

TESIS

PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)* TERHADAP HARGA DIRI PASIEN KUSTA DI RUMAH SAKIT KUSTA KEDIRI



Oleh :

KUN IKA NUR RAHAYU, S.Kep.Ns

NIM. 090810473

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

SURABAYA

2010

2010

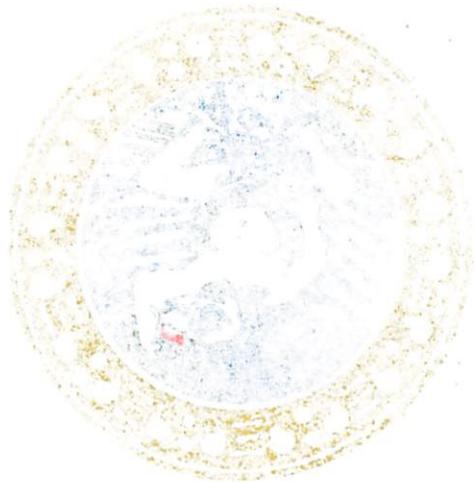
2010

UNIVERSITAS KESEKOLAHAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS PSIKOLOGI UNIVERSITAS AIRLANGGA

UNIVERSITAS AIRLANGGA

UNIVERSITAS AIRLANGGA

2010



DI BANGUN SERTA KEGIATAN KEMAH
SISWA YANG DIBI BUKAN PUNYA
SEKOLAH COGNITIVE BEHAVIORAL (CB)

2010

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (CBT)
TERHADAP HARGA DIRI PASIEN KUSTA
DI RUMAH SAKIT KUSTA KEDIRI**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
Dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga**

Oleh :

KUN IKA NUR RAHAYU, S.Kep.Ns

NIM. 090810473

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2010

PENGARUH KOGNITIF TERHADAP PERFORMA BELAJAR MIPA
MATERI KELOMPOK PADA MATA PELAJARAN
MIPA DI RUMAH SAKIT KEMERDEKAAN

SKRIPSI

yang diajukan untuk memenuhi salah satu syarat
dalam memperoleh gelar Sarjana Pendidikan
di Universitas Airlangga

oleh
KUN IKA NUR RAHAYU, S.KEP.NS
NIM. 20180100100000000000

DI BAWAKAN DAN DITAMBAH KE DALAM PERPUSTAKAAN
SARJANA MIPA UNIVERSITAS AIRLANGGA
MELAKUKAKAN PROSEDUR
PENGALIHAN HAK MILIK

HALAMAN PERNYATAAN ORSINILITAS

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

Nama : KUN IKA NUR RAHAYU

NIM : 090810473

Tanda Tangan : 

Tanggal : 14 Februari 2011

LEMBAR PENGESAHAN

**TESIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL FEBRUARI 2011**

Oleh:

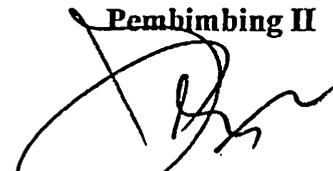
Pembimbing I



Dr. Sunarjo, dr. MS. MSc

NIP : 130685841

Pembimbing II



Djohar Nuswantoro, dr. MPH

NIP : 19550226 198502 1001

Mengetahui

**Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Program Pasca Sarjana Universitas Airlangga**



Dr. F. Srisini, dr. MSc

NIP : 19440722 197106 2001

HALAMAN PENGESAHAN PANITIA PENGUJI TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : KUN IKA NUR RAHAYU
NIM : 090810473
Program studi : Program Pendidikan Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh *Cognitive Behavior Therapi* (CBT) Terhadap Status Harga Diri Pasien Kusta di Rumah Sakit Kusta Kediri

Tesis ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji
Pada Program Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada Tanggal : Februari 2011

Panitia Penguji,

1. Pembimbing ketua : Dr. Sunarjo, dr. MS. MSc ()
2. Pembimbing anggota : Djohar Nuswantoro, dr. MPH ()
3. Penguji I : Prof. Hari Sukanto, Sp.KK (K) ()
4. Penguji II : Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) ()
5. Penguji III : Ahmad Yusuf, S.Kep.Ns.M.Kes ()

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT, atas berkah dan rahmat-Nya, sehingga Tesis Penelitian yang berjudul “Pengaruh *Cognitive Behavior Terapy* (CBT) terhadap status harga diri pasien kusta di RS Kusta Kediri” dapat terselesaikan.

Penelitian ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Penulis menyadari bahwa penyusunan penelitian ini tidak akan berhasil tanpa mendapat bimbingan, bantuan, dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
2. Purwaningsih, S.Kep.Ns.M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan atas kesempatan dan fasilitas, bimbingan serta motivasi yang diberikan sehingga kami dapat menyelesaikan pendidikan magister keperawatan.
3. dr. Aman Ardjito Endarso, SKM selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
4. dr. Tuty Satriyawati. M.Kes, selaku direktur RS Kusta Kediri yang telah memberikan ijin sehingga peneliti dapat melakukan penelitian di RS Kusta Kediri

5. DR. Sunarjo, dr., MS., M.Sc selaku pembimbing I, yang telah memberikan motivasi, semangat, bimbingan, arahan, dan kritik-kritik yang membangun serta kesempatan yang luas kepada peneliti selama proses penyusunan penelitian tesis ini.
6. DJohar Nuswantoro, dr. MPH selaku pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan, arahan, motivasi, saran, serta dukungan dan kepercayaan kepada peneliti sehingga peneliti selalu optimis untuk menyelesaikan penelitian ini.
7. Dr. F. Sustini, dr., MS., selaku Kepala Program Studi, atas segala perhatian, motivasi dan semangat yang diberikan kepada kami sehingga kami mampu menyelesaikan penelitian dan rangkaian pendidikan magister keperawatan ini.
8. Prof. Hari Sukanto, Sp.KK (K), selaku penguji tesis ini terima kasih banyak atas kritik, saran dan waktunya untuk membantu menyelesaikan tesis ini
9. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku penguji tesis ini terima kasih atas waktu, kritik dan saran serta motivasi yang membantu peneliti menyelesaikan tugas ini.
10. Bapak Ahmad Yusuf, S.Kp., M selaku penguji penelitian tesis ini terima kasih atas waktu, kritik dan saran yang membangun serta kesabaran ibu yang membantu peneliti menyelesaikan penelitian ini
11. Rekan-rekan sejawat perawat di RS kusta Kediri yang telah memberikan arahan kepada peneliti dalam proses pengambilan data penelitian dan telah banyak membantu peneliti dalam proses pengumpulan data penelitian.
12. Bapak-bapak dan Ibu-ibu responden yang berkenan untuk turut serta dalam pengambilan data penelitian, terima kasih atas waktu dan kesediannya membantu peneliti, dan semoga semangat tinggi yang mereka miliki menjadi

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Kun Ika Nur Rahayu, S.Kep., Ns
NIM : 090810473
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen :
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

Pengaruh Cognitive Behavior Therapy (CBT) terhadap status harga diri pasien kusta di RS kusta Kediri

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada Tanggal : Februari 2010
Yang Menyatakan,

Kun Ika Nur Rahayu, S.Kep, Ns
NIM. 090810473 M

ABSTRACT

The Effect of Cognitive Behavior Therapy (CBT) on Self-Esteem on Leprosy Patients at Leprosy Hospital Kediri

Leprosy is one of the communicable diseases that give a very big stigma in society leading to problems of leprosy patients on self-esteem. Effect of Cognitive Behavior Therapy to change the status of self-worth Leprosy patients in the hospital still needs to be investigated.

This study aims to determine the effect of CBT on self-esteem changes in the status of leprosy patients. This study used design research group pre-post test design. The population of leprosy patients who undergo outpatient treatment at hospitals that meet the criteria Leprosy Kediri. The independent variables were intervention Cognitive Behavior Therapy (CBT) and the dependent variable is the status of leprosy patients self esteem. Data will be analyzed using Mc Nemar statistical tests.

The results showed that the factors that affect self-esteem in patients with leprosy were age, duration of illness, knowledge, symptoms, occupation, family support, and the environment. With $P = 0.063$ These results indicate no significant effect between the status of self-esteem respondents before and after CBT. Low self-esteem can potentially trigger a reaction in patients with leprosy and destruction on themselves so that necessary efforts to enhance self-esteem leprosy patients.

Keywords: CBT therapy, the status of self-esteem

RINGKASAN**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY (CBT)* TERHADAP
HARGA DIRI PASIEN KUSTA DI RUMAH SAKIT KUSTA KEDIRI**

Penyakit kusta merupakan salah satu penyakit menular yang memberi stigma yang sangat besar di masyarakat sehingga menimbulkan masalah pada harga diri pasien kusta. Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* terhadap perubahan status harga diri pasien di RS Kusta masih perlu diteliti.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh CBT terhadap perubahan status harga diri pasien kusta. Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *pre-post test group design*. Populasinya penderita kusta yang menjalani rawat jalan di RS Kusta Kediri yang memenuhi criteria. Variabel independen dalam penelitian adalah intervensi *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* dan variabel dependen adalah status harga diri pasien kusta. Data akan dianalisis menggunakan uji statistik *Mc Nemar*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi harga diri pada pasien kusta adalah usia, lama sakit, pengetahuan, gejala yang muncul, pekerjaan, dukungan keluarga, dan lingkungan. Dengan $P = 0.063$ hasil ini menunjukkan tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara status harga diri responden sebelum dan setelah CBT.

Harga diri yang rendah dapat berpotensi memicu terjadinya reaksi pada pasien kusta dan destruksi pada diri sendiri sehingga diperlukan upaya untuk meningkatkan harga diri pasien kusta.

Kata Kunci : Terapi CBT, status harga diri

DAFTAR ISI

| | |
|---|------|
| COVER LUAR | i |
| COVER DALAM | ii |
| HALAMAN PERSYARATAN GELAR | iii |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS | iv |
| HALAMAN PENGESAHAN | v |
| HALAMAN PENGESAHAN PANITIA PENGUJI | vi |
| KATA PENGANTAR | vii |
| HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI | x |
| ABSTRACT | xi |
| RINGKASAN | xii |
| DAFTAR ISI | xiii |
| DAFTAR GAMBAR | xvi |
| DAFTAR TABEL | xvii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xix |
| DAFTAR SINGKATAN | xx |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang.. | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 4 |
| 1.3 Tujuan..... | 5 |
| 1.4 Manfaat | 5 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Penyakit Kusta..... | 7 |
| 2.1.1 Definisi Kusta..... | 7 |
| 2.1.2 Epidemiologi Kusta..... | 7 |
| 2.1.3 Etiologi..... | 8 |
| 2.1.4 Faktor-faktor yang mmepengaruhi timbulnya kusta.. | 8 |
| 2.1.5 Patogenesis | 9 |
| 2.1.6 Tanda gejala.. | 9 |
| 2.1.7 Tempat Predileksi..... | 10 |
| 2.1.8 Pengobatan | 11 |
| 2.2 Konsep Diri | 12 |
| 2.2.1 Definisi | 12 |
| 2.2.2 Komponen Konsep Diri | 13 |
| 2.3 Harga Diri..... | 16 |
| 2.3.1 Definisi | 16 |
| 2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Harga Diri | 16 |
| 2.3.3 Perilaku dengan Harga Diri Rendah..... | 17 |
| 2.3.4 Cara Meningkatkan Harga Diri | 18 |
| 2.3.5 Tujuan Perawatan pada Pasien Harga Diri Rendah..... | 19 |
| 2.3.6 Tindakan Keperawatan pada Pasien HDR | 20 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.3.7 | Mengukur Harga Diri..... | 22 |
| 2.4 | Teori Keperawatan Hildegard Peplau | 24 |
| 2.4.1 | Konsep Hildegard Peplau..... | 24 |
| 2.4.2 | Peran Perawat..... | 28 |
| 2.4.3 | Implementasi Teori Peplau..... | 29 |
| 2.5 | Komunikasi Terapeutik | 30 |
| 2.5.1 | Definisi | 30 |
| 2.5.2 | Tujuan Komunikasi Terapeutik..... | 30 |
| 2.5.3 | Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik | 32 |
| 2.5.4 | Prinsip Komunikasi Terapeutik..... | 32 |
| 2.5.5 | Teknik Komunikasi Terapeutik..... | 33 |
| 2.5.6 | Tahapan Komunikasi Terapeutik | 35 |
| 2.6 | <i>Cognitive Behavior Therapy</i> | 37 |
| 2.6.1 | Karakteristik CBT | 40 |
| 2.6.2 | Tujuan CBT | 41 |
| 2.6.3 | Teknik-teknik CBT | 41 |
| 2.6.4 | Tahapan CBT | 44 |
| 2.6.5 | Peran Terapis..... | 45 |
| 2.6.6 | Strategi CBT..... | 47 |
| 2.7 | Konseling..... | 54 |
| 2.7.1 | Definisi Konseling..... | 54 |
| 2.7.2 | Tujuan Konseling | 55 |

BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESA PENELITIAN

| | | |
|-----|----------------------------|----|
| 3.1 | Kerangka Konseptual | 59 |
| 3.2 | Hipotesis Penelitian | 60 |

BAB 4 METODE PENELITIAN

| | | |
|-----|---|----|
| 4.1 | Rancangan Penelitian | 61 |
| 4.2 | Populasi, sampel, besar sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel | 62 |
| 4.3 | Variabel Penelitian | 62 |
| 4.4 | Bahan dan Instrumen Penelitian..... | 64 |
| 4.5 | Prosedur Penelitian | 65 |
| 4.6 | Lokasi dan Waktu Penelitian..... | 65 |
| 4.7 | Analisa Data. | 65 |

BAB 5 ANALISIS HASIL.....

| | | |
|-------|--|----|
| 5.1 | Gambaran Lokasi Penelitian..... | 67 |
| 5.2 | Data Umum | 68 |
| 5.3 | Data Khusus..... | 73 |
| 5.3.1 | Status Harga Diri Penderita Sebelum Dilakukan CBT pada Pasien Kusta di RS Kusta Kediri | 73 |
| 5.3.2 | Status Harga Diri Penderita Sesudah Dilakukan CBT pada Pasien Kusta di RS Kusta Kediri | 73 |
| 5.3.3 | Pengaruh CBT Terhadap Perubahan Status Harga Diri pada Pasien Kusta di RS Kusta Kediri..... | 77 |

| | |
|--|---------------|
| BAB 6 PEMBAHASAN | 81 |
| 6.1 Status Harga Diri sebelum dilakukan <i>Cognitive Behavioral Therapy (CBT)</i> pada pasien kusta di RS Kusta Kediri | 81 |
| 6.2 Status Harga Diri sesudah dilakukan <i>Cognitive Behavioral Therapy (CBT)</i> pada pasien kusta di RS Kusta Kediri | 83 |
| 6.3 Perbedaan Status Harga Diri sebelum dan sesudah dilakukan <i>Cognitive Behavioral Therapy (CBT)</i> selama 6 sesi pada pasien kusta di RS Kusta Kediri | 86 |
| BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN | 93 |
| 7.1 Kesimpulan..... | 93 |
| 7.2 Saran | 93 |
| DAFTAR PUSTAKA | 95 |
| Lampiran-Lampiran | |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|-----------|
| Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian Pengaruh <i>Cognitive Behavior Therapy</i> terhadap Status Harga Diri Pasien Kusta di RS Kusta Kediri..... | 59 |
| Gambar 5.1 Perbandingan status harga diri sesudah dilakukan CBT selama sesi 6 pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 76 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|------------|--|----|
| Tabel 4.1 | Variabel Penelitian dan Definisi | 63 |
| Tabel 4.2 | Rencana Tabulasi | 66 |
| Tabel 5.1 | Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin pada pasien Kusta di RS Kusta Kediri, 2010..... | 68 |
| Tabel 5.2 | Distribusi responden berdasarkan usia pada pasien Kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 69 |
| Tabel 5.3 | Distribusi responden berdasarkan tingkat pendidikan pada pasien Kusta di RS Kusta Kediri, 2010..... | 69 |
| Tabel 5.4 | Distribusi responden berdasarkan lama sakit pada pasien Kusta di RS Kusta Kediri, 2010..... | 70 |
| Tabel 5.5 | Distribusi responden berdasarkan gejala yang terjadi pada pasien Kusta di RS Kusta Kediri, 2010..... | 70 |
| Tabel 5.6 | Distribusi responden berdasarkan dukungan keluarga pada pasien Kusta di RS Kusta Kediri, 2010..... | 71 |
| Tabel 5.7 | Distribusi responden berdasarkan sakitnya diketahui oleh masyarakat pada pasien Kusta di RS Kusta Kediri, 2010... | 71 |
| Tabel 5.8 | Distribusi responden berdasarkan status kerja pada pasien Kusta di RS Kusta Kediri, 2010..... | 72 |
| Tabel 5.9 | Distribusi responden berdasarkan pengetahuan tentang penyakit kusta pada pasien Kusta di RS Kusta Kediri, 2010..... | 72 |
| Tabel 5.10 | Distribusi responden berdasarkan status harga diri sebelum dilakukan CBT pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 73 |
| Tabel 5.11 | Distribusi responden berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 1 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 73 |

| | | |
|------------|--|----|
| Tabel 5.12 | Distribusi responden berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 2 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 74 |
| Tabel 5.13 | Distribusi responden berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 3 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 74 |
| Tabel 5.14 | Distribusi responden berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 4 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 75 |
| Tabel 5.15 | Distribusi responden berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 5 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 75 |
| Tabel 5.16 | Distribusi responden berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 6 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 75 |
| Tabel 5.17 | Perbandingan status harga diri sebelum dilakukan CBT dan sesudah dilakukan CBT sesi 1 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 77 |
| Tabel 5.18 | Perbandingan status harga diri setelah dilakukan CBT sesi 1 dan sesi 2 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 77 |
| Tabel 5.19 | Perbandingan status harga diri setelah dilakukan CBT sesi 2 dan sesi 3 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 78 |
| Tabel 5.20 | Perbandingan status harga diri setelah dilakukan CBT sesi 3 dan sesi 4 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 78 |
| Tabel 5.21 | Perbandingan status harga diri setelah dilakukan CBT sesi 4 dan sesi 5 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 79 |
| Tabel 5.22 | Perbandingan status harga diri setelah dilakukan CBT sesi 5 dan sesi 6 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 79 |
| Tabel 5.23 | Perbandingan status harga diri sebelum dilakukan CBT dan sesudah dilakukan CBT sesi 6 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010 | 80 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|-------------|---|-----|
| Lampiran 1 | Lembar PROSEDUR <i>COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY</i> | 97 |
| Lampiran 2 | <i>Inform to Consent</i> | 98 |
| Lampiran 3 | <i>Informed consent</i> | 99 |
| Lampiran 4 | Lembar Kuesioner Data Umum..... | 100 |
| Lampiran 5 | Lembar Kuesioner Status Harga Diri..... | 101 |
| Lampiran 6 | Pedoman Intervensi Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah..... | 103 |
| Lampiran 7 | Sertifikat Etik Penelitian | 115 |
| Lampiran 8 | Surat Ijin Pengambilan data dari RS Kusta Kediri..... | 116 |
| Lampiran 9 | Daftar Rekapitulasi Data Responden | 117 |
| Lampiran 10 | Daftar Status Harga Diri Pasien Kusta Setelah Dilakukan CBT..... | 119 |
| Lampiran 11 | Perubahan Status Harga Diri Pasien Setelah Dilakukan CBT..... | 120 |
| Lampiran 12 | Daftar Rekapitulasi Nilai Total <i>Self Esteem Scale</i> | 121 |
| Lampiran 13 | Daftar Rekapitulasi Nilai <i>Self Esteem Scale</i> pada Setiap Penderita..... | 122 |
| Lampiran 14 | Hasil SPSS..... | 132 |

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|---------------|-----------------------------------|
| CBT | <i>Cognitive Behavior Therapy</i> |
| Dinkes | Dinas Kesehatan |
| Depkes | Departemen Kesehatan |
| MDT | <i>Multi Drug Therapy</i> |
| RS | Rumah Sakit |
| SKR | Stimulus Kognitif Respon |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penderita kusta tersebar diseluruh dunia. Jumlah yang tercatat 888.340 orang pada tahun 1997. Indonesia merupakan negara ketiga terbanyak penderita kusta setelah India dan Brazil dengan jumlah 33.739 orang (tahun 1997) dengan prevalensi 1,7 per 10.000 penduduk. Di Indonesia distribusi penyakit kusta juga tidak merata, yang tertinggi antara lain di Jawa Timur, Jawa Barat, dan Sulawesi Selatan. Saat ini, jumlah penderita kusta di Jawa Timur tercatat sebagai yang terbesar di Indonesia. Dari sekitar 17.000 penderita kusta baru di Indonesia, 35 persen di antaranya ditemukan di Jatim. (Djuanda, 2007).

Penyakit Kusta paling banyak menyerang kelompok umur 25-35 tahun dimana pada laki-laki dan wanita mempunyai frekuensi yang sama. Faktor yang mempengaruhi timbulnya penyakit ini adalah bangsa/ras, sosial ekonomi, kebersihan dan turunan (Harahap, 2000).

Kusta merupakan penyakit yang menyeramkan dan ditakuti oleh karena dapat terjadi ulserasi, mutilasi, dan deformitas, terjadi kerusakan saraf besar yang irreversible di wajah dan ekstremitas, motorik dan sensorik serta dengan adanya kerusakan yang berulang-ulang pada daerah anestetik disertai paralisis dan atrofi otot. Sehingga penderita kusta bukan menderita karena penyakitnya saja, tetapi juga karena dikucilkan masyarakat sekitarnya (Djuanda, 2007).

Anggapan masyarakat yang salah terhadap penyakit kusta, dimana sebagian besar masyarakat kita menganggap bahwa penyakit ini adalah penyakit kutukan, turunan, akibat berhubungan saat haid, akibat hubungan seks bebas, dll. Akibat dari anggapan yang salah ini penderita kusta akan dikucilkan karena masyarakat takut tertular. Sehingga pasien kusta merasa lebih aman tinggal di komunitas mereka dan menutup diri dari masyarakat umum (Rahaju, 2007).

Dampak yang diakibatkan oleh penyakit kusta terhadap tubuh pasien yaitu adanya eritema pada tubuh, kecacatan dan adanya stigmasi terhadap pasien kusta, hal ini membuat pasien kusta mengalami harga diri rendah. Hal ini ditandai dengan sebagian besar pasien merasa sedih, merasa malu, mudah tersinggung, tidak mau makan, susah tidur, dll (Rahaju, 2007).

Dampak dari harga diri rendah ini sangat banyak antara lain penyalahgunaan zat-zat terlarang seperti narkoba, produktifitas menurun. Karena produktifitasnya menurun maka seringkali pasien kusta ini menjadi beban bagi keluarga. Dampak lain dari harga diri rendah adalah destruksi pada orang lain, hal ini sangat mengganggu ketenangan masyarakat karena pasien yang seperti ini selalu merasa benci, dendam, selalu curiga kepada orang lain sehingga pasien beresiko untuk melakukan tindakan kekerasan pada orang lain. Dampak lain dari harga diri rendah adalah mengkritik diri sendiri, 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 (Depkes RI, 1994).

Harga diri adalah penilaian tentang nilai individu dengan menganalisis kesuaian perilaku dengan ideal diri. Harga diri rendah merupakan evaluasi diri dari perasaan tentang diri atau kemampuan diri yang negatif (Yani, 1994). Proses penilaian merupakan proses berfikir di otak. Harga diri dipengaruhi oleh kognitif.

Teori Hildegard Peplau (1952) berfokus pada individu, perawat dan proses interaktif yang menghasilkan hubungan antara perawat dan klien. Berdasarkan teori ini klien adalah individu dengan kebutuhan perasaan, dan keperawatan adalah proses interpersonal dan terapeutik. Tujuan keperawatan adalah untuk mendidik klien dan keluarga dan untuk membantu klien mencapai kematangan perkembangan kepribadian. Oleh sebab itu perawat berupaya mengembangkan hubungan antara perawat dan klien dimana perawat bertugas sebagai narasumber, konselor dan wali (Potter & Perry, 2005).

Cognitive Behavior Therapy merupakan gabungan dua macam teknik psikoterapi yang efektif yaitu terapi kognitif dan terapi perilaku. Terapi kognitif dalam *Cognitive Behavior Therapy* membantu penderita untuk mengubah pikiran, perasaannya, sedangkan terapi perilaku mengubah perilakunya. CBT memadukan teknik-teknik behavioral seperti pemaparan, dan teknik-teknik kognitif, seperti restrukturisasi kognitif (Nevid, 2005).

Cognitive Behavior Therapy (CBT) membantu seseorang untuk mencapai kepribadian yang matang dengan meningkatkan mekanisme coping orang tersebut. Terapi kognitif berusaha untuk mengajak klien untuk menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti

yang bertentangan dengan keyakinan tentang masalah yang dihadapi, selain itu klien dapat menyerap pemikiran yang rasional dan irasional, dimana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan pola pikirnya. Perilaku maladaptif supaya menjadi respon coping yang adaptif membutuhkan suatu proses belajar. CBT lebih menekankan pada monitoring perilaku dan penyelesaian pekerjaan rumah untuk meningkatkan kemampuan belajar dan mendorong mereka untuk menggunakannya dalam kehidupan yang nyata. CBT menyelesaikan masalah dengan merubah pikiran/alam bawah sadar, merencanakan tindakan/pengalaman untuk meningkatkan kemampuan/skill baru (Kneisl, 2004).

Menurut data di Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri, jumlah pasien Kusta di Kediri yang terdeteksi ada 45 pasien. Di Jawa Timur terdapat dua Rumah Sakit Kusta yaitu di Mojokerto dan di Kediri. Dimana di RS Kusta Kediri mempunyai rata-rata pasien rawat rawat inap antara 23 sampai 35 pasien dan rawat jalan sekitar 23 pasien setiap hari. Dari studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada bulan April 2010 pada 10 penderita kusta di RS Kusta Kediri didapatkan 80% pasien kusta mengalami harga diri rendah.

Berdasarkan latar belakang diatas maka diperlukan penelitian tentang pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) terhadap status harga diri pasien kusta di RS Kusta Kediri.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) akan meningkatkan status harga diri pasien kusta?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) terhadap peningkatan harga diri pasien kusta ◦

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik pasien kusta yang meliputi usia, pendidikan, lama sakit, gejala yang terjadi, dukungan keluarga, berdasarkan persepsi penderita sakitnya diketahui oleh masyarakat atau tidak, status pekerjaan, pengetahuan penderita tentang penyakit kusta.
2. Mengukur status tingkat harga diri pasien kusta di RS Kusta Kediri sebelum dilakukan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT)
3. Mengukur status tingkat harga diri pasien kusta di RS Kusta Kediri sesudah dilakukan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) selama 6 kali pertemuan.
4. Membandingkan status harga diri pasien kusta sebelum dan sesudah dilakukan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) selama 6 kali pertemuan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

1. Sebagai masukan dalam pengembangan Ilmu Keperawatan khususnya keperawatan jiwa terutama dalam terapi kognitif dan perilaku

1.4.2 Praktis

1. CBT dapat digunakan sebagai salah satu intervensi keperawatan untuk pasien dengan gangguan harga diri rendah

2. Meningkatkan kualitas hidup pasien dengan meningkatkan harga dirinya

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Kusta

2.1.1 Definisi

Penyakit kusta adalah penyakit kronik yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Leprae* (*M.Leprae*) yang pertama kali menyerang susunan saraf tepi, selanjutnya menyerang kulit, mukosa (mulut), saluran pernafasan bagian atas, sistem retikulo endothelial, mata, otot, tulang, dan testis (Harahap, 2000).

2.1.2 Epidemiologi

Masa tunasnya sangat bervariasi, antara 40 hari sampai 40 tahun, umumnya beberapa tahun, rata-rata 3-5 tahun (Djuanda, 2007). Kelompok umur terbanyak yang terserang adalah usia 25-35 tahun, dibawah itu jarang. Di Indonesia penderita anak-anak dibawah umur 14 tahun didapatkan kurang lebih 13%, tetapi anak dibawah umur 1 tahun jarang sekali (Djuanda, 2007). Frekuensi sama antara laki-laki dan wanita (Siregar, 2004).

Kusta bukan penyakit keturunan. Kuman dapat ditemukan di kulit, folikel rambut, kelenjar keringat, dan air susu ibu, jarang didapat dalam urin. Sputum dapat banyak mengandung *M. Leprae* yang berasal dari traktus respiratorius atas. Tempat implantasi tidak selalu menjadi tempat lesi pertama (Djuanda, 2007).

2.1.3 Etiologi

Penyebab penyakit kusta adalah Mikobakterium Lepra (*Mycobacterium Leprae*, *M.Leprae*).

Secara morfologik, *M. leprae* berbentuk pleomorf lurus, batang panjang, sisi paralel dengan kedua ujung bulat, ukuran 0,3 – 0,5 x 1-8 mikron. Basil ini berbentuk batang gram positif, tidak bergerak dan tidak berspora, dapat tersebar atau dalam berbagai ukuran bentuk kelompok, termasuk massa ireguler besar yang disebut sebagai globi. Dengan mikroskop micron *M.leprae* mempunyai dinding yang terdiri dari 2 lapisan, yakni lapisan peptidoglikan padat pada bagian dalam dan lapisan transparan lipopolisakarida dan kompleks protein lipopolisakarida pada bagian luar. Dinding polisakarida ini adalah suatu arabinogalaktan yang diesterifikasi oleh asam mikolik dengan ketebalan 20 nm. Tampaknya peptidoglikan ini mempunyai sifat spesifik pada *M.leprae*, yaitu adanya asam amino glisin, sedangkan pada bakteri lain mengandung alanin (Harahap, 2000).

2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi timbulnya Kusta

1. Bangsa/ras

Pada ras kulit hitam insidens bentuk tuberkuloid lebih tinggi. Pada kulit putih lebih cenderung tipe lepromatosa.

2. Sosial ekonomi

Banyak pada negara-negara berkembnag dan golongan sosial ekonomi rendah

3. Kebersihan

Lingkungan yang kurang memenuhi kebersihan.

4. Turunan

Tampaknya faktor genetik berperan penting dalam penularan penyakit ini. Penyakit ini tidak diturunkan pada bayi yang dikandung ibu dengan leprae (Siregar, 2004).

2.1.5 Patogenesis

Sebenarnya *M. Leprae* mempunyai patogenitas dan daya invasi yang rendah, sebab penderita yang mengandung kuman lebih banyak belum tentu memberikan gejala lebih berat dan bahkan sebaliknya. Ketidakseimbangan antara derajat infeksi dengan derajat penyakit, tidak lain disebabkan oleh respon imun yang berbeda, yang mengugah timbulnya reaksi granuloma setempat atau menyeluruh yang dapat sembuh sendiri atau progresif. Oleh karena itu penyakit kusta dapat disebut sebagai penyakit imunologik. Gejala klinisnya lebih sebanding dengan tingkat reaksi selulernya daripada intensitas infeksinya (Djuanda; 2007).

2.1.6 Tanda Gejala

Manifestasi klinis penyakit kusta biasanya menunjukkan gambaran yang jelas pada medium yang lanjut dan diagnosis cukup ditegakkan dengan pemeriksaan fisik saja. Penderita kusta adalah seseorang yang menunjukkan gejala klinis kusta dengan atau tanpa pemeriksaan bakteriologik dan memerlukan pengobatan. Gejala dan keparahan penyakit tergantung pada:

1. Multiplikasi dan diseminasi kuman *M. leprae*
2. Respon imun penderita terhadap kuman *M. leprae*
3. Komplikasi yang diakibatkan oleh kerusakan saraf perifer (Harahap, 2000).

Lesi diawali dengan bercak putih bersisik halus pada bagian tubuh, tidak gatal, kemudian membesar dan meluas. Jika saraf sudah terkena, penderita mengeluh kesemutan/baal pada bagian tertentu, ataupun kesukaran mengerakkan anggota badan yang berlanjut dengan kekakuan sendi. Rambut alis pun dapat rontok (Siregar, 2004).

Manifestasi klinik organ lain yang dapat diserang:

1. Mata : iritis, iridoksiklitis, gangguan visus sampai kebutaan
2. Tulang rawan : epitaksis, hidung pelana
3. Tulang dan sendi : absorbs, mutilasi, artritis
4. Lidah : ulkus, nodus
5. Larings : suara parau
6. Testis : epididimistis akut, orkitis, atrofi
7. Kelenjar limfe : limfadenitis
8. Rambut : alopesia, madarosis
9. Ginjal : glomerulonefritis, amiloidosis ginjal, pielonefritis, nefritis interstitial.

2.1.7 Tempat Predileksi

2.1.7.1 Predileksi lesi kulit

Bagian tubuh yang relatif lebih dingin misalnya muka, hidung (mukosa), telinga, anggota tubuh dan bagian tubuh yang terbuka.

2.1.7.2 Predileksi kerusakan saraf tepi

Mycobacterium leprae lebih sering menyerang saraf tepi yang terletak superfisial yang suhunya relative lebih dingin. Saraf tepi yang diserang dengan berbagai kelainannya yaitu:

1. *Nervus auricularis magnus*,
2. *Nervus ulnaris* (anestesi dan paresis/paralisis otot tangan jari V dan sebagian jari IV)
3. *Nervus peroneus komunis* (kaki semper/*food drop*)
4. *Nervus medianus* (anestesi dan paresis/paralisis otot tangan jari I, II, III dan sebagian jari IV. Kerusakan N. Ulnaris dan N. Medianus menyebabkan jari tangan keriting/*claw finger* dan tangan cakar/*claw hand*)
5. *Nervus radialis* (tangan lunglai)
6. *Nervus tibialis posterior* (mati rasa telapak kaki, jari kaki kiting, *nervus facialis* (lagofthalmus, mulut moncong)
7. *Nervus trigeminus* (anestesi kernea) (Harahap, 2000).

2.1.8 Pengobatan

Tujuan utama program pemberantasan penyakit kusta adalah memutuskan rantai penularan untuk menurunkan insidensi penyakit, mengobati dan menyembuhkan penderita serta mencegah timbulnya cacat. Untuk mencapai tujuan itu sampai sekarang strategi pokok yang dilakukan masih didasarkan atas deteksi dini dan pengobatan penderita, yang tampaknya masih tetap diperlukan walaupun nanti vaksin kusta yang lebih efektif telah tersedia. Pada tahun 1981 *WHO Study Group on Chemotherapy of Leprosy* secara resmi mengeluarkan rekomendasi pengobatan kusta dengan regimen MDT (*Multi Drug Therapy*). Sejak Januari 1982, pengobatan kusta di Indonesia mengikuti keputusan *WHO Expert Committee Meeting* di Geneva

yaitu dengan pengobatan kombinasi DDS, Lamprén dan Rifampisin (Harahap, 2000).

2.2 Konsep diri

2.2.1 Definisi

Menurut Stuart dan Sundeén (1998) konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain. Hal ini termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek, tujuan serta keinginannya.

Sedangkan menurut Burns (1993) konsep diri merupakan gambaran yang bersifat individu dan sangat pribadi, dinamis dan evaluative yang masing-masing orang mengembangkannya didalam transaksi-transaksinya dengan lingkungan kejiwaannya dan dia bawa-bawa didalam perjalanan hidupnya. Konsep diri adalah satu gambaran campuran dari apa yang kita pikirkan, pendapat orang-orang mengenai diri kita, dan seperti apa diri kita yang kita inginkan (Salbiah, 2003).

Dengan kata lain, konsep diri menurut Keliat (2005) merupakan aspek kritical dan dasar dari perilaku individu. Individu dengan konsep diri yang positif dapat berfungsi lebih efektif yang terlihat dari kemampuan interpersonal, kemampuan intelektual dan penguasaan lingkungan. Konsep diri yang negatif dapat dilihat dari hubungan individu dan sosial yang maladaptif.

2.2.2 Komponen Konsep Diri

Konsep diri terdiri dari 5 komponen yaitu gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran dan identitas diri.

1. Gambaran Diri

Gambaran diri adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar (Stuart dan Sundeen, 1998). Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu. Gambaran diri berhubungan erat dengan kepribadian. Cara individu memandang diri mempunyai dampak yang penting pada aspek psikologisnya. Pandangan yang realistik terhadap diri, menerima dan menyukai bagian tubuh akan memberi rasa aman sehingga terhindar dari rasa cemas dan meningkatkan harga diri. Individu yang stabil, realistik dan konsisten terhadap gambaran dirinya akan memperlihatkan kemampuan mantap terhadap realisasi yang akan memacu sukses di dalam kehidupannya (Salbiah, 2003).

2. Identitas diri

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 (Stuard dan Sundeen, 1998). Seseorang yang mempunyai perasaan identitas diri yang kuat akan memandang dirinya berbeda dengan orang lain, unik dan tidak ada duanya. Kemandirian timbul dari perasaan berharga (aspek diri sendiri), kemampuan dan penyesuaian diri. Seseorang yang mandiri dapat mengatur dan menerima dirinya. Identitas diri terus berkembang sejak masa kanak-kanak bersamaan dengan perkembangan

konsep diri. Hal yang penting dalam identitas adalah jenis kelamin. Identitas jenis kelamin berkembang sejak lahir secara bertahap dimulai dengan konsep laki-laki dan wanita banyak dipengaruhi oleh pandangan dan perlakuan masyarakat terhadap masing-masing jenis kelamin tersebut (Keliat, 2005)

3. Peran

Peran adalah serangkaian pola sikap perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan oleh masyarakat dihubungkan dengan fungsi individu di dalam kelompok sosialnya. Peran memberikan sarana untuk berperan serta dalam kehidupan sosial dan merupakan cara untuk menguji identitas dengan memvalidasi pada orang yang berarti. Setiap orang disibukan oleh beberapa peran yang berhubungan dengan posisi pada tiap waktu sepanjang daur kehidupan. Harga diri yang tinggi merupakan hasil dari peran yang memenuhi kebutuhan dan cocok dengan ideal diri (Suliswati, 2005).

4. Harga diri

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisis seberapa banyak kesesuaian tingkah laku dengan ideal dirinya. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain yaitu dicintai, dihormati dan dihargai. Individu akan merasa harga dirinya tinggi bila sering mengalami keberhasilan, sebaliknya individu akan merasa harga dirinya rendah bila sering mengalami kegagalan, tidak dicintai atau tidak diterima lingkungan (Suliswati, 2005).

Harga diri dibentuk sejak kecil dari adanya penerimaan dan perhatian. Harga diri akan meningkat sesuai meningkatnya usia. Untuk meningkatkan harga diri anak diberi kesempatan untuk sukses, diberi pujian jika anak

sukses, tanamkan “ideal” atau harapan jangan terlalu tinggi dan sesuaikan dengan budaya, berikan dorongan untuk apresiasi atau cita-citanya dan bantu membentuk pertahanan diri untuk hal-hal yang mengaggu persepsinya.

Harga diri sangat mengancam pada masa pubertas, karena pada saat ini harga diri mengalami perubahan, karena banyak keputusan yang harus dibuat menyangkut dirinya sendiri. Remaja dituntut untuk menentukan pilihan, posisi peran dan memutuskan apakah ia mampu meraih sukses dari suatu bidang tertentu, apakah ia dapat berpartisipasi atau diterima di berbagai macam aktivitas sosial.

5. Ideal diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia seharusnya bertingkah laku berdasarkan standar pribadi. Standar dapat berhubungan dengan tipe orang yang diinginkan/ disukai atau sejumlah aspirasi, tujuan, nilai yang ingin diraih. Ideal diri, akan mewujudkan cita-cita atau pengharapan diri berdasarkan norma-norma sosial di masyarakat tempat individu tersebut melahirkan penyesuaian diri (Suliswati, 2005). Ideal diri sebaiknya ditetapkan lebih tinggi dari kemampuan diri saat ini, tetapi masih dalam batas waktu yang dapat dicapai. Ideal diri diperlukan oleh individu yang memacu pada tingkah laku yang lebih tinggi (Depkes RI, 1994).

Individu cenderung menetapkan tujuan yang sesuai dengan kemampuannya, kultur, realita, menghindari kegagalan dan rasa cemas. Ideal diri harus cukup tinggi supaya mendukung respek terhadap diri, tetapi tidak terlalu tinggi, terlalu menuntut, samar-samar atau kabur. Ideal diri berperan sebagai pengatur internal dan membantu individu mempertahankan

kemampuannya menghadapi konflik atau kondisi yang membuat bingung. Ideal diri penting untuk mempertahankan kesehatan dan keseimbangan mental (Suliswati, 2005).

2.3 Harga Diri

2.3.1 Definisi

Salah satu faktor penting dalam perkembangan kepribadian remaja adalah harga diri. Harga diri itu sendiri mengandung arti suatu hasil penilaian individu terhadap dirinya yang diungkapkan dalam sikap-sikap yang dapat bersifat positif dan negatif (Suliswati, 2005)

Harga diri adalah penilaian tentang nilai individu dengan menganalisa kesuaian perilaku dengan ideal diri. Harga diri yang tinggi berakar dari penerimaan diri tanpa syarat, sebagai individu yang berarti dan penting walaupun salah, gagal, kalah. Harga diri diperoleh dari penghargaan diri sendiri dan dari orang lain. Faktor yang mempengaruhi harga diri tinggi adalah perasaan diterima, dicintai, dihormati serta frekuensi kesuksesan (Yani, 1994).

2.3.3 Faktor yang Mempengaruhi Harga Diri

Menurut beberapa ahli dikemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi harga diri (Suliswati, 2005), seperti:

1. Penolakan dari orang lain
2. Kurang penghargaan
3. Pola asuh yang salah: terlalu dilarang, terlalu dikontrol, terlalu dituruti, terlalu dituntut dan tidak konsisten

4. Persaingan antar saudara
5. Kesalahan dan kegagalan yang berulang
6. Tidak mampu mencapai standar yang ditentukan

2.3.4 Perilaku dengan Harga Diri Rendah

Menurut Suliswati (2005), perilaku yang termasuk harga diri rendah adalah:

1. Kritik diri sendiri dan orang lain
2. Produktifitas menurun
3. Destruktif pada orang lain
4. Gangguan berhubungan
5. Perasaan berlebihan tentang pentingnya dirinya
6. Perasaan tidak layak
7. Rasa bersalah
8. Mudah marah dan tersinggung
9. Perasaan negatif terhadap diri sendiri
10. Pandangan hidup yang pesimis
11. Keluhan-keluhan fisik
12. Pandangan hidup terpolarisasi
13. Menolak kemampuan diri sendiri
14. Mengejek diri sendiri
15. Merusak diri
16. Isolasi diri
17. Gangguan penggunaan zat
18. Menarik diri dari realitas

19. Khawatir

20. Ketegangan peran

2.3.5 Cara Meningkatkan Harga Diri

Cara yang dapat ditempuh untuk meningkatkan harga diri antara lain sebagai berikut:

1. Melihat diri sendiri sebagai pribadi yang terpisah dari serangkaian nilai, kebutuhan dan impian yang kita miliki

Lakukan yang kita anggap benar dengan mempertimbangkan keberadaan orang lain, tetapi bukan sebagai pengganti kita. Jangan biarkan orang lain lebih berpengaruh dibanding suara hati kita. Jangan mengukur harga diri berdasarkan apa yang kita pikirkan dan dikatakan orang lain tentang kita. Belajar menghargai wawasan dan kemampuan diri untuk hidup lebih nyaman.

2. Melatih pikiran untuk menghargai diri sendiri sebagaimana adanya

Bila kita merasa inferior, kikuk, kurang nyaman berbeda disekitar orang yang dianggap superior (lebih cantik, lebih tampan, lebih pintar, lebih kaya, dll), maka cepat katakana bahwa perasaan tersebut tidak realistis, dan akan merugikan diri sendiri.

3. Hentikan kebiasaan merendahkan diri dengan mengubah *self talk*

Kebiasaan menyalahkan diri sendiri, menertawakan diri sendiri, bahkan meremehkan harga diri sebagai pribadi yang mandiri akan membuat kita semakin susah/tidak pernah menemukan sesuatu yang positif tentang diri kita. Jika kita membuat keputusan yang salah, jangan berkata “aku tidak cukup bagus”, tetapi katakana “aku telah melakukan kekeliruan/kesalahan

penilaian, tetapi aku mampu memperbaikinya dan membuat keputusan-keputusan yang baik”.

4. Menjadi diri yang “sebenarnya”

Penampilan keaslian dan kesejatian seseorang akan jauh lebih menarik, kokoh, dan mengagumkan dibanding siapapun. Hal ini akan memudahkan kita untuk bebas mengeksplorasi kemampuan-kemampuan unik yang kita miliki. Sering kita terjebak pada situasi dimana kita harus berpura-pura, berbohong untuk mendapatkan pengakuan, penerimaan dari orang lain, dengan membangun citra diri yang sesungguhnya bukan diri kita sendiri. Menjadi diri yang “sebenarnya” berarti kita tidak perlu membangun tembok-tembok kebohongan untuk menutupi diri batin yang asli.

5. Hentikan sikap mengalahkan diri sendiri

Perilaku mengalahkan diri sendiri akan menghambat kita untuk mengeluarkan kemampuan-kemampuan yang dimiliki. Sikap statis tidak mau mencoba karena takut akan kegagalan atau tidak mampu membayangkan kesuksesan yang mungkin kita raih. Introspeksi dapat merangsang kita mengembangkan cara-cara mengatasi perilaku penundukan diri (Maliq, 2007).

2.3.6 Tujuan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah

Menurut Keliat (2009) tujuan dari tindakan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah adalah:

1. Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
2. Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan
3. Pasien dapat memilih kegiatan sesuai dengan kemampuannya

4. Pasien dapat melatih kegiatan yang dipilih sesuai dengan kemampuan
5. Pasien dapat melakukan kegiatan yang sudah dilatih sesuai jadwal

2.3.7 Tindakan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah

1. Identifikasi kemampuan dan aspek positif yang masih dimiliki pasien.
Untuk membantu pasien mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang masih dimilikinya, perawat dapat melakukan hal-hal berikut ini:
 - 1) Diskusikan tentang sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien seperti kegiatan pasien di rumah sakit, dan di rumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien
 - 2) Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian yang negatif
2. Bantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan dengan cara-cara berikut:
 - 1) Diskusikan dengan pasien mengenai kemampuannya yang masih dapat digunakan saat ini
 - 2) Bantu pasien menyebutkannya dan beri penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien
 - 3) Perhatikan respons yang kondusif dan upayakan menjadi pendengar yang aktif
3. Membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih.
Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut:
 - 1) Diskusikan dengan pasien kegiatan yang akan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari
 - 2) Bantu pasien untuk memilih kegiatan yang dapat pasien lakukan dengan mandiri atau dengan bantuan minimal

4. Latih kemampuan yang dipilih pasien dengan cara berikut:
 - 1) Diskusikan dengan pasien langkah-langkah pelaksanaan kegiatan
 - 2) Bersama pasien, peragakan kegiatan yang ditetapkan
 - 3) Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan

5. Bantu pasien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih
 - 1) Beri kesempatan kepada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan
 - 2) Beri pujian atas kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari
 - 3) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan
 - 4) Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih
 - 5) Berikan pasien kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan (Keliat, 2009).

Sedangkan menurut Suliswati (2005), intervensi yang dapat digunakan adalah:

1. Mengembangkan kesadaran diri
 - 1) Membangun keterbukaan dan hubungan saling percaya
 - 2) Bekerja pada klien pada tingkat kemampuannya yang dimilikinya
 - 3) Memaksimalkan peran serta klien dalam hubungan terapeutik

2. Menyelidiki/eksplorasi diri
 - 1) Membantu klien untuk menerima pikiran dan perasaannya
 - 2) Membantu pasien mengklarifikasi konsep diri yang hubungannya dengan orang lain melalui keterbukaan

- 3) Menyadari dan memiliki kendali terhadap perasaan anda (perawat)
- 4) Berespons empati bukan simpati dan tekankan bahwa kekuatan untuk berubah ada pada klien.

3. Mengevaluasi diri

- 1) Bantu pasien untuk menjabarkan masalahnya secara jelas
- 2) Gali respon koping adaptif dan maladaptif klien terhadap masalah yang diharapkan

4. Perencanaan realistik

- 1) Bantu klien untuk mengidentifikasi alternatif pemecahan
- 2) Bantu klien mengembangkan tujuan yang realistik

5. Pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan

Bantu klien melakukan tindakan yang diperlukan untuk mengubah respon koping maladaptive dan mempertahankan respon koping yang adaptif.

2.3.8 Mengukur Harga Diri

Untuk mengukur harga diri seseorang bisa menggunakan *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965) yang telah diubah kedalam 28 bahasa dan digunakan oleh 58 negara. Dengan menggunakan *Self-Esteem Scale* kita bisa menilai apakah seseorang mengalami harga diri rendah atau tidak.

Rosenberg's Self-Esteem Scale

| STATEMENT | Strongly Agree | Agree | Disagree | Strongly Disagree |
|--|----------------|-------|----------|-------------------|
| 1. I feel that I am a person of worth, at least on an equal plane with others. | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. I feel that I have a number of good qualities.. | | | | |

- | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 3. | All in all, I am inclined to feel that I am a failure. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | I am able to do things as well as most other people. | | | | |
| 5. | I feel I do not have much to be proud of. | | | | |
| 6. | I take a positive attitude toward myself. | | | | |
| 7. | On the whole, I am satisfied with myself. | | | | |
| 8. | I wish I could have more respect for myself. | | | | |
| 9. | I certainly feel useless at times. | | | | |
| 10. | At times I think I am no good at all. | | | | |

Scores are calculated as follows:

- *For items 1, 2, 4, 6, and 7:*

Strongly agree = 3

Agree = 2

Disagree = 1

Strongly disagree = 0

- *For items 3, 5, 8, 9, and 10 (which are reversed in valence):*

Strongly agree = 0

Agree = 1

Disagree = 2

Strongly disagree = 3

The scale ranges from 0-30. Scores between 15 and 25 are within normal range; scores below 15 suggest low self-esteem.

2.4 Teori Keperawatan Hildegard Peplau

2.4.1 Konsep Hildegard Peplau

H. Peplau adalah salah satu ahli teori Amerika yang mengenali dan memberi masukan pada kebutuhan perubahan praktek keperawatan dan spesialisasinya adalah psikiatri. Diawal abad 50 ketika dia mempublikasikan pemikirannya dalam buku *interpersonal relations in nursing* (1952) dan pandangannya berkembang sebagai suatu ilmu baru. Pengembangannya pada aspek-aspek kecil dari model yang lebih dalam dan memberi penjelasan yang lebih jelas secara keseluruhan. Meskipun pandangannya utamanya tentang keperawatan psikiatri namun bisa digunakan untuk bidang lain.

Teori Hildegard Peplau (1952) berfokus pada individu, perawat dan proses interaktif yang menghasilkan hubungan antara perawat dan klien. Berdasarkan teori ini klien adalah individu dengan kebutuhan perasaan, dan keperawatan adalah proses interpersonal dan terapeutik. Tujuan keperawatan adalah untuk mendidik klien dan keluarga dan untuk membantu klien mencapai kematangan perkembangan kepribadian. Oleh sebab itu perawat berupaya mengembangkan hubungan antara perawat dan klien dimana perawat bertugas sebagai narasumber, konselor dan wali (Potter & Perry, 2005).

Pada saat klien mencari bantuan, pertama perawat mendiskusikan masalah dan menjelaskan jenis pelayanan yang tersedia. Dengan berkembangnya hubungan antara perawat dan klien, perawat dan klien bersama-sama mendefinisikan masalah dan kemungkinan penyelesaian masalahnya. Dari hubungan ini klien mendapatkan keuntungan dengan

memanfaatkan pelayanan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhannya dan perawat membantu klien dalam hal menurunkan kecemasan yang berhubungan dengan masalah kesehatannya. Teori Peplau merupakan teori yang unik dimana hubungan kolaborasi perawat-klien membentuk suatu “kekuatan mendewasakan” melalui hubungan interpersonal yang efektif dalam membantu pemenuhan kebutuhan klien. Ketika kebutuhan dasar telah diatasi kebutuhan yang baru mungkin muncul. Hubungan interpersonal perawat-klien digambarkan sebagai fase-fase yang saling tumpang tindih seperti digambarkan berikut ini : orientasi, identifikasi, penjelasan, dan resolusi (Potter & Perry, 2005).

Model konsep dan teori keperawatan yang dijelaskan oleh Peplau menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain yang menggunakan dasar hubungan antar manusia yang mencakup 4 komponen sentral yaitu klien, perawat, masalah, dan proses interpersonal.

1. Klien

Sistem dari yang berkembang terdiri dari karakteristik biokimia, fisiologis, interpersonal dan kebutuhan serta selalu berupaya memenuhi kebutuhannya dan mengintegrasikan belajar pengalaman. Klien adalah subyek yang langsung dipengaruhi oleh adanya proses interpersonal.

2. Perawat

Perawat berperan mengatur tujuan dan proses interaksi interpersonal dengan pasien yang bersifat partisipatif, sedangkan pasien mengendalikan isi yang menjadi tujuan. Hal ini berarti dalam hubungannya dengan pasien, perawat berperan sebagai mitra kerja, pendidik, narasumber, pengasuh

pengganti, pemimpin dan konselor sesuai dengan fase proses interpersonal. Pendidikan atau pematangan tujuan yang dimaksud untuk meningkatkan gerakan yang progresif dan kepribadian seseorang dalam berkreasi, membangun, menghasilkan pribadi dan cara hidup bermasyarakat.

3. Masalah atau sumber kesulitan

Ansietas berat yang disebabkan oleh kesulitan mengintegrasikan pengalaman interpersonal yang lalu dengan yang sekarang ansietas terjadi apabila komunikasi dengan orang lain mengancam keamanan psikologik dan biologis individu. Dalam model Peplau ansietas merupakan konsep yang berperan penting karena berkaitan langsung dengan kondisi sakit. Dalam keadaan sakit biasanya tingkat ansietas meningkat. Oleh karena itu perawat pada saat ini harus mengkaji tingkat ansietas klien. Berkurangnya ansietas menunjukkan bahwa kondisi klien semakin membaik.

4. Hubungan Interpersonal

Dalam ilmu komunikasi, proses interpersonal didefinisikan sebagai proses interaksi secara simultan dengan orang lain dan saling pengaruh-mempengaruhi satu dengan lainnya, biasanya dengan tujuan untuk membina suatu hubungan. Berkaitan dengan hal tersebut, maka proses interpersonal yang dimaksud antara perawat dan klien ini menggambarkan metode transpormasi energi atau ansietas klien oleh perawat yang terdiri dari 4 fase yaitu :

1) Fase orientasi

Lebih difokuskan untuk membantu pasien menyadari ketersediaan bantuan dan rasa percaya terhadap kemampuan perawat untuk berperan serta

secara efektif dalam pemberian askep pada klien. Tahap ini ditandai dimana perawat melakukan kontrak awal untuk membangun kepercayaan dan terjadi pengumpulan data.

2) Fase identifikasi

Terjadi ketika perawat memfasilitasi ekspresi perilaku pasien dan memberikan asuhan keperawatan yang tanpa penolakan diri perawat memungkinkan pengalaman menderita sakit sebagai suatu kesempatan untuk mengorientasi kembali perasaan dan menguatkan bagian yang positif dan kepribadian pasien. Respon pasien pada fase identifikasi dapat berupa :

1. Pasrtisipan mandiri dalam hubungannya dengan perawat
2. Individu mandiri terpisah dari perawat
3. Individu yang tak berdaya dan sangat tergantung pada perawat.

3) Fase eksplorasi

Memungkinkan suatu situasi dimana pasien dapat merasakan nilai hubungan sesuai pandangan/persepsinya terhadap situasi. Fase ini merupakan inti hubungan dalam proses interpersonal. Dalam fase ini perawat membantu klien dalam memberikan gambaran kondisi klien dan seluruh aspek yang terlibat didalamnya.

4) Fase resolusi

Secara bertahap pasien melepaskan diri dari perawat. Resolusi ini memungkinkan penguatan kemampuan untuk memenuhi kebutuhannya sendiri dan menyalurkan energi kearah realisasi potensi.

Keempat fase tersebut merupakan rangkaian proses pengembangan dimana perawat membimbing pasien dari rasa ketergantungan yang tinggi

menjadi interaksi yang saling tergantung dalam lingkungan sosial. Artinya seorang perawat berusaha mendorong kemandirian pasien.

2.4.2 Peran Perawat

Perawat dalam hubungan interpersonal ini mempunyai 6 peran yaitu:

1. Mitra kerja, berbagi rasa hormat dan minat yang positif pada pasien. Perawat menghadapi klien seperti tamu yang dikenalkan pada situasi baru. Sebagai mitra kerja, Hubungan P-K merupakan hubungan yang memerlukan kerjasama yang harmonis atas dasar kemitraan sehingga perlu dibina rasa saling percaya, saling mengasihi dan menghargai
2. Narasumber (*resources person*) memberikan jawaban yang spesifik terhadap pertanyaan tentang masalah yang lebih luas dan selanjutnya mengarah pada area permasalahan yang memerlukan bantuan. perawat mampu memberikan informasi yang akurat, jelas dan rasional kepada klien dalam suasana bersahabat dan akrab.
3. Pendidik (*teacher*) merupakan kombinasi dari semua peran yang lain. Perawat harus berupaya memberikan pendidikan, pelatihan, dan bimbingan pada klien/keluarga terutama dalam mengatasi masalah kesehatan.
4. Kepemimpinan (*leadership*) mengembangkan hubungan yang demokratis sehingga merangsang individu untuk berperan. Perawat harus mampu memimpin klien/keluarga untuk memecahkan masalah kesehatan melalui proses kerjasama dan partisipasi aktif klien.
5. Pengasuh pengganti (*surrogate*) membantu individu belajar tentang keunikan tiap manusia sehingga dapat mengatasi konflik interpersonal.

Perawat merupakan individu yang dipercaya klien untuk berperan sebagai orang tua, tokoh masyarakat atau rohaniawan guna membantu memenuhi kebutuhannya

6. Konselor (*consellor*) meningkatkan pengalaman individu menuju keadaan sehat yaitu kehidupan yang kreatif, konstruktif dan produktif. Perawat harus dapat memberikan bimbingan terhadap masalah klien sehingga pemecahan masalah akan mudah dilakukan.

2.4.3 Implementasi Teori Peplau

Pada awalnya, Peplau mengembangkan teorinya sebagai bentuk keprihatinannya terhadap praktik keperawatan "*Custodial Care*", sehingga sebagai perawat jiwa, melalui tulisannya ia kemudian mempublikasikan teorinya mengenai hubungan interpersonal dalam keperawatan. Dimana dalam memberikan asuhan keperawatan ditekankan pada perawatan yang bersifat terapeutik.

Aplikasi yang dapat kita lihat secara nyata yaitu pada saat klien mencari bantuan, pertama perawat mendiskusikan masalah dan menjelaskan jenis pelayanan yang tersedia. Dengan berkembangnya hubungan antara perawat dan klien bersama-sama mendefinisikan masalah dan kemungkinan penyelesaian masalahnya. Dari hubungan ini klien mendapatkan keuntungan dengan memanfaatkan pelayanan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhannya dan perawat membantu klien dalam hal menurunkan kecemasan yang berhubungan dengan masalah kesehatannya.

Teori Peplau merupakan teori yang unik dimana hubungan kolaborasi perawat klien membentuk suatu "kekuatan mendewasakan"

melalui hubungan interpersonal yang efektif dalam membantu pemenuhan kebutuhan klien. Ketika kebutuhan dasar telah diatasi, kebutuhan yang baru mungkin muncul. Hubungan interpersonal perawat klien digambarkan sebagai fase-fase yang saling tumpang tindih seperti berikut ini orientasi, identifikasi, penjelasan dan resolusi.

2.5 Komunikasi Terapeutik

2.5.1 Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah alat dasar yang digunakan untuk membentuk hubungan antara perawat-klien. Untuk menjadi komunikator yang efektif, perawat harus menyadari pesan nonverbal klien sebagaimana menyadari pesan verbal. Dalam interaksi klien harus dapat mempercayai perawat dan merasa aman serta dihargai ketika pikiran yang ada di dalam diri, emosi dan masalah pribadinya diungkap dan dipaparkan. Untuk membina hubungan saling percaya dibutuhkan sikap penerimaan, konsisten, empati, dan penghargaan positif perawat. Hubungan terapeutiklah yang menjadi dasar bagi klien untuk merasa dimengerti, nyaman dalam memenuhi kebutuhan emosional, dan mengembangkan hubungan yang memuaskan (Suryani, 2005).

2.5.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi klien kearah yang lebih positif atau adaptif dan diarahkan ke pertumbuhan klien yang meliputi 1). Realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan penghormatan diri, 2). Kemampuan membina hubungan interpersonal, 3). Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta

mencapai tujuan yang realistis, 3). Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri (Suryani, 2005).

Melalui komunikasi terapeutik diharapkan terjadi perubahan pada diri klien. Klien yang tadinya tidak bisa menerima diri apa adanya atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya. Seorang yang mengalami gangguan gambaran diri, gangguan harga diri, merasa tidak berarti dan tidak berharga sehingga mungkin akan membenci dirinya dan pada akhirnya merasa putus asa dan depresi. Dengan melakukan komunikasi terapeutik pada klien tersebut, diharapkan perawat dapat mengubah cara pandang klien tentang penyakitnya, dirinya, dan masa depannya sehingga klien dapat menghargai dan menerima diri apa adanya (Suryani, 2005).

Dalam komunikasi terapeutik, perawat harus hadir secara utuh (fisik dan psikologis). Kehadiran fisik perawat berarti kebersamaan perawat dalam berkomunikasi dengan klien yaitu mendengar, mengamati, serta memberikan perhatian terhadap apa yang dikatakan dan bagaimana perilaku klien. Untuk bisa menghadirkan diri secara fisik yang harus dilakukan adalah:

1. Berhadapan
2. Mempertahankan kontak mata
3. Membungkuk kearah pasien
4. Mempertahakan sikap terbuka
5. Tetap rileks

Disamping harus menghadirkan diri secara fisik, dalam berkomunikasi terapeutik perawat juga harus hadir secara psikologis yaitu dengan mendengar

secara aktif yang berarti mendengar dengan telinga, pikiran dan perasaan perawat tentang apa yang diucapkan atau disampaikan klien dengan kata-kata dan apa yang diisyaratkan klien lewat non-verbalnya, memperhatikan perilaku klien serta memberikan tanggapan yang tepat (Suryani, 2005).

2.5.3 Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik

1. Budaya
2. Nilai (kepercayaan dan peraturan kehidupan masyarakat)
3. Status sosial
4. Keadaan emosional
5. Orientasi spiritual
6. Pengalaman internal (seperti dampak biologis dan psikologis pada bagaimana seseorang menginterpretasikan situasi kehidupan)
7. Kejadian-kejadian di luar individu
8. Sosialisasi keluarga mengenai komunikasi
9. Bentuk hubungan
10. Konteks hubungan saat ini
11. Isi pesan (seperti topik-topik yang menimbulkan kepekaan dan berdampak secara emosional) (Copel, 2007).

2.5.4 Prinsip-prinsip Komunikasi Terapeutik

Menurut Copel (2007) komunikasi terapeutik meliputi penggunaan dua jenis ketrampilan yaitu ketrampilan hadir dan ketrampilan berespon. Hubungan interpersonal adalah mekanisme yang digunakan perawat untuk memfasilitasi penyelesaian masalah dan perubahan perilaku yang diperlukan untuk fungsi adaptif klien. Prinsip-prinsip komunikasi antara lain:

1. Penerimaan
2. Mendengar aktif
3. Memberi bantuan
4. Konkret
5. Empati
6. Jujur
7. Kesegeraan
8. Mengijinkan
9. Perlindungan
10. Menghargai

2.5.5 Teknik Komunikasi Terapeutik

Pada setiap pertemuan, perawat berbicara dengan jelas, langsung, tidak mengancam. Klien diberi kesempatan untuk menyelesaikan berbagai masalah yang sedang menjadi perhatiannya sementara mendapat dukungan dan bantuan selama proses perubahan terjadi. Selama interaksi perawat mengali informasi dengan menggunakan pertanyaan terbuka. Dengan memberi model yang sesuai dalam berkomunikasi dengan orang lain, perawat meningkatkan penghargaan diri sementara terus menerus mengajar klien tentang bagaimana melakukan interaksi interpersonal yang efektif dengan orang lain (Copel, 2007).

Menurut Copel (2007) teknik-teknik komunikasi terapeutik antara lain:

1. Berupaya menterjemahkan isi komunikasi ke dalam bentuk perasaan
2. Mendorong perbandingan

3. Mendorong penggambaran persepsi
4. Mendorong evaluasi
5. Mendorong formulasi rencana tindakan
6. Eksplorasi
7. Memfokuskan
8. Memberi pertanyaan terbuka
9. Memberi informasi
10. Memberi pengenalan
11. Membuat pemantauan
12. Menawarkan pengarahan umum
13. Menawarkan diri
14. Menempatkan beberapa kejadian pada waktunya atau pada urutannya
15. Menghadirkan realita
16. Merefleksikan
17. Menyatakan ulang
18. Mencari klarifikasi
19. Mencari validasi yang disetujui bersama
20. Diam
21. Menyarankan kerjasama
22. Merangkum
23. Mengungkapkan makna yang tersirat
24. Menyuarakan keraguan

2.5.6 Tahapan Komunikasi Terapeutik

1. Tahap Persiapan/Prainteraksi

Pada tahap ini perawat mengali perasaan dan mengidentifikasi kelebihan dan kekurangannya, mencari informasi tentang klien dan merancang strategi untuk pertemuan pertama dengan klien. Tahap ini harus dilakukan oleh perawat untuk memahami dirinya, mengatasi kecemasannya, dan meyakinkan dirinya bahwa dia betul-betul siap berinteraksi dengan klien. Pada saat perawat merasa cemas, dia tidak akan mampu mendengarkan apa yang dikatakan klien dengan baik, sehingga perawat tidak mampu menggunakan *active listening*.

Tugas perawat pada tahap ini adalah:

- 1) Mengeksplorasi perasaan, harapan, dan kecemasan
- 2) Menganalisis kekuatan dan kelemahan diri
- 3) Mengumpulkan data tentang klien
- 4) Merencanakan pertemuan pertama dengan klien

2. Tahap perkenalan

Merupakan kegiatan yang dilakukan perawat saat pertama kali bertemu dengan klien. Pada saat berkenalan, perawat harus memperkenalkan dirinya terlebih dahulu kepada klien. Dengan memperkenalkna dirinya berarti perawat telah bersikap terbuka pada klien dan ini diharapkan akan mendorong klien untuk membuka dirinya.

Tahap perkenalan ini dilaksanakan pada setiap awal pertemuan, baik pertemuan pertama, kedua, dan selanjutnya. Tujuan tahap ini adalah untuk

memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat dengan keadaan saat ini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang lalu.

Tugas perawat pada tahap ini adalah:

- 1) Membina rasa saling percaya, menunjukkan penerimaan, dan komunikasi terbuka
- 2) Merumuskan kontrak bersama klien
- 3) Menggali pikiran dan perasaan serta mengidentifikasi masalah klien
- 4) Merumuskan tujuan dengan klien

3. Tahap Kerja

Merupakan tahap inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Pada tahap ini perawat dan klien bekerja bersama-sama untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Pada tahap ini perawat dituntut kemampuannya dalam mendorong klien mengungkapkan perasaan dan pikirannya. Perawat harus mempunyai kepekaan dan tingkat analisis yang tinggi terhadap adanya perubahan dalam respons verbal maupun non-verbal klien

Tahap kerja berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai. Tahap ini perawat membantu klien untuk mengidentifikasi masalah yang dihadapi, bagaimana cara mengatasi masalahnya, dan mengevaluasi cara atau alternatif pemecahan masalah yang dipilih. Teknik komunikasi yang sering digunakan pada tahap ini adalah eksplorasi, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan.

4. Tahap Terminasi

Terminasi merupakan tahap akhir dari pertemuan perawat-klien. Tahap ini dibagi menjadi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat-klien. Setelah terminasi sementara perawat akan bertemu lagi dengan klien dalam waktu yang telah ditentukan. Tugas perawat dalam tahap ini antara lain mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan, melakukan evaluasi subyektif, menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan, membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya (Suryani, 2005).

2.6 *Cognitive Behaviour Therapy*

Cognitive Behavior Therapy merupakan gabungan dua macam teknik psikoterapi yang efektif yaitu terapi kognitif dan terapi behavior. Terapi kognitif dalam *Cognitive Behavior Therapy* membantu penderita untuk mengubah pikiran, perasaannya, sedangkan terapi perilaku mengubah perilakunya. CBT memadukan teknik-teknik behavioral seperti pemaparan, dan teknik-teknik kognitif, seperti restrukturisasi kognitif (Nevid, 2005).

Terapi kognitif menekankan kepada kapasitas klien dalam menemukan sendiri dan merubah pola pikirannya demi memperoleh cara pandang yang berbeda terhadap diri dan sekelilingnya. Oleh karena itu, terapi kognitif berusaha untuk mengajak klien untuk menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan tentang masalah yang dihadapi, selain itu klien dapat menyerap pemikiran

yang rasional dan irasional, dimana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan pola pikirnya (Nevid, 2005).

Terapi kognitif menggunakan beberapa strategi untuk memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Ketika seseorang mempunyai pandangan negatif terhadap diri sendiri, dunia, dan masa depan mereka, mereka cenderung mengolah keyakinan yang tidak masuk akal tentang kemampuan mereka dan hubungannya dengan orang lain. Hasil dari persepsi dan distorsi yang salah ini ditandai oleh harapan yang tidak realistis terhadap diri sendiri dan orang lain, metode koping yang tidak efektif, dan pandangan tentang diri sendiri sebagai orang yang tidak mampu. Untuk mengatasi masalah klien yang dari perspektif kognitif, perawat secara aktif dan langsung membantu klien mempertimbangkan kembali stressor, dan mengidentifikasi pola pemikiran dan keyakinan yang tidak akurat. Asuhan berfokus pada evaluasi kembali ide, nilai, dan harapan serta melalui tahap-tahap untuk membuat perubahan kognitif yang diperlukan. Tujuan utama terapi adalah membantu klien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal. Intervensi dasar meliputi pengajaran substitusi/penggantian pikiran, penyelesaian masalah dan cara memodifikasi percakapan diri sendiri yang negative, mulai bermain peran dan mencontohkan strategi koping (Suryani, 2005).

Konsep perilaku dalam terapi perilaku, perilaku manusia merupakan hasil belajar, sehingga dapat diubah dengan manipulasi dan mengkreasi kondisi-kondisi belajar. Wilson mengatakan bahwa terapi perilaku

didefinisikan sebagai aplikasi dari teori belajar modern untuk treatment masalah-masalah klinis (Corsini, 2000).

Terapi kognitif dapat dikombinasikan dengan terapi perilaku (*behavior therapy*). Berdasarkan penelitian behavior, terapi behavior digunakan untuk mengubah keyakinan yang irasional dan membentuk proses pembelajaran yang baru. Teknik behavioral juga digunakan pasien untuk melatih kemampuan diri, melatih relaksasi, menjadwalkan aktivitas dan membentuk kembali perilaku yang lebih sesuai. Karena terapi behavior dapat juga merubah kognitif, maka pasien juga perlu memahami persepsi, pikiran dan keputusannya setelah dilakukan terapi behavior. Memberikan pekerjaan rumah (*homework*) untuk klien juga merupakan prinsip dari terapi kognitif. Terapis dapat memberikan *self monitoring* untuk memahami pikiran dan reaksi perilakunya (corsini, 2000).

Terapi behavior yang digunakan untuk individu dengan gangguan harga diri rendah yaitu *self controlling*. *Self control* merupakan bentuk modifikasi perilaku dengan cara mengontrol dirinya sendiri, belajar untuk mengurangi perilaku yang mengkritik diri sendiri, menyalahkan diri sendiri, dll. Disamping mengurangi perilaku berlebihan, *self control* juga digunakan untuk meningkatkan perilaku yang kurang misalnya malas bergaul dengan orang laian, isolasi diri, dll. Dalam *Cognitive Behavior Therapy* ini, *self control* dapat digunakan sebagai tugas rumah, agar klien dapat menerapkan terapi sendiri/ lebih mandiri dalam emlakukan satu proses terapi, sehingga mengurangi ketergantungan dengan therapis.

Karena CBT berfokus pada control diri pasien, maka CBT lebih bersifat mendidik dan membangun skill dari pada kuratif dan therapist bertindak sebagai fasilitator. Hubungan yang terapeutik, ketulusan, kehangatan, dan empati sangat diperlukan untuk meningkatkan efektivitas terapi. Melihat dari yang diuraikan diatas terlihat bahwa proses CBT sama dengan proses keperawatan. CBT dapat mendukung efektivitas proses perawatan (Kneisl, 2004).

2.6.1 Karakteristik CBT:

1. Berdasarkan kenyataan (empirically based)
2. Berorientasi pada tujuan

Tujuan dari terapi di tetapkan bersama antara perawat dan pasien. Dan tujuan tersebut digunakan untuk mengevaluasi perkembangan pasien dan hasil dari terapi.

3. Practical

Pasien dan therapist berfokus untuk menemukan dan memecahkan masalah kehidupan. Mereka berdiskusi tentang masalah yang terjadi saat ini dan tidak bercerita tentang riwayat pasien.

4. Kolaborasi

Dibutuhkan Kolaborasi dengan pasien dan keaktifan pasien dalam proses terapi . CBT menolong seseorang untuk berubah

5. Terbuka

Proses terapi bersifat terbuka. Pasien dan terapi bertukar pikiran tentang sesuatu yang belum dipahami sebelum terapi dilanjutkan.

6. Pekerjaan Rumah (PR)

Pasien sering diberi PR untuk mengumpulkan data, melakukan ketrampilan baru, dan member penghargaan terhadap respon baru

7. Measurements

Ukuran dari masalah perilaku ditentukan selama pengkajian. Ukuran ini dapat diulang dalam interval yang regular dan pada akhir terapi. Proses terapi ini membutuhkan monitoring secara ketat.

8. Aktif

Perubahan dan perkembangan dalam terapi harus dimengerti oleh pasien dan mempunyai dampak yang positif terhadap kualitas hidup pasien. Antara perawat dan pasien harus aktif dalam terapi. Perawat bertindak sebagai guru dan pelatih dan pasien melakukan terapi tersebut

9. Jangka waktu yang pendek

CBT dilakukan 6-20 sesi/pertemuan (Kneisl, 2004).

2.6.2 Tujuan Terapi

Oemorjoedi (2003) menjelaskan tujuan terapi kognitif behavior adalah untuk mengajak klien untuk menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan mereka tentang masalah yang dhadapi. Terapis diharapkan mampu menolong klien untuk mencari keyakinan yang sifatnya dogmatis dalam diri klien dan secara kuat mencoba menguranginya. Terpis harus waspada terhadap munculnya pemikiran yang tiba-tiba yang mungkin dapat dipergunakan untuk merubah mereka.

Dalam proses terapi ini beberapa ahli *cognitive behavior* memiliki pendapat bahwa masa lalu tidak perlu menjadi fokus penting dalam terapi, karena *cognitive behavior therapy* lebih banyak bekerja pada status kognitif masa kini untuk dirubah dari negatif menjadi positif. Sementara sebagian ahli berusaha menghargai masa lalu sebagai bagian dari hidup klien dan membuat klien menerima masa lalunya, untuk tetap melakukan perubahan pada pola pikir masa kini demi untuk mencapai perubahan untuk masa yang akan datang.

2.6.3 Teknik-teknik CBT

Berbagai variasi teknik perubahan kognisi, emosi dan tingkah laku menjadi saran psikoterapi yang penting dalam *cognitive behavior*. Metode ini berkembang sesuai kebutuhan klien, dimana terapis bersikap aktif, direktif, terbatas waktu, berstruktur dan berpusat pada masa kini. Teknik ini menyanggah keyakinan irasional klien dengan menggunakan pekerjaan rumah, mengumpulkan data asumsi-asumsi negatif, mencatat aktivitas, membentuk interpretasi yang berbeda, belajar keahlian menyelesaikan masalah, merubah pola pikir dan pola bicara, berimajinasi dan secara kuat menentang keyakinan yang salah (McLeod, 2006).

1. Teknik Kognitif

Teknik kognisi adalah teknik yang digunakan untuk mengubah cara berfikir klien. Ada empat teknik besar dalam teknik-teknik kognitif.

- 1) Teknik pengajaran, teknik ini memberikan keleluasaan kepada terapis untuk berbicara serta menunjukkan sesuatu kepada klien, terutama

menunjukkan bagaimana kepercayaan yang irasional yang dimiliki klien menimbulkan gangguan emosi pada klien.

- 2) Teknik persuasif, yaitu meyakinkan klien untuk mengubah pandangannya karena pandangan di kemukakan itu tidak benar. Terapis berusaha untuk meyakinkan, mengemukakan berbagai argumentasi untuk menunjukkan apa yang dianggap oleh klien tersebut tidak benar.
- 3) Teknik konfrontasi, dimana terapis menyerang ketidaklogisan berfikir klien dan membawa klien kearah berfikir yang lebih logis
- 4) Teknik pemberian tugas, yaitu terapis memberikan tugas kepada klien untuk mencoba melakukan tindakan tertentu dalam situasi nyata.

Perubahan kognitif dari klien diharapkan dapat terjadi pula perubahan emosi yang selama ini dialami klien. Kemampuan klien dalam menafsirkan setiap peristiwa yang terjadi pada klien sesuai dengan yang seharusnya, diharapkan dapat menciptakan perasaan yang benar yang dihasilkan oleh pikiran yang tepat dalam mempersepsikan suatu peristiwa (McLeod, 2006).

2. Teknik Behavioristik

Teknik ini khusus untuk mengubah tingkah laku klien yang tidak diinginkan. Teknik yang digunakan adalah:

- 1). *Behavioral Self Control*. Adanya penjelasan ide behaviorial kepada klien dan mengajak klien untuk bekerja sama dalam mengaplikasikan ide-ide tersebut untuk menimbulkan perubahan dalam hidupnya . untuk mengontrol perilaku klien, digunakan metode *self control* dengan cara membuat *self monitoring* (McLeod, 2006). Disini klien diminta untuk menuliskan

mengalaman apa yang dialaminya dan respon apa yang dilakukan oleh pasien dalam menghadapi peristiwa tersebut.

Menurut McLeod (2006) menjelaskan bahwa konselor kognitif behavioral biasanya akan menggunakan berbagai teknik intervensi untuk mendapatkan kesepakatan perilaku sasaran dengan klien. Teknik yang biasa digunakan adalah:

1. Menentang keyakinan irasional
2. Membingkai kembali isu, misalnya menerima kondisi emosional internal sebagai sesuatu yang menarik ketimbang sesuatu yang menakutkan
3. Mengulang kembali penggunaan beragam pertanyaan diri dalam *role play* dengan konselor
4. Mencoba penggunaan berbagai pertanyaan diri yang berbeda dalam situasi riil
5. Mengukur perasaan
6. Menghentikan pikiran
7. Desentisasi sistematis
8. Pelatihan ketrampilan sosial atau aserifikasi
9. Penugasan pekerjaan rumah. Mempraktekkan perilaku baru dan strategi kognitif antara sesi terapi
10. *In vivo exposure*. Memasuki situasi paling menakutkan dengan di dampingi konselor.

2.6.4 Tahapan Terapi

Sebelum berupaya merubah keyakinan dan tingkah laku klien, terapis perlu memahami dan menghargai dunia klien secara mendalam. Beberapa

klien mungkin akan bersikap waspada terhadap usaha terapis dalam mengeksplorasi nilai dasar dan kepercayaan mereka, dan menampilkan resistensi.

Walaupun setiap praktisi memiliki gaya yang berbeda satu dengan yang lainnya, namun kecenderungan dalam cognitive-behavioral adalah dilakukannya pendekatan ini, dalam sebuah program yang terstruktur langkah demi langkah: langkah-langkah dalam terapi ini meliputi:

1. Menciptakan hubungan yang sangat dekat dan aliansi kerja antara konselor dan klien, menjelaskan dasar pemikiran dari penanganan yang akan diberikan
2. Menilai masalah. Mengidentifikasi, mengukur frekuensi, intensitas dan kelayakan masalah perilaku dan kognisi
3. Menetapkan target perubahan. Hal ini seharusnya dipilih oleh klien, dan harus jelas, spesifik dan dapat dicapai
4. Penerapan teknik kognitif dan behavioral (perilaku)
5. Memonitor perkembangan, dengan menggunakan penilaian berjalan terhadap perilaku sasaran
6. Mengakhiri dan merancang program lanjutan untuk menguatkan generalisasi dari apa yang didapat (McLeod, 2006).

2.6.5 Peran Terapis

Nevid dkk (2005) menjelaskan bahwa terapis kognitif behavioral menggunakan berbagai teknik behavioral dan kognitif dalam terapinya. Dapat dikatakan bahwa metode behavioral melibatkan imajinasi atau bayangan mental, seperti desensitisasi sistematis, menjebatani dominan behavioral dan

kognitif. Terapi kognitif seperti terapi perilaku rasional-emosional dari Ellis dan terapi kognitif dari Beck mungkin juga dianggap sebagai bentuk terapi kognitif-behavioral karena mereka menggabungkan metode penanganan kognitif dan behavioral.

Oemarjoedi (2003) menjelaskan dalam terapi ini, diharapkan terapis sebagai guru dan klien sebagai murid, dimana terapis bersikap direktif dan mengajarkan klien mekanisme Stimulus-Kognitif-Respon (SKR) yang baru untuk merubah struktur kognitif mereka. Terapis diharapkan juga mampu menolong klien dalam menentukan keyakinan yang salah dan membuka alternatif lain untuk melanjutkan kehidupannya. Jaringan SKR negatif secara bertahap dimodifikasi menjadi jaringan SKR positif, dengan menggunakan variasi teknik-teknik terapi yang sesuai dengan kebutuhan klien.

Fenomena yang umum terjadi dalam situasi psikoterapi tentang hubungan antara terapis dan klien, mudah pula terjadi dalam *cognitive behavior therapy*, dimana klien menjadi sangat tergantung kepada terapis, bahkan berkembang menjadi transferens, yaitu hubungan dimana klien menjadi terikat secara emosional dengan terapisnya. Oleh karena itu, terapis diharapkan dapat mempersiapkan tindakan-tindakan profesional untuk mengatasi hal ini. Dukungan dan semangat yang diberikan terapis kepada klien untuk melanjutkan mekanisme pembentukan SKR positif dalam proses penyelesaian masalahnya yang lain, diharapkan dapat menjadi ketrampilan baru klien agar tidak selalu bergantung kepada terapisnya (Oemarjoedi, 2003).

Terapis *Cognitive Behavior Therapy* membimbing klien untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memperbaiki gangguan pola pikir yang diharapkan dapat memberikan perubahan terapeutik kepada perasaan dan tingkah lakunya. Tiga tingkatan pola pikir yang dituju dalam terapi *Cognitive Behavior Therapy* ini adalah (1) pikiran otomatis adalah segala pemikiran yang tidak direncanakan dan selalu muncul dalam setiap peristiwa; (2) asumsi dasar adalah suatu pemikiran yang belum terbukti kebenarannya, yang berhubungan dengan situasi tertentu yang membatasi kehidupan seseorang termasuk pernyataan “harus” dan “seharusnya”; (3) keyakinan utama digambarkan sebagai suatu skema pikiran yang berfungsi sebagai filter atau penyaring stimulus yang datang (Oemarjoedi, 2003).

2.6.6 Strategi CBT

Menurut Kneisl (2004), ada 3 strategi CBT (anxiety reduction, cognitive restructuring, learning new behavior). Ketiga teknik tersebut mungkin digunakan secara sendiri-sendiri atau dikombinasi. Ketiga strategi tersebut membutuhkan kemampuan praktek baik dari perawat maupun klien.

1. *Anxiety Reduction* (Mengurangi kecemasan)

1) *Anxiety Reduction*

Latihan relaksasi efektif untuk menurunkan ketegangan dan kecemasan. Relaksasi dapat digunakan secara sendiri atau dapat dikombinasi dengan teknik cognitive behavior lain atau terapi suportif lainnya. Dasar dari terapi relaksasi ini adalah bahwa ketegangan otot berhubungan dengan kecemasan. Jika ketegangan otot dapat diturunkan maka kecemasan dapat dikurangi.

Relaksasi ini meliputi bernafas secara teratur, mengurangi ketegangan otot bernafas secara teratur meliputi latihan menegangkan dan merelaksasikan otot volunteer sampai ke seluruh tubuh dan semua akan relaksasi. Untuk teknik ini, pasien harus duduk di kursi yang nyaman dan diiringi dengan musik yang lembut. Sebelum terapi ini dimulai, pasien harus dijelaskan bagaimana kecemasan berhubungan dengan ketegangan otot. Prosedur relaksasi juga harus dijelaskan.

Pasien memulai dengan menarik nafas dalam dan mengeluarkannya pelan-pelan diikuti dengan latihan menegangkan-merelaksasikan otot mulai dari tangan sampai ke kaki. Pasien diinstruksikan untuk menegangkan masing-masing bagian otot selama 10 detik.

Meditasi juga digunakan untuk relaksasi yang meliputi relaksasi secara sistematis. Komponen dasar dari meditasi meliputi lingkungan yang tenang, *passive attitude*, posisi yang nyaman, kata-kata untuk memfokuskan. Perawat menginstruksikan pasien untuk menutup mata, merelaksasikan otot, dan mulai mengulang kata-kata secara diam pada saat ekshalasi.

Teknik relaksasi lain adalah dengan imajinasi terpimpin, focusing, meditasi. Walaupun masing-masing mempunyai pendekatan yang berbeda, tapi semuanya dilakukan dari dalam diri pasien.

2) *Biofeedback*

Biofeedback menggunakan mesin untuk mengurangi kecemasan dan modifikasi respon perilaku. Elektroda kecil dihubungkan dengan alat dan dipasangkan ke kepala. Perubahan kecil dari gelombang otak,

ketegangan otot, suhu tubuh, nadi, tekanan darah perubahan kecil dapat dipantau. Relaksasi akan lebih didapatkan jika pasien di paparkan dengan music atau pemandangan yang nyaman. Jika pasien sudah berhasil melakukan relaksasi maka dorong pasien untuk mengaplikasikan jika stress datang.

3) *Systematic Desensitization*

Desensitisasi sistemik didisain untuk menurunkan perilaku yang berhubungan dengan stimulus tertentu, seperti ketinggian, naik pesawat terbang. Tujuan dari desensitisasi sistemik adalah untuk menolong pasien merubah respon mereka terhadap stimulus yang mengancam. Terapi ini meliputi relaksasi otot dengan membayangkan situasi yang menyebabkan kecemasan.

2. *Cognitive Restructuring*

1) Memonitor pikiran dan perasaan

Merubah pikiran dimulai dengan mengenali faktor apa yang mendukung pikiran yang disfungsional dan perilaku yang maladaptve. Langkah awal yang penting adalah membuat pasien lebih perhatian dan memonitor terhadap pikiran dan perasaannya sendiri. Pasien dapat ditolong untuk melakukan hal tersebut dengan menggunakan *Daily Record of Dysfunctional Thoughts Form*.

Pasien menggunakan format itu untuk melaporkan informasi pada masing-masing kolom, diawali dengan mendiskripsikan situasi yang terjadi. Pasien menulis perasaannya dan pikiran yang otomatis muncul akibat situasi tersebut. Kemudian pasien diajak untuk berfikir lebih

rasional. Terakhir pasien mengevaluasi kembali tingkat pikiran dan perasaannya.

Dengan menggunakan format tersebut pasien akan belajar untuk membedakan antara pikiran dan perasaan yang lebih adaptif dalam merespon suatu masalah. Pasien juga mulai mengakui hubungan anatar keyakinan pikiran dengan emosi dan perilaku yang maladaptif.

2) Questioning the Evidence

Langkah selanjutnya untuk terapis dan pasien adalah untuk mengkaji fakta yang digunakan untuk mendukung keyakinan yang benar. *Questioning the Evidence* meliputi memeriksa sumber data. Pasien dengan pikiran yang menyimpang sering memberikan bobot yang sama untuk semua sumber informasi dan mengabaikan semua data kecuali data yang mendukung pikiran yang menyimpangnya. Menanyakan fakta yang terjadi pada staf, keluarga dan lingkungan sosialnya dapat mengklarifikasi informasi yang salah dan hasil yang lebih realistic dan interpreatsii yang tepat dari fakta yang ada.

3) Mengkaji Alternatif

Beberapa pasien melihat dirinya sendiri sebagai orang yang tidak punya pilihan. Mengkaji alternative meliputi bekerja dengan pasien untuk meningkatkan pilihan yang berdasarkan kekuatan dan sumber koping pasien

4) *Decatastrophizing*

Decatastrophizing disebut juga dengan "what-if" teknik. Meliputi membantu pasien mengevaluasi apakah mereka "overestimating" terhadap

situasi yang terjadi. Perawat dapat menayakan meliputi “hal terburk apa yang dapat terjadi?” “apakah begitu mengerikan jika itu benar-benar terjadi?” “bagaimana orang lain menghadapi peristiwa semacam itu?” tujuan dari intervensi ini menolong pasien melihat konsekuensi dari tindakan umumnya “semua atau tidak sama sekali.

5) *Reframing*

Reframing merupakan strategi dalam merubah persepsi pasien terhadap situasi atau perilaku yang meliputi memfokuskan pada aspke lain dari masalag atau menganjurkan pasien untuk melihat pasalah dari perspective yang berbeda.

Pasien yang *dichotomize* mungkin hanya melihat masalah dari satu sisi. Menitikberatkan pada keuntungan dan kerugian dari suatu kepercayaan atau perilaku dapat membantu pasien mengembangkan perspektif yang baru. Dengan memahami akibat positif dan negative dari suatu masalah, pasien dapat mencapai perspective yang lebih luas. Contohnya; keterlibatan ibu yang brelebih dalam mensugesti/mmpengaruhi terhadap anak laki-laknya adalah tanda yang nyata dari cinta ibu yang mungkin meolong keluarga melihat situasi dalam sisi yang baru.

Strategi *Reframing* juga dapat menumbuhkan kesempatan untuk mambnatu pasien manjawab tantangan dari suatu masalah. Satu perubahan perilaku maka respon seseorang juga akan berubah. Strategi ini membantu pasien melihat suatu masalah sebagai kejadian yang mmepunyai pitensi positif. Contohnya seseorang yang kehilangan pekerjaan mungkin akan

dipersepsikan sebagai stressor, tapi itu juga akan dilihat sebagai kesempatan untuk mengejar pekerjaan baru.

6) *Thought Stopping*

Pikiran yang menyimpang sering mempunyai efek *snowball* pada pasien. Dimana awalnya sebagai masalah yang kecil, kemudian lama-lama menjadi besar dan susah untuk dihentikan. Strategi ini paling tepat digunakan ketika pikiran yang menyimpang itu baru terjadi. Untuk menghentikan pikiran menyimpang yang berkembang, pasien dapat membayangkan bel yang berbunyi, tumpukan bata, dll.

Awalnya, pasien mengidentifikasi masalah dari pikirannya dan membicarakan pikiran tersebut sebagai suatu masalah. Perawat penyarankan pasien untuk teriak "STOP" ketika pikiran itu terjadi dan digunakan setiap hari jika pikiran itu muncul.

3. *Learning New Behavior*

1) *Modeling*

Modeling merupakan strategi yang digunakan untuk membnetuk perilaku baru, meningkatkan skill, atau mengurangi perilaku menghindar. Pasien mengobservasi perilaku seseorang dalam mengontrol lingkungan. Kemudian pasien meniru model perilaku tersebut. Perawat dan pasien menunjukkan perilaku bersama-sama sebelum pasien melakukan itu sendiri.

2) *Shaping*

Shaping akan membentuk perilaku baru dengan menguatkan perilaku yang kira-kira diinginkan. Masing-masing perilaku yang

diinginkan dikuarkan sampai perilaku tersebut dapat dicapai. Dalam teknik ini digunakan kemampuan perawat dalam melihat, menunggu, dan mendukung. Perawat harus melihat keinginan untuk melakukan tindakan, menunggu sampai terjadi, dan mendukung jika perilaku itu terjadi.

3) *Token Economy*

Token economy adalah bentuk reinforcement yang positif yang paling sering digunakan pada anak-anak atau pasien psikiatri. Dalam strategi ini terdiri dari pemberian reward kepada seseorang dalam cara yang bervariasi terhadap perilaku yang diharapkan yang telah dilakukan.

4) *Role playing*

Bermain peran membolehkan pasien untuk berlatih masalah yang problematik dan mendapatkan umpan balik tentang perilaku mereka. Dengan bermain peran dapat berlatih mengambil keputusan dan mengeksplorasi konsekuensi. Dalam praktek, pasien dapat berpindah peran dengan yang lain dan mereka dapat menunjukkan pengalaman yang sulit dengan yang lain.

5) *Social Skill Training*

Lingkungan sosial merupakan pusat dari aktivitas manusia dan soal skill problem berhasil pada beberapa pasien jiwa. Melatih kemampuan social merupakan dasar kepercayaan bahwa ketrampilan dapat dipelajari. Prinsip dari keberhasilan ketrampilan meliputi: bimbingan, demonstrasi, praktek, dan umpan balik. Prinsip ini harus mencakup implementasi dari program latihan kemampuan social. Bimbingan dan pencontohan digunakan ditahap awal, diikuti dengan praktek dan umpan

balik. Tahap terapi ini: 1). Menjabarkan perilaku baru yang dipelajari, 2) belajar perilaku baru dengan dipimpin, 3). Mempraktekan perilaku baru dengan umpan balik, 4). Menstransfer perilaku baru dalam kehidupan sehari-hari.

Perilaku yang sering dipelajari dalam program ini meliputi menanyakan pertanyaan, memberikan pujian, membuat perubahan yang positif, berbicara dengan suara dan bahasa yang jelas, dan menghindari keresahan dan mengkritik diri sendiri.

6) Aversion Therapy

Aversion therapy (keenganan) membantu mengurangi perilaku yang tidak diinginkan tapi tetap melakukan perilaku maladaptif. Keenganan diaplikasikan sebagai stimulus yang berbahaya jika perilaku maladaptive terjadi. Dengan membayangkan akibat dari keenganan terhadap perilaku seperti makan berlebih, pasien meningkatkan control dengan memberikan punishment/ hukuman terhadap perilakunya sendiri.

2.7 Konseling

2.7.1 Definisi Konseling

Kata “konseling” mencakup bekerja dengan banyak orang dan hubungan yang mungkin saja bersifat pengembangan diri, dukungan terhadap krisis, psikoterapis, bimbingan atau pemecahan masalah. Tujuan konseling adalah memberikan kesempatan kepada “klien” untuk mengeksplorasi, menemukan, dan menjelaskan cara hidup lebih memuaskan dan cerdas dalam menghadapi sesuatu.

Konseling mengindikasikan hubungan profesional antara konselor terlatih dengan klien. Hubungan ini biasanya bersifat individu ke individu. Konseling didesain untuk menolong klien memahami dan menjelaskan pandangan mereka terhadap kehidupan, dan untuk membantu mencapai tujuan penentuan diri mereka melalui pilihan yang telah dikonfirmasi dengan baik serta bermakna bagi mereka dan melalui pemecahan masalah emosional atau karakter interpersonal.

Hubungan baik yang ditandai dengan pengaplikasian satu atau lebih teori psikologi, ketrampilan komunikasi, dimodifikasi melalui pengalaman, intuisi, dan faktor interpersonal lainnya, terhadap perhatian, problem, atau inspirasi klien yang paling pribadi. Etos terpentingnya adalah lebih bersifat memfasilitasi daripada memberi saran atau menekan. Konseling dapat terjadi dalam jangka waktu yang pendek atau panjang, mengambil tempat baik di *setting* organisasional maupun pribadi. Aktivitas ini dilaksanakan oleh individu yang setuju untuk melakoni sebagai konselor dan klien.

2.5.2 Tujuan Konseling

Berikut ini adalah beberapa tujuan yang didukung secara eksplisit maupun implisit:

1. Pemahaman

Adanya pemahaman terhadap akar dan perkembangan kesulitan emosional, mengarah kepada peningkatan kapasitas untuk lebih memilih control rasional ketimbang perasaan dan tindakan.

2. Berhubungan dengan orang lain

Menjadi lebih mampu membentuk dan mempertahankan hubungan yang bermakna dan memuaskan dengan orang lain, misalnya dalam keluarga atau di tempat kerja

3. Kesadaran diri

Menjadi lebih peka terhadap pemikiran dan perasaan yang selama ini ditahan atau ditolak, atau mengembangkan perasaan yang lebih akurat berkenaan dengan bagaimana penerimaan orang lain terhadap diri

4. Penerimaan diri

Pengembangan sikap positif terhadap diri, yang ditandai oleh kemampuan menjelaskan pengalaman yang selalu menjadi subyektif kritik diri dan penolakan

5. Aktualisasi diri atau individualisasi

Pergerakan ke arah pemenuhan potensi atau penerimaan integrasi bagian diri yang sebelumnya saling bertentangan

6. Pencerahan

Membantu klien mencapai kondisi kesadaran spiritual yang lebih tinggi

7. Pemecahan masalah

Menemukan pemecahan masalah tertentu yang tak bisa dipecahkan oleh klien seorang diri. Menuntut kompetensi umum dalam pemecahan masalah.

8. Pendidikan psikologi

Membuat klien mampu menangkap ide dan teknik untuk memahami dan mengontrol tingkah laku

9. Memiliki ketrampilan sosial

Mempelajari dan menguasai ketrampilan sosial dan interpersonal seperti mempertahankan kontak mata, tidak menyela pembicaraan, asertif, atau pengendalian kemarahan

10. Perubahan kognitif

Modifikasi atau mengganti kepercayaan tak rasional atau pola pemikiran yang tidak dapat diadaptasi, yang diasosiasikan dengan tingkah laku yang penghancuran diri

11. Perubahan tingkah laku

Modifikasi atau mengganti pola tingkah laku yang maladaptif atau merusak

12. Perubahan sistem

Memperkenalkan perubahan dengan cara beroperasinya sistem sosial

13. Penguatan

Berkenaan dengan ketrampilan, kesadaran, dan pengetahuan yang akan membuat klien mampu mengontrol kehidupannya

14. Restitusi

Membantu klien membuat perubahan kecil terhadap perilaku yang merusak

15. Reproduksi dan aksi sosial

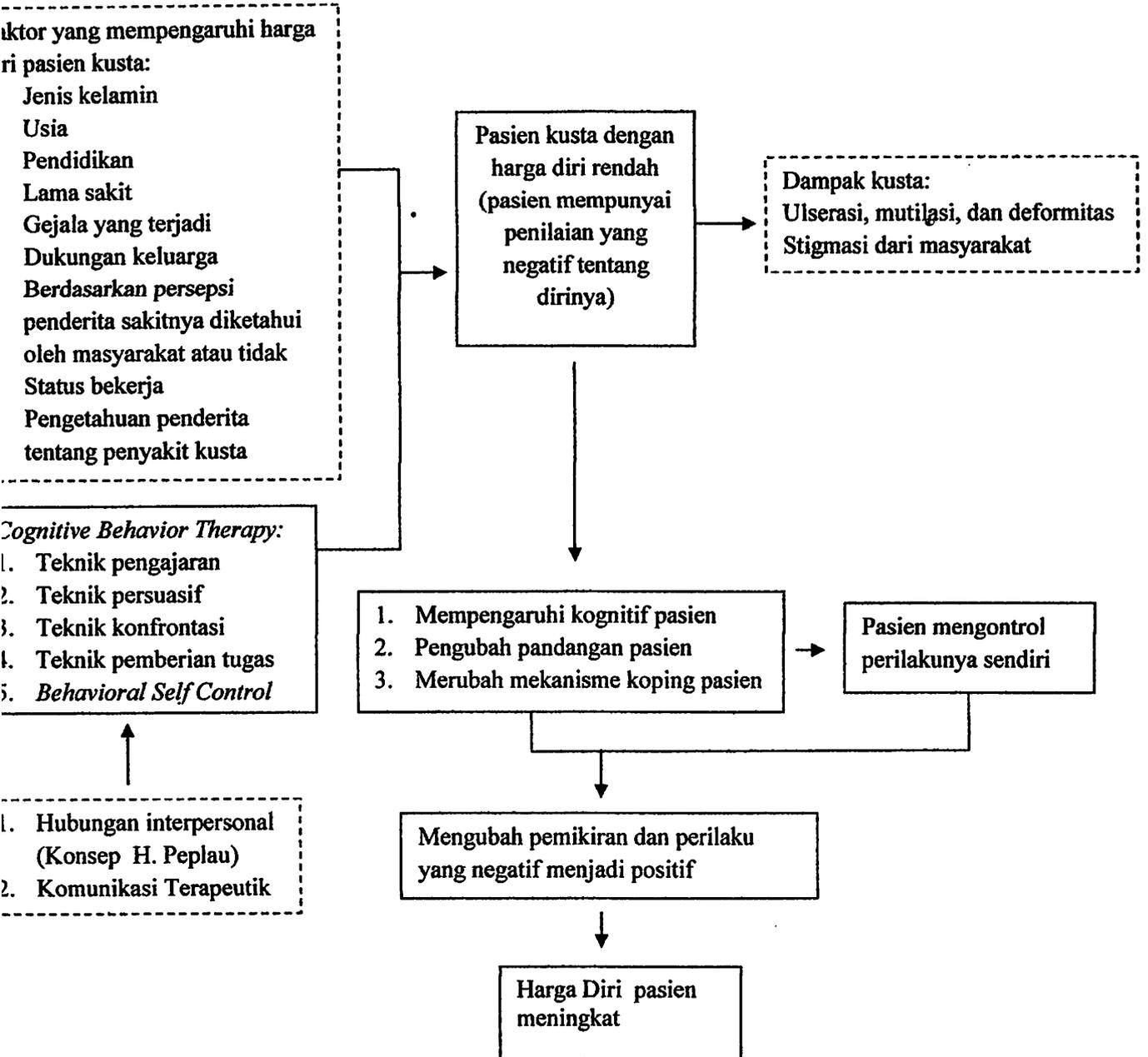
Menginspirasi dalam diri seseorang hasrat dan kapasitas untuk peduli terhadap orang lain, membagi pengetahuan, dan berkontribusi kebaikan bersama melalui kesepakatan politik dan kerja komunitas.

B A B 3
KERANGKA KONSENTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan: ----- : tidak diteliti
 _____ : diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual

Harga diri pasien kusta dipengaruhi oleh usia pasien, lamanya sakit, pengetahuan pasien tentang penyakitnya, tingkat pendidikan dan tingkat ekonomi. Banyaknya dampak dari penyakit kusta yang berupa adanya ulserasi, mutilasi, deformitas, dan juga stigmasi dari masyarakat hal ini akan membuat pasien kusta mempunyai penilaian yang negatif tentang dirinya dan hal ini akan membuat harga diri pasien rendah. Penilaian merupakan suatu proses kognitif. *Cognitive behavior therapy* merupakan terapi yang mengubah pemikiran pasien dan perilaku pasien dari negative menjadi positif. Didalam melakukan CBT dibutuhkan hubungan interpersonal yang baik antara pasien dan terapis (konsep H Peplau) dan juga komunikasi yang terapeutik supaya CBT menjadi optimal. Dengan CBT diharapkan status harga diri pasien yang rendah dapat ditingkatkan.

3.2 Hipotesis Penelitian

Status harga diri pasien sesudah terapi lebih meningkat dibandingkan harga diri pasien sebelum terapi.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan penelitian

Pada penelitian ini digunakan jenis penelitian eksperimental dengan menggunakan rancangan *pre-test and post-test one group design*. Peneliti memilih desain tersebut karena jumlah sampel pada penelitian ini hanya sedikit (kurang dari 30 penderita). Karena pada penelitian ini ingin menganalisis pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap peningkatan harga diri pasien kusta. Pada desain penelitian ini berusaha untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek. Dimana subyek akan diobservasi dua kali yaitu sebelum diberikan terapi dan sesudah diberikan terapi. Observasi yang dilakukan sebelum terapi disebut (O1) pre test dan observasi yang dilakukan setelah terapi (O2) disebut post test. Secara skematis rancangan penelitian tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



Keterangan:

- O1 : status harga diri pasien sebelum diterapi
- X : *Cognitive Behavior Therapy* yang diberikan dalam 6 sesi dimana 1 sesi waktunya adalah 30 menit dan dilakukan dua hari sekali
- O2 : status harga diri pasien sesudah diterapi

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel, dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah semua penderita kusta yang ada di RS Kusta Kediri

4.2.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah penderita kusta yang mengalami status harga diri rendah yang diukur dengan menggunakan *self esteem scale*.

Kriteria inklusi:

1. Usia 15 – 50 th
2. Pasien yang di rawat jalan di RS Kusta Kediri
3. Pasien tidak mempunyai penyakit lain

Kriteria eksklusi:

1. Pasien tidak kooperatif dalam penelitian ini

4.2.3 Besar Sampel

Dalam penelitian ini menggunakan total populasi yaitu sebanyak 20 orang

4.2.4 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dengan total sampling

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Klasifikasi Variabel

4.3.1.1 Metode Terapi

Dalam penelitian ini yang menjadi variable independen adalah *Cognitive Behavior Therapy*

4.3.1.2 Variabel Respon Terapi

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel dependen adalah status harga diri pasien yang meliputi harga diri rendah dan harga diri normal.

4.3.1.3 Variabel Perancu

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel perancu adalah usia, pendidikan, lama sakit, gejala yang terjadi, dukungan keluarga, sakit penderita diketahui oleh masyarakat atau tidak, status pekerjaan, pengetahuan penderita tentang penyakit kusta.

4.3.2 Definisi Operasional Variabel

Tabel 4.1 Variabel penelitian dan Definisi Operasional

| No | Jenis Variabel | Nama Variabel | Definisi Operasional | Pengukuran | |
|----|----------------|-----------------------------------|---|------------|--|
| | | | | Skala | Penilaian |
| 1. | Metode Terapi | <i>Cognitive Behavior Therapy</i> | metode terapi untuk membantu penderita untuk mengubah pikiran, perasaanya yang irasional menjadi rasional. <i>Cognitive Therapy</i> dilakukan dengan cara memberikan pengajaran, persuasif, konfrontasi dan pemberian tugas untuk melakukan tindakan yang rasional, sedangkan <i>Behavioral therapy</i> dilakukan dengan teknik <i>self control</i> , disini klien diminta untuk menuliskan mengalami apa yang dialaminya dan respon apa yang dilakukan oleh pasien dalam menghadapi peristiwa tersebut Terapi ini dilakukan secara individual yaitu antara perawat dengan pasien secara langsung dengan | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Teknik pengajaran 2. Teknik persuasif 3. Teknik konfrontasi 4. Teknik pemberian tugas 5. <i>Behavioral Self Control</i> |

| | | | | | |
|----|---------------|-------------------|---|---------|--|
| | | | berhadapan dimana perawat harus mempertahankan kontak mata, membungkuk kearah pasien, mempertahankan sikap terbuka dan tetap rileks, dilakukan dalam kondisi ruangan yang tenang, terang dan hanya ada terapis dan pasien. Terapi ini dilakukan dalam 6 kali sesi/pertemuan. | | |
| 2. | Respon Terapi | Status Harga Diri | <p>Suatu anggapan atau penilaian seseorang terhadap dirinya sendiri yang meliputi aspek-aspek perasaan negatif terhadap diri sendiri, ketagangan peran, khawatir, isolasi sosial, merusak diri, pesimis, mudah marah, perasaan bersalah, perasaan tidak layak. Status harga diri ini akan dinilai dengan menggunakan checklist dengan 10 pernyataan pada saat sebelum dan sesudah terapi. Skornya maksimal dari kuesioner tersebut adalah 30. Dimana nilai untuk no 1, 2, 4, 6 dan 7</p> <p>Sangat setuju : 3 Setuju : 2 Tidak setuju : 1 Sangat tidak setuju: 0</p> <p>Untuk no 3, 5, 8, 9 dan 10</p> <p>Sangat setuju : 0 Setuju : 1 Tidak setuju : 2 Sangat tidak setuju : 3</p> | Ordinal | <p>1. Harga Diri Rendah : < 15</p> <p>2. Harga Diri Normal : ≥ 15</p> |

4.4. Bahan dan Instrument Penelitian

Instrument pada penelitian ini menggunakan kuesioner tertutup.

4.5 Prosedur Penelitian

1. Memilih sampel sesuai dengan kriteria inklusi
2. Menjelaskan prosedur pada responden
3. Meminta Informed consent kepada responden
4. Mengukur status harga diri pasien sebelum dilakukan terapi *cognitive behavior* dengan wawancara
5. Melakukan *cognitive behavior therapy* dalam 6 sesi/pertemuan, dimana setiap sesi dilakukan selama 30 menit.
6. Dalam satu minggu dilakukan 2 kali sesi/pertemuan
7. Mengukur status harga diri pasien sesudah dilakukan terapi *cognitive behavior* dengan wawancara
8. Membandingkan status harga diri pasien sebelum dan sesudah diberikan terapi

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

4.6.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Kusta Kediri

4.6.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dimulai pada bulan Oktober – November 2010

4.7 Analisis data

Setelah data terkumpul, data dikelompokkan kedalam tabulasi kemudian dilihat adanya perbedaan skor status harga diri responden sebelum dan sesudah dilakukan terapi.

Tabel 4.2 Rencana Tabulasi:

| Subyek | Pre-test | Post-test | Perbedaan skor |
|--------|----------|-----------|----------------|
| | | | |
| N= | | | |

Untuk mengetahui dan menganalisa hasil penelitian terhadap ada tidaknya pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* terhadap status harga diri pasien dilakukan uji statistik dengan menggunakan uji *Mc Neumar* dengan menggunakan tarap signifikan sebesar 0.05

BAB 5
HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

Penelitian yang telah dilaksanakan di RS KUSTA Kediri mulai tanggal 3 Oktober sampai dengan 8 November 2010 pada pasien kusta. Hasil penelitian meliputi: Gambaran Lokasi Penelitian, Data umum yang meliputi data demografi pasien dan data khusus yang meliputi tingkat harga diri pasien sebelum dan sesudah diberikan CBT.

5.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Kusta yang beralamatkan di Jl. Veteran no 48 Kediri, merupakan rumah sakit milik pemerintah propinsi Jawa Timur yang khusus menangani pasien kusta. Dengan Tugas Pokoknya Melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan, pencegahan dan menyelenggarakan upaya rujukan serta penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengembangan kesehatan. RS Kusta Kediri memiliki moto "*leladi sesaming dumadi*"

Bentuk pelayanan yang dilakukan oleh RS Kusta Kediri antara lain:

1. Pelayanan Rawat Inap
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Gawat Darurat
4. Pelayanan Bedah
5. Pelayanan Fisioterapi/ Rehabilitasi Medik
6. Pelayanan Protesa
7. Pelayanan Laboratorium Klinik

8. Pelayanan Radiologi**9. Pelayanan Farmasi****10. Pelayanan Gizi**

Adapun dalam melaksanakan tugas sehari-hari seluruh karyawan senantiasa berlandaskan pada visi dan misi rumah sakit, yaitu :

1. Visi Rumah Sakit

Menjadi rumah sakit rujukan terdepan untuk penyakit kusta dan penyakit panca inderadi Jawa Timur pada tahun 2015 dengan pelayanan berstandart nasional

2. Misi Rumah Sakit

- 1) Memberikan pelayanan professional untuk kepuasan pelayanan
- 2) Menjamin terwujudnya pasien safety dalam seluruh pelayanan
- 3) Meningkatkan kemampuan pengelolaan/ manajemen dan kompetensi stap RS kusta Kediri

5.2 Data Umum**5.2.1 Distribusi Penderita Berdasarkan Jenis Kelamin**

Tabel 5.1 Distribusi Penderita berdasarkan jenis kelamin pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Jenis Kelamin | Frekuensi | Persen |
|---------------|-----------|--------|
| Laki-laki | 14 | 70 |
| Perempuan | 6 | 30 |
| Total | 20 | 100 |

Dari tabel 5.1 diatas menunjukkan distribusi jenis kelamin penderita. Sebagian besar penderita berjenis kelamin Laki-laki yaitu 70% (14 orang), dan 30% (6 orang) berjenis kelamin perempuan.

5.2.2 Distribusi Penderita Berdasarkan Usia

Tabel 5.2 Distribusi Penderita berdasarkan usia pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Umur | Frekuensi | Persen |
|-------------|-----------|--------|
| <20 tahun | 3 | 15 |
| 21-30 tahun | 7 | 35 |
| 31-40 tahun | 6 | 30 |
| 41-50 tahun | 4 | 20 |
| Total | 20 | 100 |

Tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar penderita berusia 21-30 tahun yaitu sebesar 35% (7 orang), yang lainnya masing-masing sebesar 30% (6 orang) berusia 31-40 tahun, 20% (4 Orang) berusia 41-50 tahun dan 15% (3 orang) berusia <20 tahun.

5.2.3 Distribusi Penderita Berdasarkan Tingkat Pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi Penderita berdasarkan tingkat pendidikan pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Pendidikan | Frekuensi | Persen |
|------------|-----------|--------|
| SD | 9 | 45 |
| SMP | 8 | 40 |
| SMA | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar penderita berlatar belakang pendidikan lulus SD yaitu sebesar 45% (9 orang), dan lainnya berturut-turut

dengan latar belakang pendidikan Lulus SMP sebesar 40% (8 orang) dan Lulus SMA sebesar 15% (3 orang).

5.2.4 Distribusi Penderita Berdasarkan Lama Sakit

Tabel 5.4 Distribusi Penderita berdasarkan Lama Sakit pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Lama Sakit | Frekuensi | Persen |
|------------|-----------|--------|
| <1 tahun | 6 | 30 |
| 1-5 tahun | 9 | 45 |
| > 5 tahun | 5 | 25 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan Tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar penderita lama sakitnya 1–5 tahun yaitu sebesar 45% (9 orang), dan lainnya berturut-turut dengan lama sakit <1 tahun sebesar 30% (6 orang) dan >5 tahun sebesar 25% (5 orang).

5.2.5 Distribusi Penderita Berdasarkan Gejala yang Terjadi

Tabel 5.5 Distribusi Penderita berdasarkan Gejala yang Terjadi pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Keparahan | Frekuensi | Persen |
|-----------|-----------|--------|
| Eritema | 8 | 40 |
| Nyeri | 9 | 45 |
| Mutilasi | 3 | 15 |
| Total | 20 | 100 |

Tabel 5.5 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar penderita keparahannya nyeri yaitu sebesar 45% (9 orang), dan lainnya berturut-turut dengan keparahannya eritema sebesar 40% (8 orang) dan mutilasi sebesar 15% (3 orang).

5.2.6 Distribusi Penderita Berdasarkan Dukungan Keluarga

Tabel 5.6 Distribusi Penderita berdasarkan Dukungan Keluarga pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Dukungan Keluarga | Frekuensi | Persen |
|-------------------|-----------|--------|
| Didukung | 16 | 80 |
| Tidak didukung | 4 | 20 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.6 diatas Sebagian besar penderita yaitu sebesar 80% (16 orang) mendapatkan dukungan dari keluarga (penderita diterima dalam keluarga dan juga dibantu dalam segi ekonomi), sedangkan 20% (4 orang) responden tidak mendapatkan dukungan keluarga.

5.2.7 Distribusi Penderita Berdasarkan Persepsinya Sendiri Sakitnya Diketahui oleh Masyarakat atau tidak

Tabel 5.7 Distribusi Penderita Berdasarkan Persepsinya Sendiri Sakitnya Diketahui oleh Masyarakat atau tidak pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Diketahui/tidak diketahui oleh masyarakat | Frekuensi | Persen |
|--|-----------|--------|
| Diketahui tentang sakitnya oleh masyarakat | 7 | 35 |
| Tidak Diketahui tentang sakitnya oleh masyarakat | 13 | 65 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.7 diatas sebagian besar penderita yaitu sebesar 65% (13 orang) lingkungan tidak mengetahui, dan 35% (7 orang) lingkungan mengetahui.

5.2.8 Distribusi Penderita Berdasarkan Status Bekerja

Tabel 5.8 Distribusi Penderita berdasarkan Status Bekerja pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Bekerja | Frekuensi | Persen |
|---------|-----------|--------|
| Ya | 6 | 30 |
| Tidak | 14 | 70 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.8 diatas sebagian besar penderita yaitu sebesar 70% (14 orang) tidak bekerja, dan 30% (6 orang) sudah bekerja.

5.2.9 Distribusi Penderita Berdasarkan Pengetahuan tentang Penyakit Kusta

Tabel 5.9 Distribusi Penderita berdasarkan Pengetahuan tentang Penyakit Kusta pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Pengetahuan | Frekuensi | Persen |
|-------------|-----------|--------|
| Baik | 2 | 10 |
| Cukup | 10 | 50 |
| Kurang | 8 | 40 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.9 diatas, sebagian besar penderita yaitu 50% (10 orang) dengan status pengetahuan cukup gagal, 40% (8 orang) dengan status pengetahuan kurang, dan 10% (2 orang) dengan status pengetahuan baik.

5.3 Data Khusus

5.3.1 Status Harga Diri Penderita sebelum dilakukan *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

Tabel 5.10 Distribusi Penderita berdasarkan status harga diri sebelum dilakukan CBT pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Status Harga Diri | Frekuensi | Persen |
|-------------------|-----------|--------|
| Rendah | 16 | 80 |
| Normal | 4 | 20 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.10 diatas, sebagian besar penderita yaitu 80% (16 orang) dengan status harga diri rendah, 20% (4 orang) dengan status harga diri normal.

5.3.2 Status Harga Diri Penderita sesudah dilakukan *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

Tabel 5.11 Distribusi Penderita berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 1 pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Status Harga Diri | Frekuensi | Persen |
|-------------------|-----------|--------|
| Rendah | 16 | 80 |
| Normal | 4 | 20 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.11 diatas, sebagian besar penderita yaitu 80% (16 orang) dengan status harga diri rendah, 20% (4 orang) dengan status harga diri normal.

Tabel 5.12 Distribusi Penderita berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 2 pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Status Harga Diri | Frekuensi | Persen |
|-------------------|-----------|--------|
| Rendah | 14 | 70 |
| Normal | 6 | 30 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.12 diatas, sebagian besar penderita yaitu 70% (14 orang) dengan status harga diri rendah, 30% (6 orang) dengan status harga diri normal.

Tabel 5.13 Distribusi Penderita berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 3 pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Status Harga Diri | Frekuensi | Persen |
|-------------------|-----------|--------|
| Rendah | 11 | 55 |
| Normal | 9 | 45 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.13 diatas, sebagian besar penderita yaitu 55% (11 orang) dengan status harga diri rendah, 45% (9 orang) dengan status harga diri normal.

Tabel 5.14 Distribusi Penderita berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 4 pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Status Harga Diri | Frekuensi | Persen |
|-------------------|-----------|--------|
| Rendah | 13 | 65 |
| Normal | 7 | 35 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.14 diatas, sebagian besar penderita yaitu 65% (13 orang) dengan status harga diri rendah, 35% (7 orang) dengan status harga diri normal.

Tabel 5.15 Distribusi Penderita berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 5 pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

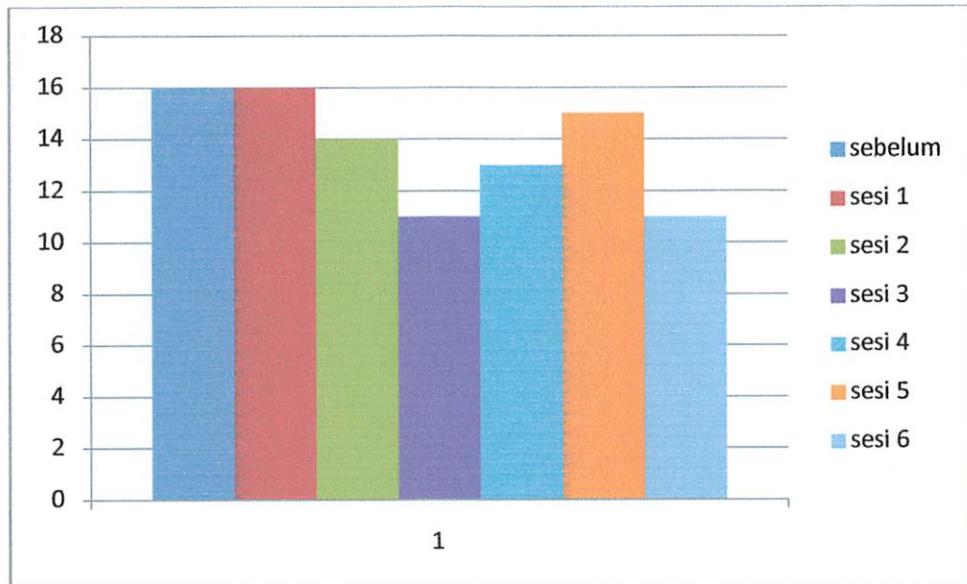
| Status Harga Diri | Frekuensi | Persen |
|-------------------|-----------|--------|
| Rendah | 15 | 75 |
| Normal | 5 | 25 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.15 diatas, sebagian besar penderita yaitu 75% (15 orang) dengan status harga diri rendah, 25% (5 orang) dengan status harga diri normal.

Tabel 5.16 Distribusi Penderita berdasarkan status harga diri sesudah dilakukan CBT sesi 6 pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

| Status Harga Diri | Frekuensi | Persen |
|-------------------|-----------|--------|
| Rendah | 11 | 55 |
| Normal | 9 | 45 |
| Total | 20 | 100 |

Berdasarkan tabel 5.16 diatas, sebagian besar penderita yaitu 55% (11 orang) dengan status harga diri rendah, 45% (9 orang) dengan status harga diri normal.



Gambar 5.1 Perbandingan status harga diri sesudah dilakukan CBT selama sesi 6 pada Pasien kusta di RS Kusta Kediri, 2010

Berdasarkan gambar diatas, dapat dilihat bahwa harga diri rendah pasien tidak berubah setelah dilakukan CBT sesi 1. Harga diri rendah pada kusta berubah ubah selama dilakukan CBT selama 6 sesi. Harga diri rendah paling sedikit terjadi setelah CBT sesi ke-4 dan ke-6.

5.3.3 Pengaruh *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) terhadap Perubahan status Harga Diri pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

Tabel. 5.17 Perbandingan status harga diri sebelum dilakukan CBT dan sesudah dilakukan CBT sesi 1 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

| | | CBT | | | |
|--------------------------|--------|-------------|-------|--------|-------|
| | | Sebelum (0) | | Sesi 1 | |
| Harga Diri | | n | % | n | % |
| | Rendah | 16 | 80 | 16 | 80 |
| | Normal | 4 | 20 | 4 | 20 |
| | Total | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 |
| Signifikansi (p) = 1,000 | | | | | |

Tabel diatas menunjukkan sebelum diberikan CBT status harga diri responden terbanyak adalah rendah (80%), setelah terapi CBT sesi pertama status harga diri responden sebagian besar tetap rendah. Dengan uji *Mc Nemar* didapatkan $p = 1,000$ hasil ini menunjukkan tidak terdapat pengaruh status harga diri responden sebelum dan setelah pelatihan sesi 1.

Tabel. 5.18 Perbandingan status harga diri setelah dilakukan CBT sesi 1 dan sesi 2 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

| | | CBT | | | |
|--------------------------|--------|--------|-------|--------|-------|
| | | Sesi 1 | | Sesi 2 | |
| Harga Diri | | n | % | n | % |
| | Rendah | 16 | 80 | 14 | 70 |
| | Normal | 4 | 20 | 6 | 30 |
| | Total | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 |
| Signifikansi (p) = 0,625 | | | | | |

Tabel diatas menunjukkan sebelum diberikan CBT status harga diri responden terbanyak adalah rendah (80%), setelah CBT status harga diri responden mayoritas adalah rendah (70%). Dengan uji *Mc Nemar* didapatkan $p =$

0,625 hasil ini menunjukkan tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara status harga diri responden sebelum dan setelah pelatihan sesi 1 dan sesi 2.

Tabel. 5.19 Perbandingan status harga diri setelah dilakukan CBT sesi 2 dan sesi 3 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

| | | CBT | | | |
|--------------------------|--------|--------|-------|--------|-------|
| | | Sesi 2 | | Sesi 3 | |
| Harga Diri | | n | % | n | % |
| | Rendah | 14 | 70 | 11 | 55 |
| | Normal | 6 | 30 | 9 | 45 |
| | Total | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 |
| Signifikansi (p) = 0,453 | | | | | |

Tabel diatas menunjukkan sebelum diberikan CBT status harga diri responden terbanyak adalah rendah (70%), setelah terapi CBT status harga diri responden mayoritas adalah rendah (55%). Dengan uji *Mc Nemar* didapatkan p = 0,453 hasil ini menunjukkan tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara status harga diri responden sebelum dan setelah pelatihan sesi 2 dan sesi 3.

Tabel. 5.20 Perbandingan status harga diri setelah dilakukan CBT sesi 3 dan sesi 4 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

| | | CBT | | | |
|--------------------------|--------|--------|-------|--------|-------|
| | | Sesi 3 | | Sesi 4 | |
| Harga Diri | | n | % | n | % |
| | Rendah | 11 | 55 | 13 | 65 |
| | Normal | 9 | 45 | 7 | 35 |
| | Total | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 |
| Signifikansi (p) = 0,687 | | | | | |

Tabel diatas menunjukkan sebelum diberikan CBT status harga diri responden terbanyak adalah rendah (55%), setelah terapi CBT status harga diri responden mayoritas adalah rendah (65%). Dengan uji *Mc Nemar* didapatkan p = 0,687 hasil ini menunjukkan tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara status harga diri responden sebelum dan setelah pelatihan sesi 3 dan sesi 4.

Tabel. 5.21 Perbandingan status harga diri setelah dilakukan CBT sesi 4 dan sesi 5 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

| | | CBT | | | |
|--------------------------|--------|--------|-------|--------|-------|
| | | Sesi 4 | | Sesi 5 | |
| | | n | % | n | % |
| Harga Diri | Rendah | 13 | 65 | 15 | 75 |
| | Normal | 7 | 35 | 5 | 25 |
| Total | | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 |
| Signifikansi (p) = 0,727 | | | | | |

Tabel diatas menunjukkan sebelum diberikan CBT status harga diri responden terbanyak adalah rendah (65%), setelah terapi CBT status harga diri responden mayoritas adalah rendah (75%). Dengan uji *Mc Nemar* didapatkan p = 0,727 hasil ini menunjukkan tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara status harga diri responden sebelum dan setelah pelatihan sesi 4 dan sesi 5.

Tabel. 5.22 Perbandingan status harga diri setelah dilakukan CBT sesi 5 dan sesi 6 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

| | | CBT | | | |
|--------------------------|--------|--------|-------|--------|-------|
| | | Sesi 5 | | Sesi 6 | |
| | | n | % | n | % |
| Harga Diri | Rendah | 15 | 75 | 11 | 55 |
| | Normal | 5 | 25 | 9 | 45 |
| Total | | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 |
| Signifikansi (p) = 0,219 | | | | | |

Tabel diatas menunjukkan sebelum diberikan CBT status harga diri responden terbanyak adalah rendah (75%), setelah terapi CBT status harga diri responden mayoritas adalah rendah (55%). Dengan uji *Mc Nemar* didapatkan p = 0,219 hasil ini menunjukkan tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara status harga diri responden sebelum dan setelah pelatihan sesi 5 dan sesi 6.

Tabel. 5.23 Perbandingan status harga diri sebelum dilakukan CBT dan sesudah dilakukan CBT sesi 6 pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

| | | CBT | | | |
|---------------------------------|--------|-------------|-------|--------|-------|
| | | Sebelum (0) | | Sesi 6 | |
| | | n | % | n | % |
| Harga Diri | Rendah | 16 | 80 | 11 | 55 |
| | Normal | 4 | 20 | 9 | 45 |
| Total | | 20 | 100.0 | 20 | 100.0 |
| Signifikansi (p) = 0,063 | | | | | |

Tabel diatas menunjukkan sebelum diberikan CBT status harga diri responden terbanyak adalah rendah (80%), setelah terapi CBT status harga diri responden mayoritas adalah rendah (55%). Dengan uji *Mc Nemar* didapatkan $p = 0,063$ hasil ini menunjukkan tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara status harga diri responden sebelum dan setelah CBT.

Tabel 2.22 Perbandingan status harga diri sebelum dilakukan CBT dan setelah dilakukan CBT sesi 6 pada pasien koma di RS Kramat Kiebo

| Sebelum CBT | | Setelah CBT | | Kategori | n |
|-------------|-------|-------------|-------|----------|----|
| n | % | n | % | | |
| 10 | 50 | 10 | 50 | Rendah | 10 |
| 4 | 20 | 4 | 20 | Normal | 4 |
| 20 | 100,0 | 20 | 100,0 | Total | 20 |

Signifikansi (p) = 0,003

Tabel diatas menunjukkan sebelum diberikan CBT status harga diri responden rendah/ok adalah rendah (50%). Setelah terapi CBT status harga diri responden meningkat adalah rendah (25%). Dengan uji Mc Nemar didapatkan p = 0,003 hasil ini menunjukkan tidak terdapat pengaruh yang bermakna antara status harga diri responden sebelum dan setelah CBT.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Status Harga Diri sebelum dilakukan *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

Sebelum pelaksanaan *Cognitif Behavior Therapy* untuk melihat pengaruhnya terhadap status harga diri pasien dilakukan pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan *self esteem scale*.

Seperti terlihat pada tabel 5.9 bahwa sebelum dilakukan CBT status harga diri responden dilakukan CBT sebagian besar responden yaitu 80% (16 orang) dengan status harga diri rendah, 20% (4 orang) dengan status harga diri normal. Dari data didapatkan bahwa pasien yang mengalami harga diri rendah sebagian besar terjadi pada usia 21-30 tahun yaitu terdapat 7 responden (35%). Sesuai dengan teori bahwa harga diri akan meningkat sesuai dengan meningkatnya usia. Harga diri pada masa pubertas dan dewasa muda mudah berubah, karena pada saat ini harga diri mengalami perubahan, karena banyak keputusan yang harus dibuat menyangkut dirinya sendiri. Pada usia dewasa harga diri menjadi stabil dan memberikan gambaran yang jelas tentang dirinya dan cenderung lebih mampu menerima keberadaan dirinya. Hal ini didapatkan dari pengalaman menghadapi kekurangan diri dan meningkatkan kemampuan secara maksimal kelebihan dirinya (Suliswati, 2005).

Seperti terlihat pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami gejala nyeri yaitu sebesar 45% (9 orang), eritema sebesar 40% (8 orang) dan mutilasi sebesar 15% (3 orang). Pada pasien yang mengalami

gejala eritema dan cacat sebagian besar mengalami harga diri rendah. Kecacatan ini mempengaruhi kemampuan pasien kusta dalam melakukan gerak/ mobilitas diri dan upaya melakukan sesuatu hal ini akan berdampak pada penganguran dan ketergantungan ekonomi. Hal ini akan berpengaruh terhadap kognitif pasien sehingga pasien mempunyai pikiran-pikiran yang negatif terhadap dirinya. Hal ini akan berdampak emosional dimana pasien merasa cemas, ketakutan, apatis, dsb. Jika kondisi emosional ini tidak diatasi maka akan berlanjut pada rendah diri dimana pasien akan menyalahkan diri sendiri, berlaku negatif dan menarik diri dari masyarakat. Hal ini sesuai dengan Tarjo (2007) dalam penelitiannya melaporkan bahwa seseorang yang mengalami kecacatan pada salah satu anggota tubuh, biasanya seseorang malu berinteraksi dengan orang lain. Salah satu cirri seseorang dengan harga diri rendah adalah kurang/ malu berinteraksi dengan orang lain. Salah satu cirri seseorang dengan harga diri rendah adalah kurang/malu berinteraksi dengan orang lain. Eritema yang terjadi pada pasien kusta membuat pasien kusta merasa malu, minder karena menjadi pusat perhatian orang dan juga cemas jika eritema ini menimbulkan gejala sisa dikulit.

Sesuai dengan tabel 5.6 dimana sebagian besar responden yaitu 16 orang (80%) mendapat dukungan dari keluarga berupa dukungan emosional dan juga dukungan financial dan 4 orang (20%) tidak mendapatkan dukungan keluarga. Dukungan secara emosional, pasien kusta diterima oleh keluarga dan tidak dikucilkan dan secara finansial pasien kusta dijamin dalam kelangsungan hidupnya dan juga pengobatnaya. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Seseorang cenderung bersikap negatif, walaupun ia cinta dan mengenali kemampuan orang lain namun jarang mengekspresikannya (Kelliat, 1992). Harga

gejala eufemia dan eozel sebagai besar merupakan harga diri rendah. Kecemasan ini merupakan keamanjutan pasien karena dalam keadaan gawat mungkin diri dan upaya melakukan sesuatu hal ini akan berdampak pada peggunaan dan keteguhanan ekonomi. Hal ini akan berpengaruh terhadap kognitif pasien sehingga pasien mempunyai pikiran-pikiran yang negatif terhadap dirinya. Hal ini akan berakibat emosional dimana pasien merasa cemas, ketakutan, panik, dsb. Jika kondisi emosional ini tidak dikasi maka akan berakibat pada rendah diri dimana pasien akan menyakinkan diri sendiri, berakut negatif dan menarik diri dari masyarakat. Hal ini sesuai dengan Tjoto (2007) dalam penelitiannya melaporkan bahwa seseorang yang mengalami kecemasan pada salah satu anggota tubuh, biasanya seseorang malu berinteraksi dengan orang lain. Salah satu ciri seseorang dengan harga diri rendah adalah kemany malu berinteraksi dengan orang lain. Salah satu ciri seseorang dengan harga diri rendah adalah kemany malu berinteraksi dengan orang lain. Eufemia yang terjadi pada pasien bisa merupakan pasien merasa malu, minder karena menjadi pasien perhatian orang dan juga cemas jika eufemia ini menimbulkan gejala sia dikuti.

Sesuai dengan tabel 2.0 dimana sebagai besar responden yaitu 10 orang (80%) menderita dukungun dan keteguhan emosional dan juga dukungun finansial dan 4 orang (20%) tidak menderita dukungun keteguhan. Dukungun secara emosional, pasien merasa eufemia oleh keteguhan dan tidak dikuti dan secara finansial pasien merasa eufemia dalam keteguhanan hidupnya dan juga peggubannya. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Seseorang cenderung berakut negatif walaupun ini cinta dan menghali keteguhan orang lain namun jangan mengpegubkannya (Kellian, 1992). Harga

diri merupakan apa yang kita pikirkan dan rasakan tentang diri kita sendiri. Kita dapat dicintai, dikagumi oleh keluarga, pasangan kita dan juga teman-teman kita, tapi tetap saja kita menganggap diri kita sebagai orang yang tidak berharga (Wahyurini dan Ma'shum, 2011).

Berdasarkan tabel 5.8 didapatkan bahwa sebagian besar responden 70% (14 orang) tidak bekerja dan 30% (6 orang) bekerja. Menurut teori salah satu faktor yang mempengaruhi status harga diri adalah pekerjaan. Seseorang yang mempunyai pekerjaan yang layak, bisa bertanggungjawab terhadap pekerjaannya serta puas terhadap apa yang sudah ia kerjakan akan membuat individu percaya diri dan selalu bersikap positif terhadap terhadap segala sesuatu (Mosby, 2005).

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa 35% (7 orang) penderita, sakitnya tersebut diketahui oleh masyarakat dimana ia tinggal. Pada ketujuh responden ini semua mengalami harga diri rendah. Adanya stigma masyarakat yang menganggap bahwa penyakit kusta merupakan penyakit yang menjijikan, penyakit turunan, penyakit karena kutukan, karena perbuatan yang hina. Stigma inilah seringkali membuat pasien kusta dikucilkan dari masyarakat termasuk juga oleh tenaga kesehatan dan didiskriminasikan dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini membuat pasien kusta merasa minder dan tidak berguna.

6.2 Status Harga Diri sesudah dilakukan *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

Setelah dilakukan CBT sesi 1 didapatkan hasil seperti terlihat pada tabel 5.16 yang menunjukkan bahwa setelah dilakukan CBT sesi 1 tidak didapatkan perubahan status harga diri pasien dimana yang mengalami harga diri rendah

ini merupakan apa yang kita pikirkan dan merasa tentang diri kita sendiri. Kita dapat diukur dengan menggunakan tes yang juga termasuk dalam tes ini. Tes ini dapat diukur dengan menggunakan tes yang tidak berwujud (Wolpert dan M. S. 2011).

Hasil penelitian pada 2.8 diberikan dalam tabel sebagai berikut (tabel 2.8) (14 orang) tidak bekerja dan 30% (6 orang) bekerja. Penelitian ini adalah tentang faktor yang mempengaruhi status kerja di antara pekerjaan. Penelitian yang menunjukkan bahwa faktor yang tidak bisa berpengaruh terhadap pekerjaan sama pada berbagai hal yang ada di pekerjaan akan menjadi berbeda-beda pada diri dan selalu berbeda-beda (Mulya, 2002).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam menyelesaikan tugas. Pada penelitian ini semua orang yang diteliti adalah orang-orang yang bekerja yang menggunakan bahasa yang mereka gunakan untuk berkomunikasi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan tugas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan tugas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan tugas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan tugas.

4.2. Status Kerja Dan Sifat Sifat Individu (Cognitive Behavioral Theory)

(CBT) pada bagian kerja di MS (Karya Kajian) Setelah dilakukan CBT saat 1 dilakukan hasil seperti terlihat pada tabel 2.10 yang menunjukkan bahwa setelah dilakukan CBT saat 1 tidak dibuktikan perubahan status kerja di bagian dimana yang menggunakan bahasa di berbagai

sebanyak 16 orang (80%) dan harga diri normal sebanyak 4 orang (20%). Pada sesi pertama ini peneliti pertama kali bertemu dengan penderita. Pada sesi ini penderita dijelaskan tentang penyakit kusta, mendiskusikan penyebab harga diri rendah yang dialami penderita, meminta klien menjelaskan cara klien menyikapi penyebab tersebut dan memberikan informasi tentang cara menyikapi masalah tersebut. Tahap pertama ini merupakan tahap untuk membina hubungan saling percaya dengan penderita.

Setelah dilakukan CBT sesi 2 didapatkan adanya perubahan status harga diri seperti terlihat pada tabel 5.17. Dimana pasien yang mengalami peningkatan harga diri terdapat 2 (10%) orang, yang harga dirinya tetap normal sebanyak 4 orang (20%) dan yang tetap mengalami harga diri rendah sebanyak 14 orang (70%). Dua orang yang mengalami peningkatan harga diri tersebut berada pada usia dewasa yaitu 30-40 tahun dan mempunyai pengetahuan yang baik tentang penyakit kusta. Sesuai dengan teori, pada usia dewasa harga diri menjadi stabil dan cenderung lebih mampu menerima keberadaan dirinya. Pasien yang mendapatkan dukungan oleh keluarga, merasa diterima lingkungannya dengan segala kondisi yang dialami pasien dan merasa dicintai oleh orang lain (Suliswati, 2005). Dengan mempunyai pengetahuan yang baik tentang penyakit kusta maka penderita dapat memahami bahwa penyakit kusta tidak seperti yang dibayangkan oleh masyarakat bahwa penyakit kusta dapat disembuhkan dan tidak selalu terjadi kecacatan. Dengan demikian penderita mempunyai keyakinan bahwa dia akan sembuh dan kembali normal. Hal ini yang akan mendorong pasien mempunyai sikap yang positif terhadap dirinya.

sejumlah 10 orang (80%) dan harga diri normal sebesar 4 orang (20%). Pada sesi pertama ini peneliti pertama kali bertemu dengan responden. Pada sesi ini peneliti dijelaskan tentang penyakit kusta, mendiskusikan penyebab kusta dan tingkat yang dialami penderita mengenai kusta menjelaskan cara kusta menularkannya. Peneliti tersebut dan memberikan informasi tentang cara menularkannya masalah tersebut. Tahap pertama ini merupakan tahap untuk menyiapkan hal-hal yang diperlukan untuk kegiatan penelitian.

Setelah dilakukan uji coba, maka dilakukan penelitian status harga diri seperti terlihat pada tabel 2.1.3. Jumlah pasien yang mengalami peningkatan harga diri sebanyak 5 (100%) orang yang harga dirinya tetap normal sebanyak 4 orang (20%) dan yang tetap mengalami harga diri rendah sebanyak 14 orang (70%). Pada orang yang mengalami peningkatan harga diri tersebut terjadi pada usia dewasa yaitu 30-40 tahun dan mempunyai pengetahuan yang baik tentang penyakit kusta. Sesi kedua dengan total pada usia dewasa harga diri menjadi stabil dan cenderung lebih mampu memahami keterbatasan dirinya. Pasien yang mendapatkan dukungan oleh keluarga merasa ditertarikan lingkungannya dengan segala kondisi yang dialami pasien dan merasa dihormati oleh orang lain (Suhawati, 2002). Dengan meningkatnya pengetahuan yang baik tentang penyakit kusta maka penderita dapat memahami bahwa penyakit kusta tidak seperti yang dibayangkan oleh masyarakat bahwa penyakit kusta dapat dicegah dan tidak selalu terjadi kecacatan. Dengan demikian penderita mempunyai keyakinan bahwa dia akan sembuh dan kembali normal. Hal ini yang akan mendorong pasien mempunyai sikap yang positif terhadap dirinya.

Dengan memberikan pengertian kepada pasien dan juga mengali kemampuan positif yang dimiliki oleh pasien. Terapi kognitif berusaha menemukan sendiri dan merubah pola pikirnya demi memperoleh cara pandang yang berbeda terhadap diri dan sekelilingnya. Terapi kognitif mengajak penderita untuk menentang pikiran dan emosi yang salah dengan menampilkan bukti-bukti yang bertentangan dengan keyakinan tentang masalah yang dihadapi dihadapi oleh pasien selain itu pasien dapat mneyerap pemikiran yang rasional dan irasional, dimana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan pola pikirnya (Nevid, 2005).

Pasien yang tidak mengalami perubahan status harga diri adalah pasien yang mengalami gejala eritema dan kecacatan yaitu sebanyak 11 orang (55%). Adanya eritema dan cacat akan mempengaruhi citra tubuh. Sesuai dengan teori bahwa citra tubuh sangat dinamis karena secara konstan berubah seiring dengan persepsi dan pengalaman-pengalaman baru. Semakin seseorang dapat menerima dan menyukai tubuhnya maka individu akan lebih bebas dan merasa aman dari kecemasan. Individu yang menerima tubuhnya apa adanya biasanya memiliki harga diri tinggi dari pada individu yang tidak mentukai tubuhnya (Suliswati, 2005).

6.3 Perbedaan Status Harga Diri sebelum dan sesudah dilakukan *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* selama 6 sesi pada pasien kusta di RS Kusta Kediri

Setelah dilakukan CBT selama 6 sesi didapatkan hasil seperti terlihat pada tabel 5.22 yang menunjukkan bahwa sebelum diberikan CBT status harga diri responden terbanyak adalah rendah yaitu 16 penderita (80%), 4 orang dengan status harga diri normal setelah terapi CBT status harga diri responden mayoritas adalah rendah yaitu 11 penderita (55%) dan 9 orang mempunyai harga diri normal (45%) dengan rincian pasien yang memiliki harga diri tetap rendah sebanyak 11 orang, 4 orang dengan status harga diri tetap normal, dan 5 orang mengalami kenaikan status harga diri dari harga diri rendah menjadi harga diri normal.

Dari empat orang yang harga dirinya tetap normal terdapat dua orang yang sejak awal penelitian harga dirinya normal. Pada kedua penderita ini didapatkan lama sakit kusta > 5 tahun, mendapatkan dukungan keluarga, penderita bekerja, dan pada satu penderita, masyarakat tempat penderita tinggal mengetahui bahwa penderita mempunyai penyakit kusta.

Dukungan keluarga merupakan hal yang paling dibutuhkan oleh pasien kusta. Seperti telah diuraikan diatas bahwa dukungan keluarga merupakan hal yang sangat berarti bagi pasien. Dengan adanya dukungan dari keluarga membuat individu merasa diterima, dicintai, dan dihargai di lingkungan keluarga. Teori mengatakan bahwa harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain yaitu dicintai, dihormati dan dihargai (Suliswati, 2005). Bagi penderita kusta telah tersedia obat gratis di puskesmas yang menjamin kesembuhan total jika pengobatannya dilakukan teratur. Memang memerlukan perjuangan berat bagi

4.1. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh dari variabel-variabel yang diteliti terhadap variabel terikat. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan teknik analisis data statistik inferensial. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan teknik analisis data statistik inferensial.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh dari variabel-variabel yang diteliti terhadap variabel terikat. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan teknik analisis data statistik inferensial. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan teknik analisis data statistik inferensial.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh dari variabel-variabel yang diteliti terhadap variabel terikat. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan teknik analisis data statistik inferensial. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan teknik analisis data statistik inferensial.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh dari variabel-variabel yang diteliti terhadap variabel terikat. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan teknik analisis data statistik inferensial. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan menggunakan teknik analisis data statistik inferensial.

penderitanya karena harus minum obat setiap selama 6-18 bulan. Keteraturan ini seringkali menuai kegagalan jika tidak ada dukungan dari orang-orang di sekitarnya.

Dua penderita tersebut juga masih tetap bekerja. Dengan pasien bekerja, pasien merasa sebagai orang yang berguna bagi keluarga dan tidak menjadi beban bagi keluarga. Dengan adanya pemikiran yang positif ini pasien akan selalu bersikap positif dan tidak minder walaupun pasien menderita penyakit kusta. Pada salah satu penderita tersebut, masyarakat dimana penderita tinggal mengetahui bahwa penderita mempunyai penyakit kusta. Pada penderita ini tetap mempunyai harga diri yang tinggi karena walaupun lingkungan mengetahui bahwa pasien ini sakit kusta, tetapi penderita tetap diterima di masyarakat dan tidak dikucilkan dan pasien tetap bekerja. Sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa individu akan merasa harga dirinya tinggi bila sering mengalami keberhasilan, berguna bagi orang lain, dan merasa diterima (Mosby, 2005).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan dua penderita sebelum dilakukan CBT mempunyai status harga diri normal dan sesudah dilakukan CBT selama 6 sesi harga dirinya juga tetap normal tetapi selama pelaksanaan CBT harga diri pasien tersebut mengalami perubahan. Hal ini sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa harga diri akan berubah sesuai dengan situasi dan kondisi yang dialami oleh individu. Harga diri dipengaruhi oleh penolakan orang lain, kurangnya penghargaan, kesalahan dan kegagalan berulang dan juga tidak mampu mencapai standar yang ditentukan (Depkes RI, 1994).

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita yang mengalami peningkatan harga diri terdapat 5 orang (25%). Dari data didapatkan bahwa pada

berperilaku karena harga murah atau setiap semana 6-18 bulan. Keseluruhan ini
 sebaiknya memiliki kegunaan jika tidak ada dukungan dari orang-orang di
 sekitarnya.

Dari penelitian tersebut juga masih tetap terlihat. Dengan pasien belajar
 pasien merasa sebagai orang yang berguna bagi keluarga dan tidak menjadi beban
 bagi keluarga. Dengan adanya penelitian yang positif ini pasien akan selalu
 berpikir positif dan tidak minder walaupun pasien menderita penyakit kusta. Pada
 salah satu penelitian tersebut masyarakat diminta penderita tingkat pengetahuan
 bahwa penderita mempunyai penyakit kusta. Pada penelitian ini tetap mempunyai
 harga diri yang tinggi karena walaupun tingkat pengetahuan bahwa pasien ini
 sakit kusta tetapi penderita tetap dituntut di masyarakat dan tidak dikucilkan dan
 pasien tetap belajar. Sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa individu akan
 merasa harga dirinya tinggi bila sering mendapat perhatian, perhatian bagi
 orang lain dan merasa dihormati (Mulyo, 2002).

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan dua penderita sebagai dilakukan
 CBT mempunyai status harga diri normal dan sebagai dilakukan CBT selama 6
 sesi harga dirinya juga tetap normal tetapi selama pelaksanaan CBT harga diri
 pasien tersebut mengalami perubahan. Hal ini sesuai dengan teori yang
 mengatakan bahwa harga diri akan berubah sesuai dengan situasi dan kondisi
 yang dialami oleh individu. Harga diri dipengaruhi oleh perilaku orang lain,
 kemampuan pengajaran, kesalahan dan kegagalan perilaku dan juga tidak mampu
 mencapai standar yang ditentukan (Djokos M, 1994).

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa penderita yang mengalami
 peningkatan harga diri terdapat 5 orang (55,6%) dari data didapatkan bahwa pada

semua penderita tersebut pada awal penelitian didapatkan bahwa pengetahuan penderita tentang kusta kurang. Teori mengatakan bahwa tingkat pengetahuan individu akan sangat berpengaruh terhadap kognitif/cara pandang pasien. Pengetahuan yang kurang membuat individu mempunyai pemikiran yang negative terhadap sesuatu hal. Pemikiran yang negative ini cenderung membuat seseorang menjadi pesimis dan mempunyai persepsi yang salah terhadap sesuatu hal.

Pada kelima pasien yang mengalami peningkatan harga diri tersebut mendapatkan dukungan dari keluarga, dan juga masyarakat dimana penderita tersebut tinggal tidak mengetahui bahwa penderita menderita penyakit kusta. Stigma masyarakat yang menganggap kusta adalah penyakit kutukan, penyakit menular yang menakutkan, penyakit yang disebabkan karena perbuatan hina. Pandangan ini membuat pasien kusta dikucilkan, dicemooh, dan didiskriminasikan. Masyarakat yang leprophobia menolak mantan penderita, tidak hanya kehadiran pribadinya namun juga hasil kerja atau produknya. Tentu saja ini berakibat tertutupnya upaya mencari nafkah bagi mantan penderita kusta dan keluarganya. Tak heran mantan penderita merasa lebih aman tinggal di komunitas mereka dan menutup diri dari masyarakat umum. Gejala yang ditimbulkan oleh pasien yang mengalami harga diri rendah adalah menarik diri, merusak diri, pesimis dalam menghadapi hidup, perasaan negative terhadap tubuh, merasa tidak mampu, dsb (Suliswati, 2005).

Penderita yang mengalami peningkatan harga diri tersebut terdapat empat orang yang mengalami gejala nyeri dan satu orang mengalami gejala eritema. Meskipun pasien tersebut mengalami eritema, masyarakat disekitar penderita tidak mengetahui bahwa penderita mengalami penyakit kusta. Masyarakat

seorang pembicara tersebut pada saat penelitian dilakukan bahwa pengetahuan
 pembicara tentang krusal kurang. Untuk meningkatkan bahwa tingkat pengetahuan
 individu akan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan pembicara.
 Pengetahuan yang kurang membuat individu mempunyai keyakinan yang negative
 terhadap sesuatu hal. Penilaian yang negative ini cenderung membuat seseorang
 menjadi pesimis dan mempunyai *self efficacy* yang rendah sesuatu hal.

Jadi ketika pasien yang mengalami pengetahuan bahwa diri tersebut
 merupakan diagnosis dan keluarga dan juga masyarakat lainnya pembicara
 tersebut tidak mengetahui bahwa pembicara menderita penyakit krusal.
 Sehingga masyarakat yang menggunakan krusal adalah penyakit krusal.
 masalah yang munculkan penyakit yang disebabkan karena perhatian tidak
 terbagian ini membuat pasien krusal dikendalikan dengan baik.
 dibicarakan bahwa penyakit yang terdapatnya membuat pembicara tidak
 hanya ketiduran terdapatnya namun juga hasil kerja dan produktivitas. Terus saja ini
 pembicara terdapatnya upaya membuat nafkah bagi manusia pembicara krusal dan
 keluarganya. Tak heran manusia pembicara merasa lebih aman tinggal di komunitas
 mereka dan membuat diri dari masyarakat umum. Gejala yang ditunjukkan oleh
 pasien yang mengalami harga diri rendah adalah mereka diri mereka diri
 pembicara dalam menghadapi hidup. Perasaan negative terhadap tubuh mereka tidak
 mampu dan (Sidiq, 2002).

Pembicara yang mengalami pengetahuan harga diri tersebut terdapat upaya
 orang yang mengalami gejala nyeri dan saat orang mengalami gejala tersebut.
 Meskipun pasien tersebut mengalami keluhan masyarakat dibicarakan pembicara
 tidak mengontrol bahwa pembicara mengalami penyakit krusal. Masyarakat

menganggap eritema yang dialami pasien merupakan penyakit kulit biasa. Dengan masyarakat tidak mengetahui bahwa pasien mengalami kusta maka masyarakat tidak mengucilkan pasien dan tetap diterima oleh masyarakat.

Setelah dilakukan CBT selama 6 sesi didapatkan bahwa 11 pasien tetap mengalami harga diri rendah. Dari 11 penderita, 10 penderita mengalami eritema (7 orang) dan kecacatan (3 orang). Adanya perubahan ukuran, bentuk dan penampilan tubuh, kehilangan/kerusakan bagian tubuh merupakan faktor predisposisi terjadinya gangguan citra tubuh. Citra tubuh sangat dinamis karena secara konstan berubah seiring dengan persepsi dan pengalaman-pengalaman baru. Individu yang menerima tubuhnya apa adanya biasanya memiliki harga diri tinggi daripada individu yang tidak menyukai tubuhnya (Suliswati, 2005). Dari 11 pasien tersebut, 7 orang penderita, masyarakat dimana dia tinggal mengetahui bahwa pasien tersebut menderita kusta. Dengan masyarakat mengetahui bahwa pasien menderita kusta maka masyarakat akan mengucilkan dan menjauhi penderita karena adanya pandangan masyarakat yang salah tentang penyakit kusta seperti diuraikan diatas.

Semua pasien yang berusia < 20 tahun tetap mempunyai harga diri rendah. Teori mengatakan bahwa pada usia remaja dituntut untuk untuk menentukan pilihan, posisi peran dan memutuskan apakah ia mampu meraih sukses dari suatu bidang tertentu, apakah ia dapat berpartisipasi atau diterima di berbagai macam aktivitas sosial sehingga pada masa ini merupakan usia yang rentan terhadap adanya perubahan status harga diri (Suliswati, 2005).

Dari data didapatkan bahwa pada item kuesioner no 10 yaitu "kadang-kadang saya pikir saya tidak bagus sama sekali" sebagian besar penderita (16

menyatakan bahwa penelitian ini menunjukkan bahwa masalah yang dihadapi oleh mahasiswa tidak menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara kelompok yang diberikan perlakuan dan kelompok kontrol.

Selanjutnya, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh dari variabel-variabel yang diteliti terhadap variabel terikat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan dari variabel-variabel tersebut terhadap variabel terikat. Hal ini dapat dilihat dari nilai F yang diperoleh yang lebih besar dari nilai F tabel. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan dari variabel-variabel tersebut terhadap variabel terikat. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi yang positif terhadap dunia pendidikan dan masyarakat pada umumnya.

Selanjutnya, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh dari variabel-variabel yang diteliti terhadap variabel terikat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan dari variabel-variabel tersebut terhadap variabel terikat. Hal ini dapat dilihat dari nilai F yang diperoleh yang lebih besar dari nilai F tabel. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan dari variabel-variabel tersebut terhadap variabel terikat.

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi yang positif terhadap dunia pendidikan dan masyarakat pada umumnya.

penderita) mempunyai jawaban yang tetap yaitu setuju. Gejala yang terjadi pada pasien kusta dapat menimbulkan adanya perubahan bentuk tubuh yaitu adanya mutilasi dan eritema, hal ini membuat penderita berfikir bahwa tubuhnya atau dirinya sudah tidak bagus sama sekali.

Dari data juga didapatkan bahwa sebagian besar penderita (12 penderita) menganggap bahwa dirinya adalah orang yang tidak layak jika disamakan dengan orang lain dan sebagian besar penderita kusta (11 penderita) mempunyai pemikiran bahwa dirinya tidak bisa melakukan hal-hal yang kebanyakan dilakukan oleh orang lain. Hal ini disebabkan karena adanya stigma masyarakat terhadap pasien kusta sehingga pasien kusta dikucilkan dan didiskriminasikan dalam segala hal. Dimana leprophobia masih tetap berurat akar dalam seluruh lapisan masalah masyarakat karena dipengaruhi oleh segi agama, sosial, budaya dan dihantui dengan kepercayaan takhyul. Phobia kusta tidak hanya ada di kalangan masyarakat jelata, tetapi tidak sedikit tenaga kesehatan yang belum mempunyai pendidikan objektif terhadap penyakit kusta dan masih takut terhadap penyakit kusta. Selama masyarakat kita, terlebih lagi para tenaga kesehatan masih terlalu takut dan menjauhkan penderita kusta, sudah tentu hal ini akan merupakan hambatan terhadap usaha penanggulangan penyakit kusta. Akibat adanya phobia ini, maka tidak mengherankan apabila penderita diperlakukan secara tidak manusiawi di kalangan masyarakat. Adanya perlakuan tersebut membuat pasien kusta merasa dirinya bukanlah orang yang layak untuk disamakan dengan orang lain. Setelah dilakukan CBT terdapat 2 penderita yang pandangan yang berbeda yaitu mereka merasa bahwa dirinya adalah orang yang layak untuk disamakan

dengan orang lain dan 3 penderita yakin bahwa dirinya bisa melakukan hal-hal yang orang lain (selain penderita kusta) juga bisa melakukan.

Dari data penelitian didapatkan bahwa sebagian besar penderita kusta merasa bahwa dirinya tidak mempunyai kualitas yang baik dalam melakukan suatu pekerjaan (12 penderita) dan sebagian besar merasa bahwa dirinya adalah orang yang gagal (9 penderita). Setelah dilakukan CBT terdapat dua orang yang merubah pemikiran tersebut yang lainnya tetap. Adanya perasaan gagal dan merasa tidak mempunyai kualitas yang baik hal ini dipengaruhi oleh adanya penderita masih menganggap bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kutukan Tuhan, najis dan menyebabkan kecacatan. Akibat anggapan yang salah ini penderita kusta merasa putus asa.

Perlu ada perubahan paradigma yang sangat mendasar untuk menangani masalah kusta. Intinya adalah penemuan dini di lapangan, bukan menunggu penderita datang atau ditemukan oleh petugas kesehatan. Berikutnya adalah memberi dukungan kepada penderita kusta dan keluarganya bahwa penyakit ini bisa disembuhkan dan dicegah kecacatannya dengan pengobatan yang teratur yang disediakan cuma-cuma di puskesmas. Jangan pernah menjauhkan atau mengucilkan penderita kusta dari kehidupan masyarakat. Semakin dikucilkan, semakin tidak terpantau pengobatannya maka semakin tinggi risiko penularannya.

Mantan penderita kusta yang telanjur cacat tidak berarti tidak punya harapan untuk menyongsong hidup yang cerah. Hal utama yang diperlukan adalah rasa percaya diri bahwa dia sudah sembuh, tidak menjadi sumber penularan, dan dapat menjalani hidup normal di lingkungan masyarakat. Untuk mewujudkan hal

orang-orang lain dan 3 penderita yakin bahwa dirinya bisa melakukan hal-hal yang orang lain (selain penderita kusta) juga bisa melakukan.

Dari data penelitian didapatkan bahwa sebagian besar penderita kusta merasa bahwa dirinya tidak mempunyai kualitas yang baik dalam melakukan semua pekerjaan (13 penderita) dan sebagian besar merasa bahwa dirinya adalah orang yang gagal (9 penderita). Setelah dilakukan CBT terhadap dua orang yang merupakan penderita tersebut yang lainnya tetap. Alasan tersebut gagal dan merasa tidak mempunyai kualitas yang baik hal ini dikarenakan oleh adanya penderita masih menganggap bahwa penyakit kusta merupakan penyakit menular, tidak dapat diobati, penyakit keturunan, kusta tidak dapat diobati dan menyebabkan kecacatan. Akibat kegagalan yang dialami ini penderita kusta merasa putus asa.

Perlu ada perubahan paradigma yang sangat mendasar untuk menyangkut masalah kusta bahwa adalah pemenuhan diri di lapangan, bukan menunggu penderita datang atau diturunkan oleh petugas kesehatan. Perilaku yang adalah membuat dukungan kepada penderita kusta dan ketahananannya bahwa penyakit ini bisa disembuhkan dan dengan kecacatannya dengan pengobatan yang teratur yang disediakan semua-cuma di puskesmas. Jajaran rumah menjauhkan man yang mengabaikan penderita kusta dan ketahanan masyarakat. Semakin dikucilkan, semakin tidak terapan pengobatannya maka semakin tinggi risiko penularannya.

Motivasi penderita kusta yang rendah secara tidak berarti tidak hanya berperan untuk mengorganisir hidup yang cerah. Hal utama yang diperhatikan adalah rasa percaya diri bahwa dia sudah sembuh tidak menjadi sumber penalaran dan dapat memulainya hidup normal di lingkungan masyarakat. Untuk mewujudkan hal

tersebut sangat dibutuhkan sekali status harga diri yang positif sehingga pasien mempunyai rasa percaya diri.

Untuk meningkatkan harga diri seseorang bisa dilakukan dengan :

1. Memperluas kesadaran diri (*expanded self-awareness*) prinsipnya : meningkatkan keterbukaan hubungan saling percaya, bekerja dengan klien pada tingkat kemampuan yang dimiliki klien, memaksimalkan peran serta klien dalam hubungan terapeutik.
2. Menyelidiki atau eksplorasi diri (*self-exploration*) prinsipnya : membantu klien untuk menerima perasaan dan pikiran nyata, menolong klien untuk menjelaskan gambaran dirinya dan hubungan dengan orang lain melalui keterbelakangannya, member respon empati, bukan simpati dan tekankan bahwa kalimat untuk berubah ada pada klien sendiri.
3. Mengevaluasi diri (*self-evaluation*) prinsipnya : membantu klien untuk menetapkan masalahnya secara jelas, teliti koping klien yang adaptif.
4. Perencanaan yang realistis (*realistic planning*) prinsipnya : bantu klien mengidentifikasi alternative pemecahannya, bantu klien mengkonseptualisasi tujuan yang jelas.
5. Tangung jawab bertindak (*commitment to action*) prinsipnya : bantu klien melakukan tindakan yang perlu untuk merubah respon maladaptive dan mempertahankan yang adaptif (Kelliat, 1992).

tersebut sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas layanan yang diberikan kepada pelanggan.

Untuk meningkatkan kualitas layanan yang diberikan kepada pelanggan:

1. Meningkatkan kesadaran diri (self-awareness) karyawan dengan meningkatkan ketidaksiapan hubungan saling percaya, bekerja dengan klien pada tingkat kemampuan yang dimiliki klien untuk meningkatkan peran serta klien dalam hubungan tersebut.

2. Membantu klien ekspansi diri (self-empowerment) karyawan: membantu klien untuk menerima perasaan dan pikiran yang membantu klien untuk menjelaskan perasaan dirinya dan hubungan dengan orang lain melalui keterbukaan, membuat respon empatik, bukan seperti dan tekankan bahwa kalimat untuk bekerja sama pada klien sendiri.

3. Membantu klien (self-empowerment) karyawan: membantu klien untuk meningkatkan kemampuan secara jelas untuk coping klien yang efektif.

4. Perencanaan yang realistis (realistic planning) karyawan: bantu klien mengidentifikasi alternative pemecahan yang realistis dan mengkonstruksikan tujuan yang jelas.

5. Tanggung jawab berwujud (commitment to action) karyawan: bantu klien berdiskusi tindakan yang perlu untuk membuat respon maladaptive dan mengkonstruksikan yang efektif (Kellner, 1992).

BAB 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dibahas simpulan dan saran dari hasil penelitian Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) terhadap status harga diri pasien kusta di RS Kusta Kediri.

7.1 Kesimpulan

1. Faktor yang mempengaruhi terjadinya harga diri rendah pada pasien kusta adalah usia, lama sakit, pengetahuan, gejala yang muncul, pekerjaan, dukungan keluarga, dan lingkungan
2. Status harga diri pasien kusta di RS Kusta Kediri sebelum dilakukan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) adalah sebagian besar penderita mengalami harga diri rendah (80%)
3. Status harga diri pasien kusta di RS Kusta Kediri sesudah dilakukan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) selama 6 sesi adalah sebagian besar penderita mengalami harga diri rendah (55%)
4. CBT tidak berpengaruh yang bermakna dalam meningkatkan status harga diri pasien kusta di RS Kusta Kediri.

7.2 Saran

1. Pasien Kusta dan Keluarga

Pasien kusta untuk bisa memilih mekanisme koping yang sesuai dalam menghadapi masalah yang terjadi akibat penyakit kusta dan diharapkan keluarga memberikan dukungan pada pasien kusta baik dari segi moral dan material

2. Masyarakat

Diharapkan masyarakat lebih meningkatkan pengetahuannya tentang penyakit kusta dan tidak mengucilkan pasien kusta.

3. Perawat

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang selalu ada disamping pasien hendaknya lebih memberikan perhatian dan penghargaan pada pasien kusta sehingga mereka tidak merasa didiskriminasikan.

4. Institusi Rumah Sakit

Untuk lebih memperhatikan masalah harga diri pasien kusta dan memberikan terapi aktivitas kelompok yang bertujuan untuk meningkatkan harga diri pasien kusta. Diharapkan juga Rumah Sakit memberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang penyakit kusta sehingga stigma masyarakat tentang penyakit kusta dapat berubah

5. Penelitian Selanjutnya

Berdasarkan keterbatasan-keterbatasan yang dihadapi oleh peneliti hendaknya untuk penelitian selanjutnya dapat diteliti tentang pengaruh intervensi CBT pada pasien kusta yang dilakukan rawat inap. Selain itu perlu dilaksanakan penelitian CBT dengan adanya kelompok kontrol penelitian dan besar sampel yang lebih banyak dan terbagi dalam kelompok-kelompok kecil.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto G, 2002. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Edisi Revisi V. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- BPPSDMK, 2008. *Membnagun rasa percaya diri*.
<http://www.bppsdmk.depkes.go.id/show=detailnews&kode=97tbl=infobadan>. Diakses tanggal 20 Maret 2010
- Copel, Linda Carman, 2007. *Kesehatan Jiwa dan Psikiatri : Pedoman Klinis Perawat*. Edisi 2. Alih bahasa Akemat. Jakarta : EGC. Hal 1-19
- Davison, C Gerald, dkk, 2006. *Psikologi Abnormal*. Edisi ke-9. Jakarta: PT Rajagrafindo Persada. Hal 72-85, 813-830.
- Djuanda A, Hamzah M, Aisah S, 2007. *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta : fakultas kedokteran Universitas Indonesia press, hml 73-88
- Harahap M, 2000. *Ilmu Penyakit Kulit*. Jakarta : Hipokrates, hml 260-271
- Homier, Barbara P. (2006) *Self Esteem*.
http://www.kidshealth.com.teen/your_mind/body_imange/body_imange.html. Diakses tanggal 21 Maret 2010
- Keliat, Budi A. (2009). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Kneisl CR, Wilson HS, Trigoboff E, 2004. *Contemporary Psychiatric Mental Health Nursing*. New Jersey : Pearson Education, pp 707-723
- Malieq. (2007). *5 Kiat Mengembangkan Harga Diri yang Rendah*.
<http://malieq.wordpress.com/2007/08/25/5-kiat-mengembnagkan-harga-diri-yang-rendah>. Diakes tanggal 23 April 2010
- Mappiare, Andi, 2006. *Pengantar Konseling dan Psikoterapi*. Jakarta : PT RajaGrafindo Persada. Hal 12-
- Mc Load, John, 2003. *Pengantar Konseling : Teori dan Studi Kasus*. Edisi ketiga. Open University Press. Hal 5-17
- Mohr WK, 2006. *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 6th ed. Philadelphia : Lippincott Wiliams & Wilkins, pp 39-48, 173-182
- Mosby E, 2005. *Principle and Practice of Psychiatric Nursing*. Eight edition. Philadelphia : Mosby, pp 303-327, 654-664.

- Nazir, Moh, 2003. *Metode Penelitian*. Jakarta : Ghalia Indonesia.
- Nevid, J.S. 2005. *Psikologi Abnormal*. Jakarta : Erlangga
- Oemarjoedi, A.K. 2003. *Pendekatan Cognitive Behavior Dalam Psikoterapi*. Jakarta : PT. Kreatif Media Jakarta.
- Rahaju, Budi. 2007. *Tersisakah Empati untuk Penderita Kusta*. <http://1.surya.co.id/v2/?p=402>. Diakses tanggal 19 April 2010
- Salbilah. (2003). *Konsep diri*. <http://library.usu.ac.id/download/fk/keperawatan-salbilah2.pdf>. Diakses tanggal 20 Maret 2010
- Scott J. Michael and Stradling G.Stephen, 2001. *Counselling for Post-Traumatic Stress Disorder*. Secon Edition. London : Sage Publication.
- Sills. 2007. *Hildegard Peplau*. <http://publish.uwo.ca/~cforchuk/peplau/obituary.html>. Diakses tanggal 24 April 2010
- Siregar, 2004. *Atlas Berwarna Saripati Penyakit Kulit*. Jakarta : EGC, hml 154-159
- Stuart and Sundeen. (1998). *Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Suliswati dkk, 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC, pp 89-107
- Sujana, 1996. *Metoda Statistika*. Edisi ke 6. Bandung : Tarsito
- Suryani, 2005. *Komunikasi Terapeutik : Teori dan Praktek*. Jakarta : EGC
- Wright, H. Jesse, dkk, 1993. *Cognitive Therapy with Inpatients : Developing a Cognitive Milieu*. New York : The Guilford Press
- Yani A, dkk, 1994. *Pedoman Perawatan Psikiatrik; Intervensi Keperawatan*. Jakarta : Diektorat Kesehatan Jiwa Departemen Kesehatan RI, hml 43-64
- Zar, H. Jerrold, 1974. *Biostatistical Analysis*. Third Edition. United State : Prentice-Hall. Pp 163-178.

LAMPIRAN

Lampiran 1**PROSEDUR *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY***

1. Dilakukan secara individual antara perawat dan pasien
2. Perawat dan pasien berhadapan hadapan
3. Perawat harus mempertahankan kontak mata, membungkuk kearah pasien, mempertahankan sikap terbuka dan tetap rileks,
4. Dilakukan dalam kondisi ruangan yang tenang, terang dan hanya ada terapis dan pasien.
5. Terapi ini dilakukan dalam 6 kali sesi/pertemuan.
6. Dalam satu minggu dilakukan 2 kali pertemuan
7. Sekali pertemuan dilakukan selama 30 menit
8. Dalam terapi perawat berusaha untuk mengubah pikiran yang irasional menjadi rasional, meyakinkan pasien untuk mengubah pandangannya yang tidak benar, menyerang ketidaklogisan berfikir klien dan menyarankan klien untuk melakukan tindakan sesuai yang disarankan.

Lampiran 2

α

INFORM TO CONSENT

Judul Penelitian : Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) Terhadap Harga Diri Pasien Kusta di Rumah Sakit Kusta Kediri

Peneliti : Kun Ika Nur Rahayu, S.Kep.Ns

Tujuan dari penelitian ini adalah Mempelajari pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) terhadap peningkatan harga diri pasien kusta. Penelitian ini dilakukan selama 6 sesi/pertemuan. Sebelum dan sesudah latihan dilakukan pengukuran terhadap status harga diri pasien. Hasil dari penelitian ini akan sangat bermanfaat dalam meningkatkan status harga diri pasien kusta.

Untuk itu kami mohon partisipasi Bapak/Ibu untuk menjadi responden. Kami akan menjamin kerahasiaan identitas Bapak/Ibu. Bila Bapak/Ibu berkenan menjadi responden silahkan menandatangani pada lembar yang telah disediakan. Kami ucapkan banyak terima kasih.

**Kediri,
Hormat Kami**

Kun Ika Nur Rahayu

Lampiran 3**LEMBAR INFORMED CONSENT**

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Setelah saya mendapatkan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian yang berjudul Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) Terhadap Harga Diri Pasien Kusta di Rumah Sakit Kusta Kediri, maka dengan ini saya menyatakan bersedia/tidak bersedia * menjadi responden dalam penelitian ini dengan catatan bila sewaktu-waktu saya merasa dirugikan maka saya akan mengundurkan diri sebagai responden dalam penelitian ini.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, semoga dapat digunakan dengan sebaik-baiknya.

Responden

()

Lampiran 4**LEMBAR KUESIONER DATA UMUM**

Mohon baca dan jawab setiap pertanyaan dengan memberikan centang (V) pada kotak yang tersedia.

Nomer Identitas Responden : (Kosongkan)

Informasi Umum

1. Jenis kelamin anda

Laki-laki

Perempuan

2. Usia Anda

.....

3. Pendidikan terakhir Anda

.....

5. Apakah Anda bekerja

Ya

Tidak

8. Lama menderita kusta

.....

9. Tanda dan gejala yang sekarang dialami

.....

10. Adakah dukungan keluarga terhadap kesembuhan penyakit anda

ada

tidak ada

12. Apakah lingkungan anda tahu bahwa anda menderita penyakit kusta?

ya

tidak

Lampiran 5**LEMBAR KUESIONER STATUS HARGA DIRI**

(Rosenberg's Self-Esteem Scale)

No responden:

No pertemuan:

| NO | PERNYATAAN | Sangat setuju | Setuju | Tidak setuju | Sangat tidak setuju |
|-----|---|---------------|--------|--------------|---------------------|
| 1. | Saya merasa bahwa saya adalah orang yang layak, setidaknya pada suatu bidang yang sama dengan orang lain. | | | | |
| 2. | Saya merasa bahwa saya memiliki sejumlah kualitas yang baik .. | | | | |
| 3. | Dalam semua hal, saya cenderung merasa bahwa saya gagal. | | | | |
| 4. | Saya dapat melakukan hal-hal kebanyakan orang lain bisa lakukan. | | | | |
| 5. | Saya merasa saya tidak punya banyak yang bisa dibanggakan. | | | | |
| 6. | Saya mengambil sikap positif terhadap diri sendiri. | | | | |
| 7. | Secara keseluruhan, saya puas dengan diri saya sendiri. | | | | |
| 8. | Aku berharap aku bisa lebih menghargai diri saya sendiri. | | | | |
| 9. | Kadang-kadang saya merasa tak berguna. | | | | |
| 10. | Kadang-kadang saya pikir saya tidak bagus sama sekali. | | | | |
| | TOTAL | | | | |

Keterangan nilai:**Untuk no 1, 2, 4, 6 dan 7****Sangat setuju : 3****Setuju : 2****Tidak setuju : 1****Sangat tidak setuju : 0****Untuk no 3, 5, 8, 9 dan 10****Sangat setuju : 0****Setuju : 1****Tidak setuju : 2****Sangat tidak setuju : 3**

Lampiran 6

PEDOMAN INTERVENSI PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH**SESI 1**

| SESI | TUJUAN | PROSEDUR INTERVENSI | HASIL YANG DIHARAPKAN | EVALUASI |
|-------------|---|--|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan pengetahuan tentang penyakit kusta 2. Mengajak klien untuk mengetahui apa yang menjadi penyebab penurunan harga diri klien 3. Mengetahui tindakan yang dilakukan oleh klien dalam menghadapi masalah 4. Memberikan informasi kepada klien mengenai | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan materi tentang penyakit kusta (penyebab, tanda gejala, komplikasi, pencegahan dan pengobatan). 2. Mengajak klien untuk mendiskusikan penyebab penurunan harga diri rendah 3. Menjelaskan kepada klien bahwa pola pikir yang selama ini dilakukan klien adalah salah 4. Meminta klien menceritakan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat memahami tentang penyakit kusta 2. Klien mengerti apa yang menjadi penyebab stress terbesar 3. Klien menyadari bahwa pola pikir yang dilakukanya selama ini adalah salah 4. Klien mengerti cara yang tepat dalam menyikapi masalah dengan baik | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengerti tentang penyakit kusta 2. Klien mengerti tentang penyebab penurunan harga diri 3. Klien mengerti bahwa pola pikir yang dikembangkanya selama ini salah |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|
| | cara menyikapi suatu masalah | alasan mengapa hal tersebut menjadi penyebab penurunan harga diri 5. Meminta klien untuk menjelaskan cara menyikapi masalah yang selama ini muncul 6. Memberikan informasi kepada klien cara menyikapi masalah yang terjadi | | 4. Klien mengerti tentang cara yang tepat dalam mengatasi masalah |
|--|-------------------------------------|--|--|--|

PEDOMAN INTERVENSI PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH

SESI 2

| SESI | TUJUAN | PROSEDUR INTERVENSI | HASIL YANG DIHARAPKAN | EVALUASI |
|-------------|---|---|---|---|
| 2. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi dan mendiskusikan tentang perasaan, pikiran klien selama 3 hari ini 2. Membantu klien untuk mengidentifikasi gangguan kognitif apa yang dialaminya 3. Membawa kesadaran klien bahwa selama ini ia mengembangkan pikiran-pikiran yang kurang tepat untuk menyikapi peristiwa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan kembali permasalahan yang tertulis di catatan harian klien 2. Membantu klien untuk memahami pola pikirnya selama ini 3. Memberikan bukti melalui catatan yang dituliskan klien melakukan pemikiran yang rasional 4. Mengajak klien mendiskusikan tentang kemampuan positif yang | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mampu mengenali gangguan kognitif yang dialaminya 2. Klien mampu mengembangkan pola pikir yang rasional dalam menyikapi semua peristiwa yang tidak menyenangkan yang terjadi pada dirinya 3. Klien menyadari pola pikir yang selama ini dikembangkan dalam menyikapi masalah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengerti gangguan kognitif yang dialaminya 2. Klien mengerti tentang berfikir rasional dan bagaimana cara mengembangkan berfikir rasional 3. Klien menyadari bagaimana pola pikir yang rasional dikembangkan dalam |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | <p>yang terjadi kepadanya.</p> <p>4. Mendiskusikan dengan klien kemampuan apa yang masih dapat digunakan</p> <p>5. Menkuatkan kemampuan yang masih dimiliki klien</p> | <p>dimiliki oleh klien</p> <p>5. Memotivasi klien untuk menerapkan pola pikir yang rasional, sesuai dengan porsinya</p> <p>6. Bersikap empati kepada pasien</p> | <p>4. Klien mengetahui kemampuan positif yang dimilikinya</p> <p>5. Klien mau mmebiasakan untuk menrepkan pola pikir yang rasional dalam kehidupan sehari-hari</p> | <p>menyikapi suatu masalah</p> <p>4. Klien mengerti tentang kemampuan positif yang dimilikinya</p> <p>5. Klien mengerti tentang bagaimana menerapkan berfikir rasional dalam menyikapi masalah</p> |
|--|---|---|--|--|

PEDOMAN INTERVENSI PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH

SESI 3

| SESI | TUJUAN | PROSEDUR INTERVENSI | HASIL YANG DIHARAPKAN | EVALUASI |
|------|---|--|---|--|
| 3 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi dan mendiskusikan tentang perasaan dan pikiran klien selama 3 hari ini 2. Membantu klien menjabarkan masalah/kesulitan yang dialami oleh klien dalam menerapkan pemikiran yang rasional 3. Menunjukkan kemajuan yang dialami oleh klien 4. Meyakinkan kepada klien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan dengan klien tentang pengalaman dan perasaan yang diarasakannya selama 3 hari ini 2. Mendiskusikan dengan klien tindakan yang sudah dilakukan dalam menghadapi masalah tersebut 3. Mendiskusikan dengan klien tentang cara yang dilakukan klien dalam | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengetahui dampak positif dari pemikiran yang rasional 2. Klien mampu mengembangkan pola pemikiran yang rasional 3. Klien bersedia mengembangkan dan menerapkan pola pemikiran yang rasional dalam kehidupan sehari-hari | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengerti tentang dampak positif dari pemikiran yang rasional 2. Klien dapat merasakan dampak positif dari penerapan pemikiran yang rasional 3. Klien mau menerapkan pemikiran yang rasional dalam kehidupan sehari-hari |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | <p>bahwa dia bisa mengembangkan pemikiran yang rasional</p> <p>5. Melihat perkembangan pola pikir klien setelah diberi intervensi</p> | <p>menghadapi masalah tersebut atau menanggapi perasaannya</p> <p>4. Membantu klien memahami kemajuan yang dialami oleh klien</p> <p>5. Menunjukkan kepada klien dampak positif dari pemikiran yang rasional</p> <p>6. Memberikan dukungan, semangat kepada klien untuk lebih mengembangkan pemikiran yang rasional</p> | | |
|--|---|---|--|--|

PEDOMAN INTERVENSI PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH

SESI 4

| SESI | TUJUAN | PROSEDUR INTERVENSI | HASIL YANG DIHARAPKAN | EVALUASI |
|------|--|---|---|--|
| 4 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi dan mendiskusikan tentang perasaan dan pikiran klien selama 3 hari ini 2. Membantu klien menjabarkan masalah/kesulitan yang dialami oleh klien dalam menerapkan pemikiran yang rasional 3. Memberikan pujian kepada klien atas kemajuan yang sudah dilakukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan dengan klien tentang pengalaman dan perasaan yang dirasakannya selama 3 hari ini 2. Mendiskusikan dengan klien tindakan yang sudah dilakukan dalam menghadapi masalah tersebut 3. Membantu klien memahami kemajuan yang dialami oleh klien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengetahui dampak positif dari pemikiran yang rasional 2. Klien mengetahui dampak negatif dari pemikiran yang irasional 3. Klien mampu mengembangkan pola pemikiran yang rasional 4. Klien bersedia mengembangkan dan menerapkan pola pemikiran yang rasional dalam | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengerti tentang dampak positif dari pemikiran yang rasional 2. Klien mengerti tentang dampak pemikiran yang irasional 3. Klien dapat merasakan dampak positif dari penerapan pemikiran yang rasional 4. Klien mau menerapkan pemikiran yang |

| | | | | |
|--|--|--|------------------------------|---|
| | <p>4. Menunjukkan dampak negative dari pemikira yang irasional</p> <p>5. Menunjukkan dampak positif dari pemikiran yang rasional</p> <p>6. Melihat perkembangan pola pikir klien setelah diberi intervensi</p> | <p>4. Menunjukkan kepada klien dampak negative dari pemikiran yang irasional</p> <p>5. Menunjukkan kepada klien dampak positif dari pemikiran yang rasional</p> <p>6. Memberikan dukungan, semangat kepada klien untuk lebih mengembangkan pemikiran yang rasional</p> | <p>kehidupan sehari-hari</p> | <p>rasional dalam kehidupan sehari-hari</p> |
|--|--|--|------------------------------|---|

PEDOMAN INTERVENSI PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH

SESI 5

| SESI | TUJUAN | PROSEDUR INTERVENSI | HASIL YANG DIHARAPKAN | EVALUASI |
|-------------|---|---|--|--|
| 5 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan dengan klien hal-hal apa saja yang menjadi kendala dalam menerapkan pemikiran yang rasional 2. Mendiskusikan dengan klien cara untuk mengatasi kendala tersebut 3. Klien mengetahui cara mengatasi kendala dalam penerapan pemikiran yang rasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan dengan klien pemikiran yang melemahkan yang sering muncul pada pikiran klien 2. Mendiskusikan dengan klien tentang bagaimana cara klien menghadapi pemikiran/kendala yang dialaminya 3. Mendiskusikan dengan klien dampak positif dan negative dari cara yang dilakukan oleh klien | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengerti tentang cara melawan pemikiran yang irasional 2. Klien mau menerapkan pemikiran yang rasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengetahui sisi positif dan negatif dari metode yang dia gunakan selama ini dalam menghadapi pemikiran yang irasional 2. Klien mau menerapkan metode self talk dalam kehidupan sehari-hari |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>4. Menunjukkan kepada klien cara untuk melawan pemikiran yang negatif tersebut dengan metode self talk</p> <p>5. Memberikan motivasi kepada klien untuk tetap menerapkan pemikiran yang rasional</p> | | |
|--|--|---|--|--|

PEDOMAN INTERVENSI PADA PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH

SESI 6

| SESI | TUJUAN | PROSEDUR INTERVENSI | HASIL YANG DIHARAPKAN | EVALUASI |
|-------------|--|---|---|---|
| 6 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan evaluasi dari metode yang digunakan oleh klien 2. Memotivasi klien untuk terus menggunakan metode tersebut dalam kehidupan sehari-hari | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendiskusikan dengan klien tentang pengalaman dalam menerapkan metode tersebut 2. Mendiskusikan dengan klien dampak positif dari metode tersebut 3. Memberikan pujian kepada klien tentang kemajuan yang dialaminya 4. Mendiskusikan dengan klien tentang dampak positif dari kemajuan yang sudah | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien melihat kemajuan yang dicapainya 2. Klien memahami dampak positif dari kemajuan yang telah dicapainya 3. Klien mau mengembangkan dan menerapkan metode pemikiran yang rasional | <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien dapat menyebutkan kemajuan yang telah dicapainya 2. Klien dapat memahami dampak positif dari kemajuan yang dialaminya 3. Klien bersedia terus mengembangkan dan menerapkan metode yang sudah dilakukannya. |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | 5. Memotivasi klien untuk terus mengembangkan dan menerapkan metode pemikiran yang rasional | | |
|--|--|--|--|--|

•



UNIVERSITAS AIRLANGGA

LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5995246, 5995247, 5995248 Fax. (031) 5962066

Website : <http://lppm.unair.ac.id> - Email : infolemlit@unair.ac.id

**KOMISI ETIKA PENELITIAN
KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 129/PANEC/LPPM/2010

Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian yang berjudul :

"Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* Terhadap Harga Diri Pasien Kusta di Rumah Sakit Kusta Kediri"

Peneliti Utama : **Kun Ika Nur Rahayu, S.Kep.Ns.**
Unit/Lab. Tempat Penelitian : **Dinas Kesehatan Unit RS. Kusta Kediri**

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 22 Juli 2010

Komisi Etik Penelitian LPPM UNAIR

Ketua



Prof.Dr.H. Soedibjo Han Poernomo, dr., DTMH.
NIP. 130 359 279



IP. PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR

DINAS KESEHATAN
UNIT RUMAH SAKIT KUSTA KEDIRI

Jalan Veteran No. 48. Telp. 773895, 771062 Fax. 773479 Kediri, Kode Pos 64122

Kediri, 08 Desember 2010

Nomor : 445/1603/101.15/2010
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Ijin Permohonan Bantuan
Fasilitas Penelitian

Kepada
Yth. Kepala Prodi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Unair Surabaya
Di -
S u r a b a y a

Memperhatikan surat saudara Nomor : 126/H3.1.12/PPd/2010 tanggal 23 Juli 2010 perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian. Dengan ini disampaikan bahwa pada prinsipnya tidak keberatan kepada Mahasiswa :

N a m a : KUN IKA NUR R, S.Kep, Ns

N I M : 090810473

Judul Proposal : Pengaruh Cognitive Behavior Therapy (CBT) terhadap Status Harga Diri Pasien Kusta

Melakukan penelitian sesuai dengan judul yang telah ditetapkan, dengan catatan memberikan satu exemplar buku hasil penelitian untuk RS. Kusta Kediri.

Demikian, atas perhatian dan kerjasama yang baik disampaikan terima kasih.



Dr. TUJY SATRIJAWATI, M.Kes
Pembina Tk. I

NIP. 19590114 198710 2 002

Lampiran 9

DAFTAR REKAPITULASI DATA RESPONDEN

| No | KRITERIA PENDERITA | | | | | | | | |
|-----|--------------------|-------|------------|------------|---------------------|-------------------|--|----------------|------------------------------------|
| | Jenis Kelamin | Usia | Pendidikan | Lama Sakit | Gejala yang Terjadi | Dukungan Keluarga | Berdasarkan Persepsinya Sakitnya Diketahui oleh Masyarakat | Status Bekerja | Pengetahuan tentang Penyakit Kusta |
| 1. | L | 33 th | SMP | > 5 th | Nyeri | Didukung | Tidak mengetahui | Bekerja | Kurang |
| 2. | L | 27 th | SD | < 1 th | Eritema | Didukung | Tidak mengetahui | Tidak Bekerja | Cukup |
| 3. | L | 31 th | SMA | 1-5 th | Nyeri | Didukung | Tidak mengetahui | Bekerja | Kurang |
| 4. | L | 35 th | SMP | < 1 th | Nyeri | Didukung | Tidak mengetahui | Tidak Bekerja | Cukup |
| 5. | P | 14 th | SD | < 1 th | Eritema | Didukung | Tidak mengetahui | Tidak Bekerja | Kurang |
| 6. | L | 44 th | SMP | 1-5 th | Nyeri | Didukung | Tidak mengetahui | Tidak Bekerja | Kurang |
| 7. | L | 17 th | SMP | 1-5 th | Eritema | Didukung | Tidak mengetahui | Tidak Bekerja | Cukup |
| 8. | P | 45 th | SMA | 1-5 th | Eritema | Didukung | Tidak mengetahui | Bekerja | Kurang |
| 9. | P | 21 th | SD | 1-5 th | Eritema | Didukung | Mengetahui | Tidak Bekerja | Cukup |
| 10. | L | 29 th | SD | > 5 th | Eritema | Tidak mendukung | Mengetahui | Tidak Bekerja | Cukup |

| | | | | | | | | | |
|-----|---|-------|-----|--------|----------|-----------------|------------------|---------------|--------|
| 11. | L | 25 th | SMP | > 5 th | Nyeri | Didukung | Tidak mengetahui | Bekerja | Baik |
| 12. | P | 18 th | SMP | 1-5 th | Mutilasi | Tidak mendukung | Mengetahui | Tidak Bekerja | Cukup |
| 13. | P | 28 th | SD | < 1 th | Eritema | Tidak mendukung | Tidak mengetahui | Tidak Bekerja | Cukup |
| 14. | L | 32 th | SMA | < 1 th | Nyeri | Didukung | Tidak mengetahui | Bekerja | Kurang |
| 15. | L | 26 th | SD | 1-5 th | Eritema | Didukung | Mengetahui | Tidak Bekerja | Cukup |
| 16. | L | 26 th | SD | 1-5 th | Mutilasi | Didukung | Mengetahui | Tidak Bekerja | Kurang |
| 17. | L | 42 th | SMP | > 5 th | Nyeri | Didukung | Tidak mengetahui | Tidak Bekerja | Baik |
| 18. | L | 37 th | SD | 1-5 th | Mutilasi | Didukung | Mengetahui | Tidak Bekerja | Kurang |
| 19. | L | 36 th | SMP | > 5 th | Nyeri | Didukung | Mengetahui | Bekerja | Cukup |
| 20. | P | 43 th | SD | < 1 th | Nyeri | Tidak mendukung | Tidak mengetahui | Tidak Bekerja | Cukup |

Lampiran 10**DAFTAR STATUS HARGA DIRI PASIEN KUSTA SETELAH
DILAKUKAN CBT**

| No | Sebelum | Sesi 1 | Sesi 2 | Sesi 3 | Sesi 4 | Sesi 5 | Sesi 6 |
|----|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 8 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 13 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 14 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| 15 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 16 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 17 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 19 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| 20 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| | | | | | | | |

Keterangan : 1 : Status Harga Diri Rendah
2 : Status Harga Diri Normal

Lampiran 11

PERUBAHAN STATUS HARGA DIRI PASIEN SETELAH DILAKUKAN CBT

Perubahan status harga diri pasien kusta setelah dilakukan CBT sesi 1 dan sesi 2

| | | |
|---|---|----|
| | + | - |
| + | 4 | - |
| - | 2 | 14 |

Perubahan status harga diri pasien kusta setelah dilakukan CBT sesi 4 dan sesi 5

| | | |
|---|---|----|
| | + | - |
| + | 2 | 5 |
| - | 3 | 10 |

Perubahan status harga diri pasien kusta setelah dilakukan CBT sesi 2 dan sesi 3

| | | |
|---|---|---|
| | + | - |
| + | 4 | 2 |
| - | 5 | 9 |

Perubahan status harga diri pasien kusta setelah dilakukan CBT sesi 5 dan sesi 6

| | | |
|---|---|----|
| | + | - |
| + | 4 | 1 |
| - | 5 | 10 |

Perubahan status harga diri pasien kusta setelah dilakukan CBT sesi 3 dan sesi 4

| | | |
|---|---|---|
| | + | - |
| + | 5 | 4 |
| - | 2 | 9 |

Perubahan status harga diri pasien kusta sebelum (0) dilakukan CBT dan sesi 6

| | | |
|---|---|----|
| | + | - |
| + | 4 | - |
| - | 5 | 11 |

Lampiran 12**DAFTAR REKAPITULASI NILAI TOTAL *SELF ESTEEM SCALE***

| No | Sebelum | Sesi 1 | Sesi 2 | Sesi 3 | Sesi 4 | Sesi 5 | Sesi 6 |
|-----|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 16 |
| 2. | 12 | 12 | 13 | 15 | 15 | 14 | 12 |
| 3. | 13 | 13 | 14 | 17 | 13 | 15 | 15 |
| 4. | 16 | 14 | 14 | 14 | 16 | 14 | 16 |
| 5. | 12 | 12 | 12 | 13 | 12 | 13 | 14 |
| 6. | 13 | 13 | 16 | 15 | 14 | 14 | 15 |
| 7. | 11 | 11 | 11 | 13 | 16 | 11 | 14 |
| 8. | 13 | 13 | 15 | 13 | 14 | 13 | 15 |
| 9. | 13 | 13 | 13 | 14 | 13 | 14 | 13 |
| 10. | 13 | 13 | 13 | 14 | 14 | 13 | 14 |
| 11. | 18 | 18 | 18 | 17 | 18 | 18 | 18 |
| 12. | 14 | 14 | 14 | 13 | 14 | 14 | 14 |
| 13. | 14 | 14 | 14 | 15 | 15 | 14 | 14 |
| 14. | 13 | 17 | 13 | 13 | 14 | 17 | 18 |
| 15. | 13 | 13 | 16 | 14 | 15 | 13 | 12 |
| 16. | 12 | 12 | 12 | 16 | 14 | 13 | 12 |
| 17. | 16 | 16 | 17 | 17 | 18 | 16 | 17 |
| 18. | 12 | 12 | 12 | 13 | 12 | 12 | 12 |
| 19. | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 | 13 | 20 |
| 20. | 12 | 12 | 12 | 17 | 14 | 16 | 12 |

Lampiran 13

DAFTAR REKAPITULASI NILAI *SELF ESTEEM SCALE* PADA SETIAP PENDERITA.

Penderita no 1

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 13 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 13 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 13 | 1 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 13 | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 13 | 1 |
| 6 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 16 | 2 |

Penderita no 2

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 12 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 13 | 1 |
| 3 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 15 | 2 |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| 4 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 15 | 2 |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 14 | 1 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 12 | 1 |

Penderita no 3

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 13 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 14 | 1 |
| 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 17 | 2 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 13 | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 15 | 2 |
| 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 15 | 2 |

Penderita no 4

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 14 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 14 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 14 | 1 |
| 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 16 | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 14 | 1 |
| 6 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 16 | 2 |

Penderita no 5

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 12 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 12 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 13 | 1 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 12 | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 13 | 1 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 14 | 1 |

Penderita no 6

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 16 | 2 |
| 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 15 | 2 |
| 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 6 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 15 | 2 |

Penderita no 7

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria | |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|---|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11 | 1 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 4 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 16 | 2 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11 | 1 |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 14 | 1 |

Penderita no.8

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria | |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|---|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | | |
| 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 15 | 2 |
| 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 6 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 15 | 2 |

Penderita no 9

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 6 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 13 | 1 |

Penderita no 10

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 13 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 13 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 14 | 1 |
| 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 13 | 1 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 14 | 1 |

Penderita no 11

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 18 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 18 | 2 |
| 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 17 | 2 |
| 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 18 | 2 |
| 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 18 | 2 |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 18 | 2 |

Penderita no 12

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 5 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |

Penderita no.13

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 15 | 2 |
| 4 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 15 | 2 |
| 5 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 6 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |

Penderita no.14

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 17 | 2 |
| 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 4 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 5 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 17 | 2 |
| 6 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 18 | 2 |

Penderita no 15

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 16 | 2 |
| 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 14 | 1 |
| 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 15 | 2 |
| 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 6 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | 1 |

Penderita no 16

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 12 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 12 | 1 |
| 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 16 | 2 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 14 | 1 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 12 | 1 |

Penderita no.17

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria | |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|---|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | | |
| 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 16 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 17 | 2 |
| 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 17 | 2 |
| 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 18 | 2 |
| 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 16 | 2 |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 17 | 2 |

Penderita no.18

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria | |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|---|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | | |
| 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | 1 |
| 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | 1 |
| 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 | 1 |
| 4 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | 1 |
| 5 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | 1 |
| 6 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 | 1 |

Penderita no.19

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 18 | 2 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 18 | 2 |
| 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 18 | 2 |
| 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 18 | 2 |
| 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 13 | 1 |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 20 | 2 |

Penderita no.20

| Sesi | Kuesioner | | | | | | | | | | Total | Kriteria |
|------|-----------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-------|----------|
| | p1 | p2 | p3 | p4 | p5 | p6 | p7 | p8 | p9 | p10 | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 12 | 1 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 12 | 1 |
| 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 17 | 2 |
| 4 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 14 | 1 |
| 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 16 | 2 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 12 | 1 |

Lampiran 14

LEMBAR UJI MC NEMAR**Harga Diri Sesi 1**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Rendah | 16 | 80,0 | 80,0 | 80,0 |
| | Normal | 4 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| | Total | 20 | 100,0 | 100,0 | |

Harga Diri Sesi 2

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Rendah | 14 | 70,0 | 70,0 | 70,0 |
| | Normal | 6 | 30,0 | 30,0 | 100,0 |
| | Total | 20 | 100,0 | 100,0 | |

Harga Diri Sesi 3

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Rendah | 11 | 55,0 | 55,0 | 55,0 |
| | Normal | 9 | 45,0 | 45,0 | 100,0 |
| | Total | 20 | 100,0 | 100,0 | |

Harga Diri Sesi 4

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Rendah | 13 | 65,0 | 65,0 | 65,0 |
| | Normal | 7 | 35,0 | 35,0 | 100,0 |
| | Total | 20 | 100,0 | 100,0 | |

Harga Diri Sesi 5

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Rendah | 15 | 75,0 | 75,0 | 75,0 |
| | Normal | 5 | 25,0 | 25,0 | 100,0 |
| | Total | 20 | 100,0 | 100,0 | |

Harga Diri Sesi 6

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Rendah | 11 | 55,0 | 55,0 | 55,0 |
| | Normal | 9 | 45,0 | 45,0 | 100,0 |
| | Total | 20 | 100,0 | 100,0 | |

Uji Mc Nemar**NPar Tests****McNemar Test****Crosstabs****Harga Diri Sesi 1 & Harga Diri Sesi 2**

| Harga Diri Sesi 1 | Harga Diri Sesi 2 | |
|-------------------|-------------------|---|
| | 1 | 2 |
| 1 | 13 | 3 |
| 2 | 1 | 3 |

Test Statistics^b

| | Harga Diri Sesi 1 & Harga Diri Sesi 2 |
|-----------------------|---------------------------------------|
| N | 20 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,625 ^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

NPar Tests**McNemar Test****Crosstabs****Harga Diri Sesi 2 & Harga Diri Sesi 3**

| Harga Diri Sesi 2 | Harga Diri Sesi 3 | |
|-------------------|-------------------|---|
| | 1 | 2 |
| 1 | 9 | 5 |
| 2 | 2 | 4 |

Test Statistics^b

| | Harga Diri Sesi 2 & Harga Diri Sesi 3 |
|-----------------------|---------------------------------------|
| N | 20 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,453 ^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

NPar Tests**McNemar Test****Crosstabs****Harga Diri Sesi 3 & Harga Diri Sesi 4**

| Harga Diri Sesi 3 | Harga Diri Sesi 4 | |
|-------------------|-------------------|---|
| | 1 | 2 |
| 1 | 9 | 2 |
| 2 | 4 | 5 |

Test Statistics^b

| | Harga Diri Sesi 3 & Harga Diri Sesi 4 |
|-----------------------|---------------------------------------|
| N | 20 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,687 ^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

NPar Tests**McNemar Test****Crosstabs****Harga Diri Sesi 4 & Harga Diri Sesi 5**

| Harga Diri Sesi 4 | Harga Diri Sesi 5 | |
|-------------------|-------------------|---|
| | 1 | 2 |
| 1 | 10 | 3 |
| 2 | 5 | 2 |

Test Statistics^b

| | Harga Diri Sesi 4 & Harga Diri Sesi 5 |
|-----------------------|---------------------------------------|
| N | 20 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,727 ^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

NPar Tests**McNemar Test****Crosstabs****Harga Diri Sesi 5 & Harga Diri Sesi 6**

| Harga Diri Sesi 5 | Harga Diri Sesi 6 | |
|-------------------|-------------------|---|
| | 1 | 2 |
| 1 | 10 | 5 |
| 2 | 1 | 4 |

Test Statistics^b

| | Harga Diri Sesi 5 & Harga Diri Sesi 6 |
|-----------------------|---------------------------------------|
| N | 20 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,219 ^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

NPar Tests**McNemar Test****Crosstabs****Harga Diri Sesi 1 & Harga Diri Sesi 6**

| Harga Diri Sesi 1 | Harga Diri Sesi 6 | |
|-------------------|-------------------|---|
| | 1 | 2 |
| 1 | 11 | 5 |
| 2 | 0 | 4 |

Test Statistics^b

| | Harga Diri Sesi 1 & Harga Diri Sesi 6 |
|-----------------------|---------------------------------------|
| N | 20 |
| Exact Sig. (2-tailed) | ,063 ^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test

NPar Tests**McNemar Test****Crosstabs****Harga Diri Sesi 1 & Sebelum**

| Harga Diri Sesi 1 | Sebelum | |
|-------------------|---------|---|
| | 1 | 2 |
| 1 | 15 | 1 |
| 2 | 1 | 3 |

Test Statistics^b

| | Harga Diri Sesi 1 & Sebelum |
|-----------------------|-----------------------------|
| N | 20 |
| Exact Sig. (2-tailed) | 1,000 ^a |

a. Binomial distribution used.

b. McNemar Test