengingkari realitas tersebut atau menolak untuk menerima atau menghadapi kenyataan yang tidak enak. Mekanisme pertahanan ini adalah yang paling sederhana dan primitif.

(c). Pemindahan (*displacement*)

Pengalihan emosi yang semula ditunjukkan pada seseorang atau benda lain yang biasanya netral atau lebih sedikit mengancam dirinya.

(d). *Disosiasi*

Pemisahan sesuatu kelompok proses mental atau perilaku dari kesadaran atau identitasnya. Keadaan dimana terdapat dua atau lebih kepribadian pada diri seorang individu.

(e). Identifikasi (*identification*)

Proses dimana seseorang untuk menjadi seseorang yang ia kagumi berupaya dengan mengambil atau menirukan pikiran – pikiran, perilaku serta selera orang tersebut.

(f). Intelektualisasi (*Intelektualization*)

Menggunakan logika dan alasan yang berlebihan untuk menghindari pengalaman yang mengganggu perasaannya.

(g). Introjeksi (*Introjection*)

Suatu jenis identifikasi yang kuat dimana seseorang mengambil dan meleburkan nilai – nilai serta kualitas seseorang atau suatu kelompok kedalam struktur egonya sendiri, yang berasal dari hati nurani.

(h). Isolasi

Pemisahan unsur emosional dari suatu pikiran yang mengganggu dapat bersifat sementara atau berjangka panjang.

(i). Rasionalisasi

Mengemukakan penjelasan yang tampak logis dan dapat diterima masyarakat untuk menghalalkan atau membenarkan dorongan yang tidak dapat diterima.

(j). **Reaksi formasi**

Pengembangan sikap dan pola perilaku yang ia sadari bertentangan dengan apa yang ia rasakan atau yang ia ingin lakukan.

(k). **Regresi**

Kemunduran akibat stres terhadap perilaku dan merupakan ciri khas dari suatu taraf perkembangan lebih dini.

(l). **Represi**

Pengesampingan secara tidak sadar tentang pikiran, impuls, atau ingatan yang menyakitkan atau bertentangan, dari kesadaran seseorang. Merupakan pertahanan ego primer yang cenderung diperkuat oleh mekanisme lain.

(m). **Pemisahan (*Splitting*)**

Sikap mengumpulkan orang atau keadaan hanya sebagai semuanya baik atau semuanya buruk. Orang semacam ini mengalami kegagalan untuk memadukan nilai – nilai positif dan negatif dalam diri sendiri.

(n). *Sublimasi*

Penerimaan suatu sasaran pengganti yang mulia, artinya dimata masyarakat terdapat dorongan yang mengalami halangan dalam penyaluran secara normal. Sublimasi juga bisa diartikan sebagai mengganti keinginan atau tujuan yang menghambat dengan cara yang dapat diterima oleh masyarakat.

(o). *Supresi*

Suatu proses digolongkan sebagai mekanisme pertahanan, tetapi sebetulnya analog represi yang disadari.

(p). *Undoing*

Tindakan atau perilaku atau komunikasi yang menghapuskan sebagian dari tindakan atau perilaku atau komunikasi sebelumnya, merupakan mekanisme pertahanan primitif.

(q). *Fiksasi*

Berhentinya tingkat perkembangan pada salah satu aspek tertentu seperti emosi tingkah laku atau pikiran sehingga perkembangan selanjutnya terhambat.

(r). **Simbolisasi**

Menggunakan benda atau tingkah laku sebagai simbol pengganti suatu keadaan atau hal yang sebenarnya.

(s). **Konversi**

Transformasi konflik emosional kedalam bentuk gejala – gejala jasmani.

d. Gaya Koping

1). **Gaya Koping Positif**

Merupakan gaya koping yang mampu mendukung integritas ego.

(a). **Problem Solving**

Merupakan usaha untuk memecahkan suatu masalah. Masalah harus dihadapi dan dipecahkan , dan bukan dihindari atau ditekan dialam bawah sadar, seakan – akan itu tidak berarti. Dengan demikian, sedikit apapun masalah yang terjadi sebaiknya harus diselesaikan. Strategi pemecahan masalah bertujuan untuk mengatasi atau menanggulangi masalah atau ancaman yang ada dengan kemampuan pengamatan secara realistis. Beberapa contoh strategi pemecahan masalah yang dapat digunakan antara lain : Meminta bantuan kepada orang lain, secara besar hati, mampu mengungkapkan perasaan

sesuai dengan situasi yang ada, mencari lebih banyak informasi terkait dengan masalah yang dihadapi, sehingga masalah tersebut dapat diatasi secara realistis, menyusun beberapa rencana untuk memecahkan masalah, meluruskan pikiran atau persepsi terhadap masalah. Sesungguhnya bayangan pikiran yang dimiliki setiap orang memberikan pengaruh yang besar dalam kehidupan pribadi. Pikiran tersebut mengenai apa yang dilakukan. Sebab, segala sesuatu yang dilakukan seseorang adalah reaksi langsung dari apa yang ada dalam pikirannya.

Strategi pemecahan masalah ini secara ringkas dapat digunakan dengan metode STOP (*Source, Trial and Error, Others, serta Pray and Patient*). *Source* berarti mencari dan mengidentifikasi apa yang menjadi sumber masalah. *Trial and Error* berarti mencoba berbagai rencana pemecahan masalah yang telah disusun. Bila satu metode tidak berhasil, maka mencoba lagi dengan metode lain. Begitu selanjutnya. Hal yang perlu dihindari adalah adanya rasa keputusasaan terhadap kegagalan yang dialami. *Others* berarti meminta bantuan orang lain bila diri sendiri tidak mampu. *Pray and Patient* yaitu berdoa kepada Tuhan sebab dia adalah Zat yang Maha

Mengetahui segala sesuatu yang ada didunia ini. Dia pula yang memberikan jalan terbaik buat manusia sebab manusia memiliki banyak keterbatasan. Dengan berdoa, maka hati, jiwa, pikiran seseorang akan menjadi tenteram dan tenang. Juga harus sabar dengan berlapang dada menerima kenyataan yang ada pada dirinya. Penerimaan terhadap apa yang ada pada diri akan membuat seseorang lebih menikmati hidup dan ringan bebas psikologisnya, walaupun dalam pandangan orang lain orang tersebut berada dalam kehinaan.

(b). Utilizing Social Support

Merupakan tindak lanjut dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi, ketika masalah itu belum terselesaikan. Hal ini tidak lepas dari keterbatasan manusia dalam menyelesaikan masalahnya sendiri. Hal ini terjadi karena rumitnya masalah yang dihadapi. Untuk itu sebagai makhluk sosial, bila seseorang mempunyai masalah yang tidak mampu diselesaikan sendiri, seharusnya tidak disimpan sendiri dalam pikirannya, namun carilah dukungan orang lain yang dapat dipercaya dan mampu memberikan bantuan dalam bentuk masukan

dan saran dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya tersebut. Semakin banyak dukungan dari orang lain, maka semakin efektif upaya penyelesaian masalahnya.

(c). Looking for Silver Lining

Masalah yang dihadapi terkadang akan membawa kebuntuan dalam upaya menyelesaikan masalah. Sesulit dan sepele apapun masalah yang dihadapi, setidaknya manusia harus berfikir positif dan mengambil hikmahnya. Tidak ada seorang pun yang terbebas dari masalah, karena dengan masalah itu manusia berfikir, bertindak, dan berperilaku.

2). **Gaya Koping Negatif**

Merupakan gaya koping yang akan menurunkan integritas ego, dalam penentuan gaya koping akan merusak dan merugikan dirinya sendiri.

(a). Avoidance

Merupakan bentuk dari proses internalisasi terhadap suatu pemecahan masalah kedalam alam bawah sadar yang menghilangkan atau membebaskan diri dari suatu tekanan mental akibat masalah – masalah yang dihadapi. Cara ini dapat dikatakan sebagai usaha untuk mengatasi situasi

tekanan dengan lari dari situasi tersebut atau menghindari masalah yang berujung pada penumpukan masalah dikemudian hari. Bentuk pelarian diri diantaranya dengan beralih pada hal lain seperti makanan, minuman, merokok, atau menghilangkan masalah sesaat untuk tujuan sesaat, padahal hanya merupakan upaya untuk menunda masalah dan bukan menyelesaikan masalah.

(b). Self Blame

Merupakan bentuk dari ketidakberdayaan atas masalah diri sendiri tanpa evaluasi diri yang optimal. Kegagalan orang lain dialihkan dengan menyalahkan diri sendiri tanpa evaluasi diri yang optimal. Kegagalan orang lain dialihkan dengan menyalahkan dirinya sendiri sehingga menekan kreativitas dan ide yang berdampak pada penarikan diri dari struktur sosial.

(c). Wishfull Thinking

Kegagalan dalam mencapai tujuan yang diinginkan seharusnya menjadikan seseorang berada pada kesedihan yang mendalam. Hal ini terjadi karena dalam penentuan standar diri, riset, atau dikondisikan terlalu tinggi sehingga sulit untuk dicapai. Penentuan standar yang terlalu tinggi menjadikan seseorang terbuai khayalan

dan impian tanpa kehadiran fakta yang nyata. Menyesali kegagalan berakibat kesedihan yang mendalam merupakan bentuk dari berduka yang disfungsional, dimana hal tersebut merupakan pintu dari seseorang mengalami gangguan jiwa.

e. Faktor yang Mempengaruhi Strategi Koping

Cara individu menangani situasi yang mengandung tekanan ditentukan oleh sumber daya individu yang meliputi kesehatan fisik/energi, keterampilan memecahkan masalah, keterampilan sosial dan dukungan sosial dan materi.

1). Kesehatan Fisik

Kesehatan merupakan hal yang penting, karena selama dalam usaha mengatasi stres individu dituntut untuk mengerahkan tenaga yang cukup besar.

2). Keyakinan atau pandangan positif

Keyakinan menjadi sumber daya psikologis yang sangat penting, seperti keyakinan akan nasib (*external locus of control*) yang mengerahkan individu pada penilaian ketidakberdayaan (*helplessness*) yang akan menurunkan kemampuan strategi coping tipe : *problem-solving focused coping*.

3). Keterampilan memecahkan masalah

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi, mengidentifikasi masalah dengan tujuan untuk menghasilkan alternatif tindakan, kemudian mempertimbangkan alternatif tersebut sehubungan dengan hasil yang ingin dicapai, dan pada akhirnya melaksanakan rencana dengan melakukan suatu tindakan yang tepat.

4). Keterampilan sosial

Keterampilan ini meliputi kemampuan untuk berkomunikasi dan bertingkah laku dengan cara-cara yang sesuai dengan nilai-nilai sosial yang berlaku dimasyarakat.

5). Dukungan sosial

Dukungan ini meliputi dukungan pemenuhan kebutuhan informasi dan emosional pada diri individu yang diberikan oleh orang tua, anggota keluarga lain, saudara, teman, dan lingkungan masyarakat sekitarnya.

6). Materi

Dukungan ini meliputi sumber daya berupa uang, barang barang atau layanan yang biasanya dapat dibeli.

9. Harga Diri Rendah

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain. Termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan obyek, tujuan serta keinginannya (Riyadi & Purwanto, 2009).

a. Pengertian

Harga diri rendah kronis adalah evaluasi diri atau perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif dan di pertahankan dalam waktu yang lama. Harga diri rendah situasional adalah keadaan dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengalami perasaan negatif mengenai diri dalam berespons terhadap suatu kejadian (kehilangan, perubahan) (Carpenito, 2000). Individu cenderung untuk menilai dirinya negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain (Depkes RI, 2000, dalam Direja, 2011). Harga diri rendah adalah penilaian subjektif individu terhadap dirinya; perasaan sadar atau tidak sadar dan persepsi terhadap fungsi, peran, dan tubuh (Kusumawati, 2010). Gangguan harga diri adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan atau diri (Carpenito, 2000).

Kesimpulan penulis dari beberapa pengertian di atas adalah penilaian diri atau perasaan tentang diri yang negatif, perasaan sadar atau tidak sadar dan dipertahankan dalam waktu yang lama serta individu cenderung untuk menilai dirinya negatif dan merasa lebih rendah dari orang lain.

b. Rentang Respon

1). Respon adaptif

Aktualisasi diri dan konsep diri yang positif serta bersifat membangun (konstruktif) dalam usaha mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.

2). Respon maladaptif

Aktualisasi diri dan konsep diri yang negatif serta bersifat merusak (destruktif) dalam usaha mengatasi stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.

3). Aktualisasi diri

Respon adaptif yang tertinggi karena individu dapat mengekspresikan kemampuan yang dimilikinya.

4). Konsep diri positif

Individu dapat mengidentifikasi kemampuan dan kelemahannya secara jujur dan dalam menilai suatu masalah individu berpikir secara positif dan realistis.

5). Harga diri rendah

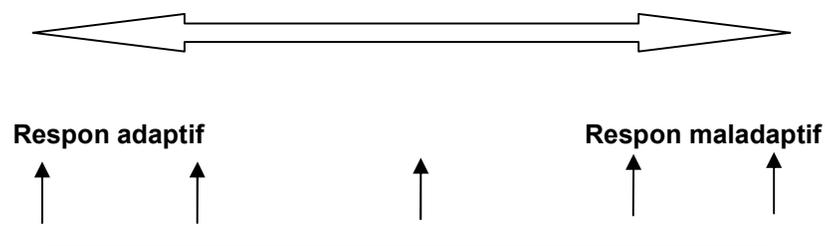
Transisi antara respon konsep diri adaptif dan maladaptif.

6). Kekacauan identitas

Suatu kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak kedalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.

7). Depersonalisasi

Suatu perasaan yang tidak realistis dan keasingan dirinya dari lingkungan. Hal ini berhubungan dengan tingkat ansietas panik dan kegagalan dalam uji realitas. Individu mengalami kesulitan dalam membedakan diri sendiri dan orang lain, dan tubuhnya sendiri terasa tidak nyata dan asing baginya.



Aktualisasi Konsep diri Harga diri Kerancuan Dipersonalisasi
Diri positif rendah identitas

Gambar 2.2 Rentang Respon konsep diri (Stuart & Sundeen, 2006)

Mekanisme koping jangka pendek yang biasa dilakukan klien harga diri rendah adalah kegiatan yang dilakukan untuk lari sementara dari krisis, misalnya pemakaian obat-obatan, kerja keras, nonton televisi terus-menerus. Kegiatan mengganti identitas sementara, misalnya ikut kelompok sosial, keagamaan dan politik. Kegiatan yang memberi dukungan sementara, seperti mengikuti suatu kompetisi atau kontes popularitas. Kegiatan mencoba menghilangkan anti identitas sementara, seperti penyalahgunaan obat-obatan.

Jika mekanisme koping jangka pendek tidak memberi hasil yang diharapkan individu akan mengembangkan mekanisme koping jangka panjang, antara lain adalah menutup identitas, dimana klien terlalu cepat untuk mengadopsi identitas yang disenangi dari orang-orang yang berarti tanpa mengindahkan hasrat, aspirasi atau potensi diri sendiri. Identitas negatif, dimana asumsi yang bertentangan dengan nilai dan harapan masyarakat. Sedangkan mekanisme pertahanan ego yang sering digunakan adalah fantasi, regresi, disosiasi, isolasi, proyeksi, mengalihkan marah berbalik pada diri sendiri dan orang lain. Terjadinya gangguan konsep diri harga diri rendah kronis juga dipengaruhi beberapa faktor predisposisi seperti faktor biologis, psikologis, sosial dan kultural.

Respon individu terhadap konsep diri berfluktuasi sepanjang rentang respons dari aktualisasi diri yang paling adaptif sampai status depersonalisasi yang paling maladaptif. Kerancauan identitas merupakan kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi dimasa kanak-kanak kedalam kepribadian pada masa dewasa yang harmonis.

Konsep diri terdiri dari lima komponen yaitu gambaran diri (*body image*), ideal diri (*self ideal*), harga diri (*self esteem*), peran diri (*self role*), dan identitas diri (*self identity*).

(a). Gambaran diri (*body image*)

Gambaran diri adalah kumpulan sikap individu terhadap tubuhnya yang disadari atau tidak disadari. Termasuk persepsi dan perasaan masa lalu dan sekarang tentang ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan, dan potensi (Stuart dan Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009). Gambaran diri dapat dimodifikasi atau diubah secara berkesinambungan dengan persepsi dan pengalaman baru.

Gambaran diri ini harus realistik karena lebih banyak individu menerima dan menyukai tubuhnya akan lebih aman dan bebas dari ansietas sehingga harga dirinya meningkat. Pada usia remaja, individu befokus terhadap fisik lebih menonjol dari periode kehidupan yang lalu. Bentuk tubuh,

tinggi badan dan berat badan serta anda-tanda pertumbuhan sekunder, semua akan menjadi bagian dari gambaran tubuh. Disaat seseorang lahir sampai mati, maka selama waktu itu individu hidup dengan tubuhnya. Sehingga setiap perubahan tubuh akan mempengaruhi kehidupan individu.

Gangguan gambaran diri (*body image*) adalah persepsi negatif tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan obyek yang sering berhubungan dengan tubuh.

Tanda dan gejala gangguan gambaran diri yaitu: menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah, tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau akan terjadi, menolak penjelasan perubahan tubuh, persepsi negatif terhadap tubuh, preokupsi dengan bagian tubuh yang hilang, mengungkapkan keputusasaan dan ketakutan.

(b). Ideal diri (*self ideal*)

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar pribadi, aspirasi, tujuan atau nilai personal tertentu (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009). Standar dapat berhubungan dengan tipe orang yang diinginkannya atau sejumlah aspirasi, cita-cita, nilai yang ingin dicapai. Ideal diri akan mewujudkan

cita-cita dan harapan pribadi berdasarkan norma sosial (keluarga, budaya) dan kepada siapa ia ingin lakukan.

Ideal diri mulai berkembang pada masa kanak-kanak yang dipengaruhi oleh orang penting dari dirinya yang memberikan tuntutan dan harapan. Pada masa remaja, ideal diri akan dibentuk melalui proses identifikasi pada orang tuanya, guru dan teman terdekat. Penetapan ideal diri sebaiknya lebih tinggi dari kemampuan individu saat ini tetapi masih dalam batas yang dapat dicapai. Hal ini diperlukan oleh individu untuk memacu dirinya ke tingkat yang lebih tinggi.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi individu dalam membentuk ideal diri yaitu: kecenderungan individu menetapkan ideal diri dari batas kemampuannya, faktor budaya, pembentukan standar ini dibandingkan dengan standar kelompok teman dan norma yang ada dimasyarakat, ambisi dan keinginan untuk melebihi dan berhasil, kebutuhan yang realistis, keinginan untuk menghindari kegagalan, perasaan cemas dan rendah diri.

Semua faktor diatas mempengaruhi individu dalam menetapkan ideal diri. Individu yang mampu berfungsi, akan mendemonstrasikan kesesuaian antara persepsi diri dan ideal diri, sehingga ia akan mencapai apa yang ia inginkan. Ideal diri

hendaknya ditetapkan tidak terlalu tinggi, akan tetapi masih lebih tinggi dari kemampuan agar tetap menjadi pendorong atau motivasi dalam hidupnya.

(c). Harga diri (*self esteem*)

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri. Frekuensi pencapaian tujuan akan menghasilkan harga diri rendah atau tinggi. Jika individu selalu sukses maka cenderung harga diri tinggi tetapi apabila individu sering gagal maka kecenderungan memiliki harga diri rendah (Riyadi & Purwanto, 2009).

Harga diri dapat diperoleh dari diri sendiri maupun dari orang lain. Aspek utama adalah perasaan dicintai dan menerima penghargaan orang lain. Manusia cenderung negatif, walaupun ia cinta dan mengakui kemampuan orang lain namun jarang mengekspresikannya. Sebagai perawat sikap negatif perlu dikontrol sehingga setiap bertemu perawat dengan sikapnya yang positif merasa dirinya berharga. Harga diri akan rendah jika kehilangan kasih sayang dan penghargaan dari orang lain.

Cara meningkatkan harga diri pada anak (Coopersmith cit Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009) :

memberi kesempatan berhasil. Berikan tugas yang kemungkinan dapat diselesaikan oleh anak kemudian berilah pengakuan dan pujian atas keberhasilannya. Jangan memberikan tugas diluar kemampuan atau yang sudah kita ketahui tidak dapat diselesaikannya, menanamkan gagasan, berfungsi memotivasi kreativitas anak untuk berkembang, mendorong aspirasi, membantu membentuk coping.

Harga diri yang rendah berhubungan dengan hubungan interpersonal yang buruk dan terutama menonjol pada klien skizofrenia dan depresi (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009). Gangguan harga diri atau harga diri rendah dapat di gambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri dan merasa gagal mencapai keinginan.

(d). Peran (*role*)

Peran adalah serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi-fungsi individu di berbagai kelompok sosial (Stuart, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009). Setiap individu dalam kehidupannya sering disibukkan dengan perannya pada setiap waktu. Misalnya sebagai seorang anak, istri, ibu rumah tangga, mahasiswa, perawat, wanita karir, dan lain sebagainya. Peran

ini diperlukan individu untuk aktualisasi diri. Harga diri yang tinggi merupakan hasil dari peran yang memenuhi kebutuhan dan kesesuaian dengan ideal diri. Posisi individu dimasyarakat dapat merupakan stresor terhadap peran karena struktur sosial yang menimbulkan kesukaran, atau tuntutan posisi yang tidak mungkin dilaksanakan. Stres peran terdiri dari konflik peran, peran yang tidak jelas, peran yang tidak sesuai dan peran yang berlebihan.

Banyak faktor yang mempengaruhi dalam menyesuaikan diri dengan peran yang harus dilakukan (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009) : kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran, konsistensi respon orang yang berarti terhadap peran yang dilakukan, kesesuaian dan keseimbangan antar peran yang diemban, keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran, pemisahan situasi yang akan menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran.

(e). Identitas diri (*identity*)

Identitas adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian, yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi &

Purwanto, 2009). Individu yang memiliki perasaan identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berada dengan orang lain, unik dan tidak ada duanya. Kemandirian timbul dari perasaan berharga (respek pada diri), kemampuan dan penguasaan diri. Seseorang yang mandiri dapat mengatur dan menerima dirinya.

Identitas berkembang sejak masa kanak-kanak bersamaan dengan perkembangan konsep diri. Hal yang penting dari identitas adalah jenis kelamin. Identitas jenis kelamin berkembang sejak bayi secara bertahap, dimulai dengan konsep laki-laki dan wanita yang banyak dipengaruhi oleh pandangan dan perlakuan masyarakat terhadap masing-masing jenis. Misalnya, anak perempuan pasif dan menerima sehingga berkembanglah asuhan yang tidak asertif.

Enam ciri identitas ego (miller cit Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009) : mengenal diri sendiri sebagai organisme utuh dan terpisah dari orang lain, mengakui jenis kelamin diri sendiri, memandang berbagai aspek dalam dirinya sebagai suatu keselarasan, menilai diri sendiri sesuai dengan penilaian masyarakat, menyadari hubungan masa lalu, sekarang dan yang akan datang, mempunyai tujuan yang bernilai yang dapat direalisasikan.

8). Kepribadian yang sehat

Bagaimana individu berhubungan dengan orang lain adalah inti dari kepribadian. Kepribadian tidak dapat cukup diuraikan melalui teori perkembangan dan dinamika diri sendiri. Pengalaman individu yang mempunyai kepribadian sehat (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009) meliputi:

(a). Gambaran diri positif dan akurat.

Kesadaran diri berdasarkan observasi mandiri dan perhatian yang sesuai dengan kesehatan diri. Termasuk persepsi saat ini dan yang lalu, akan diri sendiri dan perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi tubuh.

(b). Ideal diri realistis.

Mempunyai tujuan hidup yang dapat dicapai.

(c). Konsep diri positif.

Menunjukkan individu akan sukses dalam hidupnya atau sesuai dengan apa yang diharapkan.

(d). Harga diri tinggi.

Individu akan memandang dirinya sebagai individu yang berarti dan bermanfaat. Ia memandang dirinya sesuai dengan apa yang diinginkan.

(e). Kepuasan penampilan peran.

Individu dapat berhubungan dengan orang lain secara intim dan mendapat kepuasan, dapat mempercayai, terbuka pada orang lain dan membina hubungan interdependen.

(f) Identitas jelas.

Individu merasakan keunikan dirinya yang memberi arah kehidupan dalam mencapai tujuan.

b. Etiologi

Menurut Stuart Gail (2007) :

1). Faktor predisposisi

(a). Faktor yang mempengaruhi harga diri

Meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan idealdiri yang tidak realistis.

(b). Faktor yang mempengaruhi peran

Dimasyarakat umumnya peran seseorang disesuaikan dengan jenis kelaminnya. Misalnya seseorang wanita dianggap kurang mampu, kurang mandiri, kurang obyektif dan rasional sedangkan pria dianggap kurang sensitif, kurang hangat, kurang ekspresif dibanding wanita.

Sesuai dengan standar tersebut, jika wanita atau pria berperan tidak sesuai lazimnya maka dapat menimbulkan konflik diri maupun hubungan sosial. Misal: seorang istri yang berperan sebagai kepala rumah tangga atau seorang suami yang mengerjakan pekerjaan rumah, akan menimbulkan masalah. Konflik peran dan peran tidak sesuai muncul dari faktor biologis dan harapan masyarakat terhadap wanita atau pria. Peran yang berlebihan muncul pada wanita yang mempunyai sejumlah peran.

(c). Faktor yang mempengaruhi identitas diri

Meliputi ketidakpercayaan, tekanan dari teman sebaya dan perubahan struktur sosial. Orang tua yang selalu curiga pada anak akan menyebabkan anak menjadi kurang percaya diri, ragu dalam mengambil keputusan dan dihantui rasa bersalah ketika akan melakukan sesuatu. Kontrol orang tua yang berat pada anak remaja akan menimbulkan perasaan benci pada orang tua. Teman sebaya merupakan faktor lain yang berpengaruh pada identitas. Remaja ingin diterima, dibutuhkan, dan diakui oleh kelompoknya.

(d). Faktor biologis

Adanya kondisi sakit fisik secara umum yang dapat mempengaruhi kerja hormon secara umum, yang dapat pula berdampak pada keseimbangan neurotransmitter di otak, contoh kadar serotonin yang menurun dapat mengakibatkan klien mengalami depresi dan pada pasien depresi kecenderungan harga diri rendah kronis semakin besar karena klien lebih dikuasai oleh pikiran-pikiran negatif dan tidak berdaya.

2). Faktor presipitasi

Masalah khusus tentang konsep diri disebabkan oleh setiap situasi yang dihadapi individu dan ia tidak mampu menyesuaikan. Situasi atas stresor dapat mempengaruhi komponen. Stresor yang dapat mempengaruhi gambaran diri adalah hilangnya bagian tubuh, tindakan operasi, proses patologi penyakit, perubahan struktur dan fungsi tubuh, proses tumbuh kembang, prosedur tindakan dan pengobatan. Sedangkan stresor yang dapat mempengaruhi harga diri dan ideal diri adalah penolakan dan kurang penghargaan diri dari orang tua dan orang yang berarti, pola asuh yang tidak tepat misalnya selalu dituntut, dituruti, persaingan dengan saudara, kesalahan dan kegagalan berulang, cita-cita tidak terpenuhi dan kegagalan bertanggungjawab sendiri.

Stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal: trauma seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan peristiwa yang mengancam kehidupan, ketegangan peran berhubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dan individu mengalaminya sebagai frustrasi.

c. Proses terjadinya masalah

Harga diri rendah kronis terjadi merupakan proses kelanjutan dari harga diri rendah situasional yang tidak diselesaikan. Atau dapat juga terjadi karena individu tidak pernah mendapat *feed back* dari lingkungan tentang perilaku klien sebelumnya bahkan mungkin kecenderungan lingkungan yang selalu memberi respon negatif untuk mendorong individu menjadi harga diri rendah.

Harga diri rendah kronis disebabkan banyak faktor. Awalnya individu berada pada suatu situasi yang penuh dengan *stressor* (krisis), individu berusaha menyelesaikan krisis tetapi tidak tuntas sehingga timbul pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan peran. Penilaian individu terhadap diri sendiri karena kegagalan menjalankan fungsi dan peran adalah kondisi harga diri rendah situasional, jika lingkungan tidak memberi dukungan positif atau justru menyalahkan individu dan terjadi

secara terus menerus akan mengakibatkan individu mengalami harga diri rendah kronis.

d. Manifestasi klinis

Manifestasi yang bisa muncul pada klien gangguan jiwa dengan harga diri rendah, Fitria (2010) : mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimistis, tidak menerima pujian, penurunan produktivitas, penolakan terhadap kemampuan diri, kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, selera makan berkurang tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak meunduk, bicara lembut dengan nada suara lemah.

Menurut NANDA (2009) tanda dan gejala harga diri rendah kronik adalah: bergantung pada pendapat orang lain, evaluasi diri bahwa individu tidak mampu menghadapi peristiwa, melebih-lebihkan umpan balik negatif tentang diri sendiri, secara berlebihan mencari penguatan, ekspresi rasa bersalah, ekspresi rasa malu, sering kali kurang berhasil dalam peristiwa hidup, tidak mencoba situasi baru, tidak mencoba hal baru, perilaku bimbang, kontak mata kurang, perilaku tidak asertif, sering kali mencari penegasan, pasif, menolak umpan balik positif tentang diri sendiri.

Menurut Suliswati, 2005 tanda dan gejala yang bisa muncul pada klien dengan gangguan jiwa dengan harga diri rendah adalah sebagai berikut :

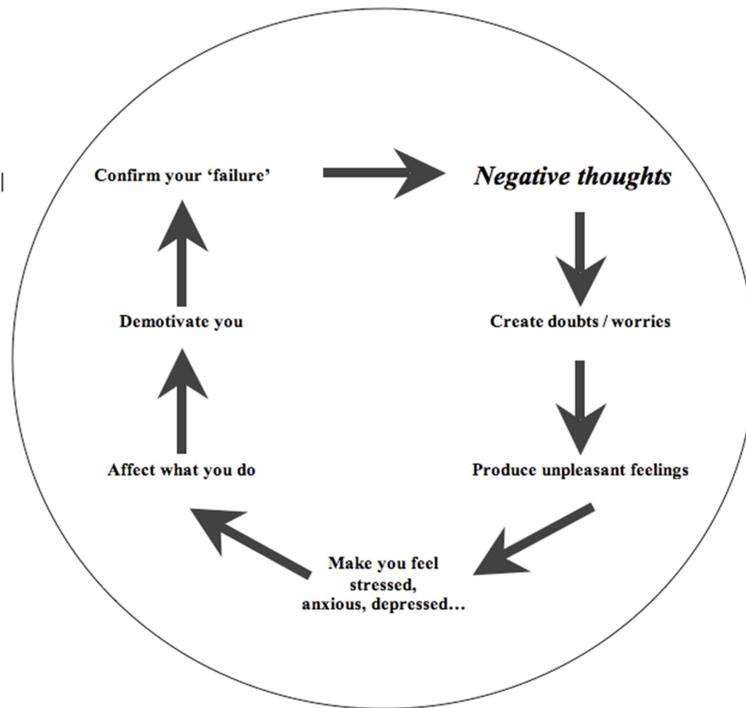
- 1). Perubahan perilaku pada gangguan citra tubuh: menolak menyentuh atau melihat bagian tubuh tertentu, menolak bercermin, tidak mau mendiskusikan keterbatasan atau cacat tubuh, menolak usaha rehabilitasi, usaha pengobatan mandiri yang tidak tepat, menyangkal cacat tubuh.
- 2). Perubahan perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah : mengkritik diri sendiri, merasa bersalah dan khawatir, merasa tidak mampu, menunda keputusan, gangguan berhubungan, menarik diri dari realita, merusak diri, membesar-besarkan diri sebagai orang penting, perasaan negatif terhadap tubuh, ketegangan peran, pesimis menghadapi hidup, keluhan fisik, penyalahgunaan zat.
- 3). Perubahan perilaku yang berhubungan dengan identitas : tidak melakukan kode moral, kepribadian yang bertentangan, hubungan interpersonal yang eksploitatif, perasaan hampa, perasaan mengambang tentang diri, kekacauan identitas seksual, kecemasan yang tinggi, ideal diri tidak realistis, tidak mampu berempati terhadap orang lain.

- 4). Perubahan perilaku yang berhubungan dengan depersonalisasi:
- (a). afektif : kehilangan identitas diri, merasa asing dengan diri sendiri, perasaan tidak nyata, merasa sangat terisolasi, tidak ada perasaan berkesinambungan, tidak mampu mencari kesenangan.
 - (b). Persepsi : halusinasi pendengaran atau penglihatan, kekacauan identitas seksual, sulit membedakan diri dengan orang lain, gangguan citra tubuh, menjalani kehidupan seperti dalam mimpi.
 - (c). Kognitif : bingung, disorientasi waktu, gangguan berpikir, gangguan daya ingat, gangguan penilaian.
 - (d). Perilaku : pasif, komunikasi tidak sesuai, kurang spontanitas, kurang pengendalian diri, kurang mampu membuat keputusan, menarik diri dari hubungan sosial.

10. Automatic Thought (Pikiran Otomatis)

Pikiran bawah sadar yang muncul dengan sendirinya dan dapat mempengaruhi perasaan dan tingkah laku seseorang (Vandesbos, 2008). Pikiran otomatis dapat mengarah pada pikiran positif namun cenderung mengarah pada pikiran negatif karena umumnya bersifat *awfulze* atau lebih – lebihkan (Beck J,1995). Pikiran negatif muncul biasanya pada situasi yang memicu stres, atau yang memicu

kecemasan, sehingga pada umumnya ketika individu mengalami pengalaman buruk, pikiran negatif cenderung ekstrim dan sangat tidak membantu (*unhelpful*). Pikiran negatif cenderung mengarah pada pemikiran yang tidak realistis (*unrealistic*), kesalahan berpikir (*logical error*), pikiran mengalahkan diri (*self-defeating thoughts*), dan asumsi disfungsional (*dysfunctional assumption*), (Beck & Weishaar, 2008: Dattilio & Freeman, 1992 dalam Corey, 2001). Bentuk pikiran negatif diantaranya berprasangka tanpa adanya bukti yang jelas, berpikir “ harus “ dalam mencapai keinginan, berpikir kalau dirinya bodoh, tidak berguna, atau tidak punya kelebihan yang bisa di banggakan, pikiran berandai – andai, berpikir dengan cenderung memprediksikan suatu hal dengan hasil negatif (akan gagal), berpikir bahwa kesalahan disebabkan oleh orang lain dan atau terlalu menyalahkan diri (Cormier & Nurius, 2003). Pikiran negatif dapat merugikan individu, baik secara intrapersonal maupun interpersonal. Pikiran negatif dapat mempengaruhi aspek kognitif, afektif, behavioral, motivasional dan somatik (Tobing H, 2009).



Gambar 2.3 Pikiran Otomatis Negatif (Beck J, 1995)

11. Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ)

Skala pengukuran yang berguna untuk menilai konsepsi diri negatif seperti penilaian diri otomatis akan ketidakberdayaan, keputusasaan, dan konsepsi diri negatif lainnya (Hollon & dan Kendall, 1980; Kazdin, 1990; Pan & Ng, 2016). Sistem pengukuran ini sendiri dikembangkan saat dibutuhkan skala penilaian yang mampu menunjukkan adanya perubahan dalam pemikiran seseorang setelah orang tersebut mendapat perawatan (Hollon dan Kendall, 1980). Frekuensi Konsepsi negatif yang timbul dalam diri seseorang ini dapat dihubungkan dengan seseorang tersebut termasuk ke dalam kategori depresi atau non depresi (Hollon dan Kendall, 1980).

Skala penilaian ini juga bersifat spesifik dan terbukti sesuai untuk mengukur konsepsi diri yang kerap dihubungkan dengan depresi (Dobson & Breiter, 1983; Hollon & Kendall, 1980; Hollon, Kendal, & Lumry, 1986). Skala pengukuran ATQ ini berguna untuk membuktikan dan mengkonfirmasi bahwa mekanisme perawatan yang diberikan kepada seseorang tersebut secara signifikan mampu untuk merubah konsepsi diri negatif seseorang yang diasosiasikan dengan depresi yang dialami orang tersebut sebelum perawatan diberikan (Hollon dan Kendall, 1980; p. 394).

Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) dilakukan dengan memberikan 30 pernyataan terkait dengan frekuensi tingkat keseringan suatu konsepsi diri negatif terjadi dalam pemikiran subjek tersebut (Hollon dan Kendall, 1980). Subjek biasanya akan diminta untuk mengingat seberapa sering konsepsi diri negatif terjadi dalam seminggu terakhir sebelum pengisian skala dilakukan (Dobson & Breiter, 1983; Kazdin, 1990). Subjek akan menilai diri mereka sendiri melalui pilihan respon jawaban yang diberikan. Setiap butir pernyataan berisi satu konsepsi diri negatif, seperti "*Aku benci diriku sendiri*" atau "*Aku adalah suatu kegagalan*", akan disertai respon jawaban dengan 5 skala berbeda dari jawaban *tidak sama sekali* (= 1), *kadang-kadang* (= 2), *lumayan sering* (= 3), *sering* (= 4), hingga ke pilihan jawaban "*setiap saat*" (= 5). Total nilai yang dikumpulkan dari

respon 30 pernyataan tersebut berada dalam rentang nilai terendah 30 sampai dengan 150. Semakin tinggi nilai respon yang diberikan maka semakin sering konsepsi negatif (*30 – 150 = more frequent negative cognitions*) terjadi dalam pemikiran subjek tersebut (Hollon dan Kendall, 1980). ATQ dibagi menjadi 4 domain antara lain, dari 30 pertanyaan, 5 pertanyaan untuk mengukur keputusasaan (*Personal Maladjustment and desire for change*) yaitu nomor 7,10,14,20,26. Kemudian 7 pertanyaan untuk mengukur kecemasan (*Negative Self Concepts and Negative Expectations*) antara lain pada nomor 2,3,9,,21,23,24,28. Disusul 2 pertanyaan mengukur harga diri (*Low Self Esteem*) pada nomor 17,18. Dan yang terakhir 2 pertanyaan untuk mengukur ketidakberdayaan (*Helplessness*) yang ditunjukkan pada nomor 29,30.

ATQ menunjukkan korelasi yang kuat dengan berbagai pengukuran penyebab depresi termasuk proses kognitif dan tingkat depresi seseorang (Kazdin, 1990; Pan & Ng, 2016). Subjek yang lebih sering memiliki pemikiran negatif mengenai dirinya cenderung memiliki tingkat penghargaan diri yang rendah dan rasa ketidakberdayaan yang besar (Kazdin, 1990). Hal ini menunjukkan tingkat validasi yang tinggi dalam penggunaan ATQ sebagai salah satu penentu seseorang dinyatakan secara klinis berada dalam kelompok depresi atau nondepresi (Hollon dan Kendall, 1980). Konsistensi

internal butir pernyataan dalam instrument ini sangat kuat dengan nilai *alpha cronbach's* 0,97 dan nilai $r = 0,47 - 0,78$ (Kendall & Hollon,2006).

B. Penelitian Terkait

Penelitian terkait tentang efektifitas terapi kognitif terhadap mekanisme coping pasien harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda adalah :

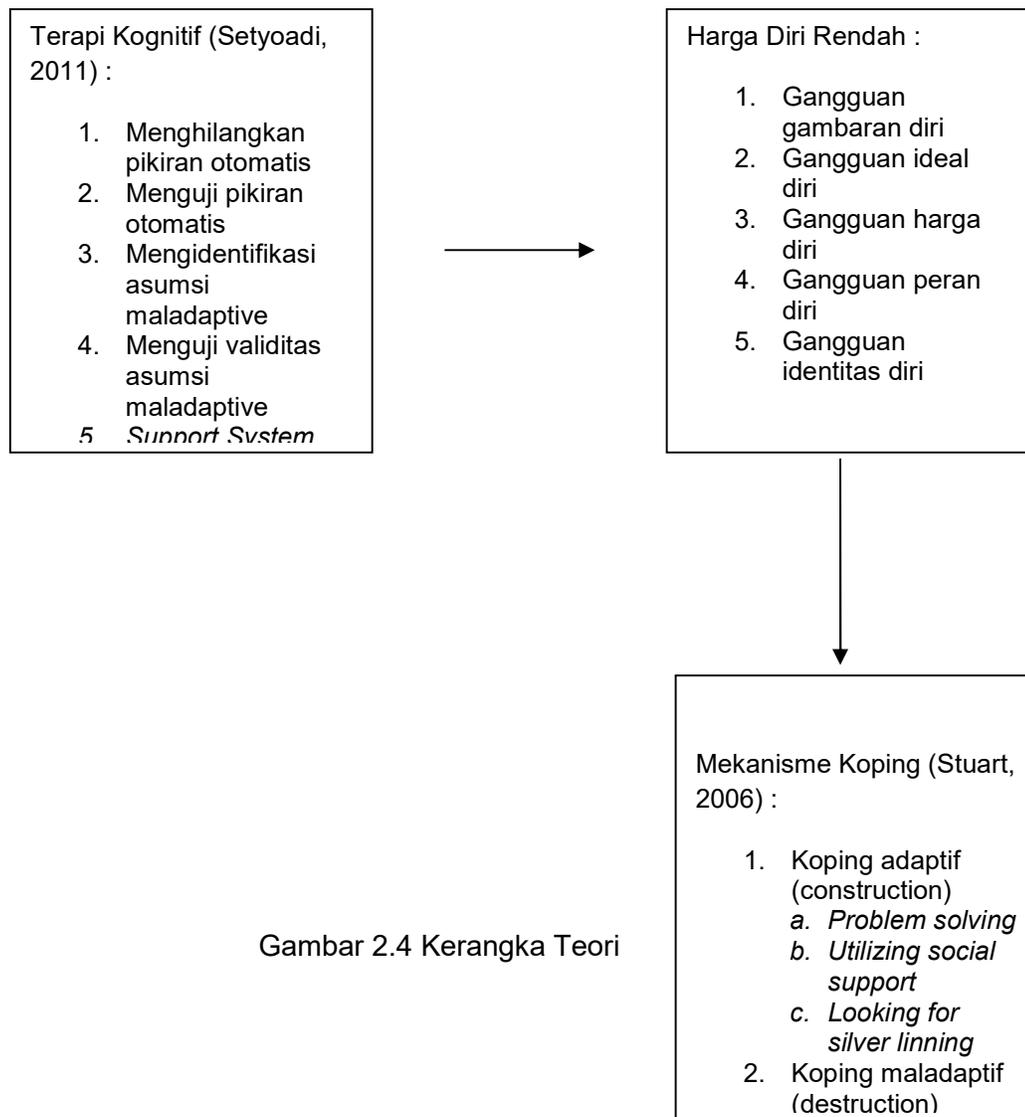
Suerni (2013) dengan judul Penerapan Terapi Kognitif Dan Psikoedukasi Keluarga Pada Klien Harga Diri Rendah Di Ruang Yudistira Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Metode yang dipakai adalah studi kasus. Pada 15 klien diberikan tindakan keperawatan generalis dan terapi kognitif serta pada 20 klien diberikan tindakan keperawatan generalis, terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga. Hasil penerapan pada kelompok klien dengan tindakan keperawatan generalis dan terapi kognitif menunjukkan penurunan tanda dan gejala rata-rata 54,94%, peningkatan kemampuan rata-rata 89,57%, lama rawat rata-rata 37 hari. Hasil penerapan pada klien dengan tindakan keperawatan generalis, terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga menunjukkan penurunan tanda dan gejala rata-rata 71,2%, peningkatan kemampuan klien rata-rata 100%, peningkatan kemampuan keluarga 98%, lama rawat rata-rata 26 hari.

Jihan (2009) dengan judul Efektifitas Terapi Perilaku Kognitif (Cognitive Behaviour Therapy) Relaksasi dan Distraksi pada Pasien Kanker dengan Nyeri Kronis di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Desain yang digunakan dalam penelitian ini *quasy eksperiment, pre test, post test* desain pada kedua kelompok intervensi yang bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap penurunan nyeri pada pasien kanker dengan nyeri kronis. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien dengan nyeri kronis yang mengalami pengobatan di ruang Rindu B2 RSUP H Adam Malik Medan sebanyak 16 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner skala pengukuran intensitas nyeri menggunakan *verbal numerical rating scale*. Uji analisis menggunakan uji *paired t-test* dan *independen t-test*. Hasil uji independen t-test pada penelitian ini dengan membandingkan intensitas nyeri antara kelompok responden yang mendapatkan terapi relaksasi dengan mendapatkan terapi distraksi menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna/signifikan. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $p > 0,05$ yaitu 0,868 . dari hasil ini dapat dibuat analisa bahwa tidak ada perbedaan antara terapi relaksasi dengan distraksi dalam menurunkan intensitas nyeri dan kedua terapi sama-sama efektif dalam menurunkan intensitas nyeri.

Setyarini (2012), dengan judul Pengaruh Terapi Kognitif Perilaku Terhadap Perubahan Tingkat Depresi Pada Lansia di Panti Werdha Karitas Cimahi. Metode pada penelitian ini menggunakan pendekatan riset kuantitatif dengan desain "*pre experimental*" dengan rancangan penelitian "*one-group pretest-posttest design*", dengan memberikan terapi kognitif perilaku pada lansia dengan metode pre dan post test saat dilakukan pemberian terapi dan akan diukur dengan menggunakan alat ukur *Zung Self-Rating Depression Scale (ZSDS)*, teknik sampel menggunakan *total sampling* sebanyak 15 orang lansia. Hasil pengukuran pada penelitian ini menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test*. Hasil yang didapatkan merupakan hasil pengukuran ZSDS pada lansia sebelum dan sesudah dilakukan Terapi Kognitif-Perilaku. Hal ini ditunjukkan dengan nilai $p < 0,05$ yaitu 0.025, maka H_a diterima sehingga ada pengaruh antara terapi kognitif perilaku dengan perubahan tingkat depresi pada lansia di Panti Werdha Karitas Cimahi.

C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori adalah suatu model yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor penting yang diketahui dalam suatu penelitian, yaitu teori terapi kognitif, teori tentang mekanisme coping pasien harga diri rendah. dimana hubungannya digambarkan sebagaimana berikut :



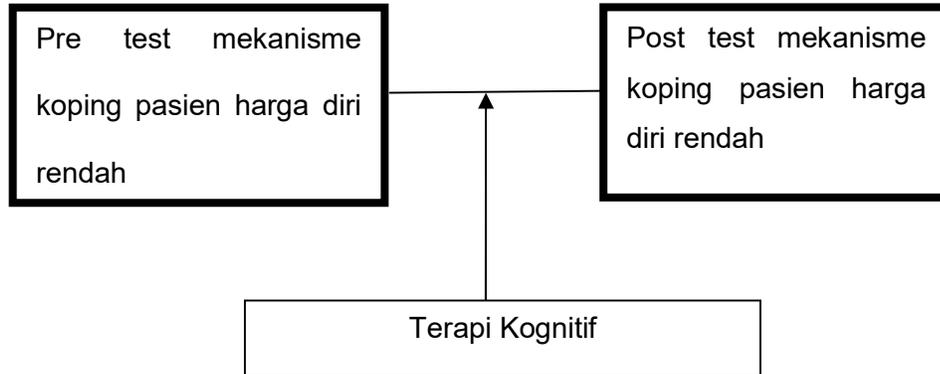
Gambar 2.4 Kerangka Teori

D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian pada hakikatnya adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variabel-variabel yang akan diukur/diteliti (Notoatmodjo, 2010).

Variabel Independen

Variabel Dependen



Gambar 2.5 : Kerangka Konsep

E. Hipotesa Penelitian

Hipotesa penelitian adalah suatu asumsi sementara tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa memberikan jawaban sementara atas suatu pernyataan dalam suatu penelitian (Nursalam 2000). Menurut Notoatmojo (2002) hipotesais didalam suatu penelitian berarti jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut.

Hipotesa penelitian ini adalah :

1. Hipotesis Nol (H_0):

Tidak ada pengaruh terapi kognitif terhadap mekanisme koping pasien harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam samarinda.

2. Hipotesis alternatif (Ha) :

Ada pengaruh terapi kognitif terhadap mekanisme koping pasien harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam samarinda.

BAB III
METODE PENELITIAN

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian yang telah dibuat maka dapat ditarik suatu kesimpulan, sebagai berikut :

1. Karakteristik responden berdasarkan usia didapatkan hasil dari 17 responden, (47,1%) berada di rentang usia 41 – 50 tahun, disusul berikutnya usia 31 – 40 tahun (23,5 %), selanjutnya 21 – 30 tahun (17,6%), dan usia > 50 tahun (11,8%). Sedangkan berdasarkan jenis kelamin, laki-laki (88,2%) dan perempuan (11,8%).Dilanjutkan dengan karakteristik pendidikan SD (41,2%), SMP (35,3%), SMA (11,8%) dan (11,8%), sebagian besar dirawat lebih dari 42 hari (82,4%) dan kurang dari 42 hari (11,6%).
2. Nilai pre tes 17 reponden Mekanisme Koping pasien harga diri rendah memiliki rerata 76,29 dengan median 72 dengan nilai hasil pengukuran berkisar 52 – 109.
3. Pasien yang telah menjalani terapi kognitif mengalami penurunan nilai post tes sebanyak 16 orang yang berkisar dari 41 hingga 103 dengan mean 65,00.
4. Hasil penelitian menunjukkan *p value* $0,001 < 0,05$, sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh terapi kognitif terhadap mekanisme

koping pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Dari hasil penelitian ini diharapkan rumah sakit dapat memberikan kesempatan kepada perawat untuk mendapatkan pelatihan tentang terapi modalitas spesialis khususnya terapi kognitif dalam menangani pasien yang memiliki diagnosa keperawatan HDR situasional maupun kronis. Terutama bagi pasien yang memiliki resiko bunuh diri atau mengalami pikiran otomatis negatif. Namun yang lebih penting lagi RS dapat membuat aturan kewenangan siapa yang berhak dan bertanggung jawab melakukan terapi-terapi modalitas yang di yakini secara ilmiah, memberikan pengaruh positif dalam pencegahan kekambuhan.

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat lebih meningkatkan kompetensi dalam pemberian terapi mandiri seperti terapi modalitas ini, baik melalui peningkatan pendidikan formal berjenjang maupun pelatihan – pelatihan. Sehingga kompetensi ini dapat pula memberikan kepercayaan diri bagi perawat yang melakukan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat dijadikan masukan sebagai kajian ilmiah untuk mengembangkan terapi kognitif dengan kasus lain untuk menangani pasien yang mengalami harga diri rendah, depresi, dan kecemasan ataupun masalah psikososial lainnya. Sehingga penting untuk mempertimbangkan memasukkan terapi modalitas spesialis sebagai materi kuliah dalam pengajaran keperawatan jiwa.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat dikembangkan lebih lanjut dengan menggunakan kelompok kontrol dan dengan menggunakan alat ukur yang lebih mudah dipahami oleh responden. Selain itu, penelitian juga dapat dipertimbangkan untuk dilakukan di rumah sakit dengan fokus masalah psikososial atau juga di komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

Ambarwati (2009) *Keefektifan Cognitive Behaviour Therapy (CBT) Sebagai Terapi Tambahan Pasien Skizofrenia Kronis di Panti Rehabilitasi Budi Makarti Boyolali*.
<https://www.google.com/digilib.uns.ac.id>. Diperoleh pada tanggal 24 mei 2016.

Astuti dkk (2008) *Pengaruh terapi kognitif restrukturisasi terhadap penurunan skor depresi pasien gangguan jiwa*, Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 5, No.3, Nopember 2010

Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Proses*, Jakarta : Rineka Cipta.

Chaplin, J.P (2009) *Kamus Lengkap Psikologi* Jakarta : PT RajaGrafindo Persada.

Catatan Terapi Kelompok dan Individu Rehabilitasi Medik RSJD. Atma Husada Mahakam Samarinda (2015)

Damaiyanti (2015) *Prevalence of Depression among Indonesia High School Adolescent* .

Davison,GC & Neale J. M (2006) *Psikologi Abnorma*, Jakarta. PT Raja Grafindo Persada.

Djarmiko, Prianto (2009) *Kesehatan Jiwa Sebagai Prioritas Global*,
<http://www.depkes.go.id/index.php?option=news&task=viewarticle&sid=3592>

diperoleh pada tanggal 17 Januari 2016

Dobson, K. S., & Breiter, H. J. (1983). *Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. Journal of Abnormal Psychology, 92(1), 107.*

Fausiah, Fitri & Widury Julianti. (2005). *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa*. Jakarta: UI-Press.

Handayani (2009). *Pengaruh Cognitive Behavior Therapy (CBT) Terhadap Perubahan Kecemasan, Mekanisme Koping, Harga Diri Pada Pasien Gangguan Jiwa Dengan Skizofrenia Di RSJD Surakarta*. Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan, Vol 3(1), Mei 2014, 41-50

Hastono, S. (2010). *Statistika Kesehatan*, Ed.5. Jakarta : Rajawali Pers.

Hawari, D.(2008), *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*, Jakarta : Balai Penerbit FKUI.

Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). *Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. Cognitive therapy and research, 4(4), 383-395.*

Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). *Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. Journal of Abnormal Psychology, 95*(1), 52.

Jihan, (2009). *Efektifitas Terapi Perilaku Kognitif (Cognitive Behaviour Therapy) Relaksasi dan Distraksi pada Pasien Kanker dengan Nyeri Kronis di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan.*
<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14300/1/10E01039.pdf>.

Diperoleh pada tanggal 20 Desember 2015

Kazdin, A. E. (1990). *Evaluation of the Automatic Thoughts Questionnaire: Negative cognitive processes and depression among children. Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*(1), 73

Kusumawati, (2010). *Konsep Perilaku Caring.* [http : HYPERLINK "http://www.wordpress.com" ^ www.wordpress.com](http://www.wordpress.com) 23-10-2014. Diperoleh pada tanggal 10 Desember 2015.

Maramis Willy. F dan Maramis Albert. A. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, Edisi 2.* AirlanggaUniversity Press. Surabaya.

Notoatmodjo (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan,* Jakarta: Rineka Cipta.

Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika.

Pan, J. Y., Ye, S., & Ng, P. (2016). *Validation of the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) Among Mainland Chinese Students in Hong Kong. Journal of clinical psychology*, 72(1), 38-48.

Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar fundamental Keperawatan : konsep, Proses, dan praktik. Edisi 4*. Jakarta : EGC.

Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda. (2015).

Riwidikdo, H. (2006). *Statistik Kesehatan, Belajar mudah teknik analisis data dalam penelitian kesehatan (Plus Aplikasi Software SPSS)*, Jogjakarta: Mitra Cendikia Press.

Sarfika (2012). *Pengaruh Terapi Kognitif dan Logoterapi terhadap Depresi, Ansietas, Kemampuan Mengubah Pikiran Negatif dan kemampuan Memaknai Hidup klien Diabetes Melitus di RSUP dr. M. Djamil Padang.*
<https://www.googl.com/url ib.ui.ac> Di peroleh pada tanggal 21 januari 2016.

Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & *Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavior Sciences/Clinical Psychiatry*. 10th.

Sekaran, Uma. (2006). *Metode Penelitian Bisnis*. Jakarta : Salemba Empat

Setyarini (2012). *Pengaruh Terapi Kognitif Perilaku Terhadap Perubahan Tingkat Depresi Pada Lansia di Panti Werdha Karitas Cimahi*. <http://elib.pdii.lipi.go.id/katalog/index.php/searchkatalog/byId/310113>. Diperoleh pada tanggal 17 Januari 2016.

Setyoadi & Kushariyadi. (2011). *Terapi Modalitas Keperawatan Pada Klien Psikogeriatik*. Jakarta : Salemba Medika

Silalahi, G.A. (2003). *Metodologi Penelitian dan Studi Kasus*, Sidoarjo: Citra Media.

Smeltzer, SC., Bare, B.G., (2002). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Medikal-Bedah*. Alih bahasa dr. H. Y. Kuncara. Jakarta : EGC

Stuart Gail. W dan Laraia Michele. T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing 8 th Edition*. Mosby Inc.

Stuart, GW ; Sundeen, SJ. (2009). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Penerbit EGC. Jakarta.

Suerni. (2013). *Penerapan Terapi Kognitif Dan Psikoedukasi Keluarga Pada Klien Harga Diri Rendah Di Ruang Yudistira Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor*. <http://www.e-jurnal.com/2014/11/penerapan-terapi-kognitif-dan.html> diperoleh pada tanggal 22 Desember 2015

Sugiyono, 2010, *Statistika untuk penelitian, Cetakan ke-16*. Bandung : CV. Alfabeta

Tika, P. (2005). *Budaya Organisasi Perusahaan*. Jakarta : PT Bumi Aksara.

Undang-Undang RI No 14 Tahun 2014 Bab I, Pasal 1 tentang kesehatan jiwa.

Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC..

Wong D. Dan Whalley. (1996). *Clinical Manual Of Pediatric Nursing*. 4th edition. Lippincott: Philadelphia.

Yosep, Iyus (2009). *Keperawatan Jiwa. Cetakan kedua (edisi revisi)*
Bandung : Refika Aditama