

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* PADA
PASIEN HARGA DIRI RENDAH: *STUDY LITERATURE
REVIEW***

KARYA TULIS ILMIAH NERS



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS INSTITUTE KESEHATAN
DAN SAINS WIYATA HUSADA SAMARINDA**

2021

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOUR THERAPY* PADA
PASIEN HARGA DIRI RENDAH: *STUDY LITERATURE
REVIEW***

KARYA TULIS ILMIAH NERS

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar proferi (NERS)



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS INSTITUTE KESEHATAN
DAN SAINS WIYATA HUSADA SAMARINDA**

2021

HALAMAN PENGESAHAN

PENGARUH COGNITIVE BEHAVIOR THERAPI PADA PASIEN
HARGA DIRI RENDAH : *STUDY LITERATURE REVIEW*

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

Dwi Ayu Ramadani

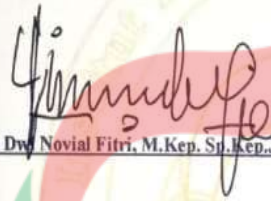
NIM: P1908142

Telah dipertahankan dalam ujian

Pada tanggal 25 Januari 2021

PENGUJI I

PENGUJI II



Ns. Linda Dwi Novial Fitri, M.Kep. Sp. Kep. Jiwa



Ns. Siti Kholifah, S.Kep., M.Kep



ITKES WHS Mengetahui

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Wiayata Husada Samarinda



Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.Kep., M.Kep., Sp. Kep.MB

NIDN. 1128058801

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : Dwi Ayu Ramadani
NIDN/NIM : P1908142
Program Studi : Profesi Ners
Institusi : Pengaruh *Cognitive Behavior Therapy* Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah : *Literatur Review*

Dengan ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang yang saya akui sebagai tulisan atau pemikiran saya sendiri. Semua sumber baik dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Samarinda, Februari 2021

Dwi Ayu Ramadani

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan yang Maha Esa, karena berkat Rahmat dan Bimbingannya-Nya saya dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul **“Pengaruh *cognitive behaviour therapy* pada pasien dengan harga diri rendah: *study literature review*”** penulisan Karya Tulis Ilmiah dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi pada Program Profesi Ners Institute Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa pembelajaran lapangan sampai pada penyusunan Kian ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Dr. Eka Ananta Sidharta, CA, CfrA., Selaku Rektor Institut Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda
3. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri., S.Kep., SP.Kep..MB selaku Ketua Program studi Keperawatan Institute Teknologi Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
4. Ns. Siti Kholifah S.Kep., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing I yang penuh semangat dan sabar dalam membimbing dan mengarahkan serta memberikan masukan masukan yang sangat membantu serta ketelitian beliau tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik dan telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tugas akhir ini.
5. Ns. Linda Novial Fitri. S.kep.,M.Kep.Sp.Kep.Jiwa selaku dosen penguji
6. Segenap Dosen dan Tenaga Kependidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu
7. Kedua orang tua Said (ayah), Khusnul Khotimah(Ibu) dan keluarga yang telah memberikan dukungan moril maupun materiil dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners

8. Teman seperjuangan Mahasiswa PSIK Angkatan 2015, Sahabat SMA dan semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan dan gagasan dalam penyusunan Skripsi ini

Peneliti juga mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini, dan saya membutuhkan masukan yang konstruktif demi kesempurnaan Skripsi ini. Semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan Skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Samarinda, Januari 2021

Peneliti



Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah :
Study Literatur Review

Dwi Ayu Ramadani¹, Siti Kholifa²

^{1,2}Program Profesi Ners Institute Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda

Email: dwiayu296@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Harga diri rendah adalah suatu pemikiran dan perasaan negatif terhadap diri sendiri sehingga penderita merasakan hilangnya rasa percaya diri dan harga diri. Seseorang dengan harga diri rendah meyakini dan memandang dirinya lemah, tidak berharga, tidak dapat berbuat apa-apa, tidak kompeten, merasa gagal, tidak menarik, tidak disukai, dan hilangnya kepercayaan diri. **Tujuan :** penulisan karya ilmiah ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh *cognitive behavior therapy (CBT)* pada pasien dengan harga diri rendah. **Metode Penulisan:** penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode *study literature review* dengan data base melalui *google scholar* dan *sciense direct*. **Hasil:** berdasarkan hasil analisis *literature review* terdapat 4 jurnal terkait yang di dapatkan hasil bahwa *cognitive behavior therapy* dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien dengan harga diri rendah. **Kesimpulan:** Pengaruh *cognitive behaviour therapi* meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku, penulis merekomendasikan CBT sebagai salah satu terapi pada pasien dengan harga diri rendah.

Kata Kunci : *Cognitive Behavior Therpy (CBT)*, Harga Diri Rendah

1 mahasiswa Profesi Ners Institute Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda

2 Dosen Program Profesi Ners Institute Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda

The Effect of Cognitive Behaviour Therapy on Patients with Low Self-Esteem:
Literature Review Study

Dwi Ayu Ramadani¹, Siti Kholifa²

^{1,2}Professional Nurse Program of Health and Science Institute Wiyata Husada
Samarinda

Email: dwiayu296@gmail.com

ABSTRACT

Background: Low self-esteem is thoughts and negative emotions towards oneself until the patient feels the loss of confidence and his self-esteem. Someone with low self-esteem believes and considers himself as weak, worthless, not capable of doing anything, incompetent, a failure, not attractive, unlikeable, and loss of confidence. **Objective:** The purpose of writing this scientific work is to find out the effect of cognitive behavior therapy (CBT) on patients with low self-esteem. **Writing Method:** The method in writing this scientific work is by using literature review study method with data base got through Google Scholer and Science Direct. **Result:** Based on the analysis result of literature review there are 4 related journals in which the result showed that cognitive behavior therapy can increase the cognitive ability and the behavior of clients with low self-esteem. **Conclusion:** The effect of cognitive behavior therapy increased the cognitive ability and behaviour, the writer recommends CBT as one of therapies on patients with low self-esteem.

Key words: Cognitive Behavior Therpy (CBT), Low Self-Esteem

1 Student of Professional Nurse Program of Health and Science Institute Wiyata Husada
2 Lecturer of Professional Nurse Program of Health and Science Institute Wiyata Husada

ITKES WHS
Institut Teknologi Kesehatan & Sains Wiyata Husada Samarinda



DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR iv

| | |
|---|-------------------------------------|
| DAFTAR ISI | viii |
| DAFTAR TABEL | vi |
| DAFTAR SKEMA | vii |
| LAMPIRAN | viii |
| BAB I | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 2 |
| C. Tujuan penulisan | 3 |
| D. Manfaat penelitian..... | 3 |
| BAB II | 4 |
| A. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah | 4 |
| B. Konsep Terapi Modalitas | 8 |
| C. Terapi Perilaku dan Kognitif (<i>Cognitive behaviour therapy</i>)..... | 10 |
| BAB III | 15 |
| A. Kasus Kelolaan..... | Error! Bookmark not defined. |
| B. Desain Penelitian..... | 17 |
| C. Pencarian Literatur | 17 |
| D. Batasan Waktu Publikasi..... | 17 |
| E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi..... | 17 |
| F. Seleksi Studi dan Penelitian Kualitas..... | 18 |
| BAB IV | 19 |
| A. Hasil Penelitian | 19 |
| B. Analisis jurnal | 20 |
| C. Pembahasan..... | 23 |
| D. SAP cognitive behaviour therapy (CBT) | Error! Bookmark not defined. |
| BAB V | 25 |
| A. Kesimpulan..... | 25 |
| B. Saran..... | 25 |
| DAFTAR PUSTAKA | 26 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 3.1 Format PICOS | 31 |
| Tabel 3.2 Analisis Jurnal | 32 |



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Pohon Masalah **6**



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Riwayat hidup

Lampiran 2 Asuhan Keperawatan

Lampiran 3 Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran 4 Manuskrip



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sehat dimana kondisi emosional, psikologi, dan sosial dapat terlihat dari interaksi dengan orang lain atau hubungan interpersonal yang mampu memberikan kepuasan dalam melakukan interaksi dengan orang lain. Seseorang dikatakan sehat jiwa apabila mampu mengendalikan diri dengan selalu berfikir positif dalam menghadapi stressor lingkungan tanpa adanya tekanan baik fisik, dan psikologi sehingga mampu bekerja secara produktif dan mampu berperilaku adaptif. Sebaliknya seseorang dikatakan gangguan jiwa apabila tidak mampu menjalankan peran dalam melakukan hubungan interpersonal yang memuaskan atau dapat dikatakan adanya keterbatasan hubungan antara individu dan lingkungan sekitarnya (Purwaningsih, 2016)

Menurut *American Psychiatric Association* (2013) menjelaskan bahwa gangguan jiwa merupakan sekumpulan gangguan pada fungsi pikir, emosi, perilaku dan sosialisasi dengan orang sekitar. Gangguan jiwa merupakan suatu keadaan yang abnormal dimana perasaan dan perilaku tidak sejalan dengan budaya atau kebiasaan yang ditandai dengan respon maladaptif seperti ketegangan, rasa putus asa, murung, gelisah, cemas, rasa lemah, takut dan pikiran-pikiran yang buruk yang dapat mempengaruhi interaksi sosial individu (Sasmita et al., 2010).

Jumlah gangguan jiwa di Indonesia mengalami peningkatan yang cukup signifikan, menurut data hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 yang dilakukan oleh Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia yaitu sebesar 7% dari total jumlah penduduk di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia/psikosis. Di Jawa Tengah sendiri berada pada urutan kelima terbanyak dari 33 provinsi di Indonesia yaitu dengan jumlah sebesar 9% dari jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia (RISKESDAS 2018)

Harga diri rendah adalah suatu pemikiran dan perasaan negatif terhadap diri sendiri sehingga penderita merasakan hilangnya rasa percaya diri dan harga diri (Stuart & Gail, 2006 dalam Hermawan, et al., 2015) . Seseorang dengan harga diri rendah meyakini dan memandang dirinya lemah, tidak berharga, tidak dapat berbuat apa- apa, tidak kompeten, merasa gagal, tidak menarik, tidak disukai, dan hilangnya kepercayaan diri (Muhith, 2015)

Terapi kognitif dan perilaku adalah intervensi terapeutik yang bertujuan untuk mengurangi tingkah laku mengganggu dan maladaptif dengan mengembangkan proses kognitif yang didasarkan pada asumsi bahwa afek dan tingkah laku adalah produk dari kognitif oleh karena itu intervensi kognitif dan tingkah laku dapat membawa perubahan dalam pikiran, perasaan, dan tingkah laku (Stallard, 2009). Terapi kognitif dan perilaku bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, pikiran dan perasaan klien dengan skizofrenia dengan merubah pikiran dan perilaku yang maladaptif (Martin, 2010)

Upaya yang dapat dilakukan untuk menangani klien dengan harga diri rendah adalah dengan memberikan tindakan keperawatan generalis yang dilakukan oleh perawat pada semua jenjang pendidikan. Tindakan keperawatan yang dibutuhkan pada klien dengan harga diri rendah adalah terapi kognitif. Terapi kognitif merupakan salah satu pendekatan dari *cognitive behaviour therapy* (CBT) . terapi ini direkomendasikan selama lebih dari 4-6 bulan dan dilakukan dalam 10 sesi (Ambarwati, 2008)

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah di paparkan maka rumusan masalah dalam karya ilmiah ini adalah “ pengaruh *cognitive behaviour therapy* pada pasien harga diri rendah: study literature review:

C. Tujuan penulisan

1. Tujuan Umum

menganalisis pengaruh *cognitive behavior therapy* pada pasien dengan harga diri rendah

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengaruh *cognitive behavior therapy* pada pasien harga diri rendah
- b. Memberikan gambaran tentang efektivitas *cognitive behavior therapy* pada pasien dengan harga diri rendah
- c. Menganalisis jurnal *cognitive behavior therapy* pada pasien dengan harga diri rendah

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat teoritis

Hasil penulisan ini menjadi sebuah bahan kajian untuk pembelajaran dalam bidang ilmu keperawatan terkait yaitu keperawatan jiwa. Sehingga dapat menjadi dasar untuk melakukan penulisan lanjutan

2. Manfaat praktis

Manfaat praktis penulisan ini mencakup

- a. Bagi mahasiswa dapat menambah pengetahuan dan perkembangan keperawatan kesehatan jiwa serta mengantisipasi masalah keperawatan jiwa
- b. Bagi institusi pendidikan, menambah referensi karya tulis.
- c. Bagi instansi rumah sakit dapat bermanfaat dalam peningkatan pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gangguan Konsep Diri: Harga Diri Rendah

1. Pengertian

Harga diri rendah adalah kondisi seseorang yang menilai keberadaan dirinya lebih rendah dibandingkan orang lain yang berpikir tentang hal negatif diri sendiri sebagai individu yang gagal, tidak mampu dan tidak berprestasi. Harga diri rendah merupakan kondisi dimana seseorang merasa bahwa dirinya tidak diterima di lingkungan dan gambaran – gambaran negatif tentang dirinya (Keliat A. B., 2011).

Berdasarkan tiga pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa gangguan harga diri rendah adalah gangguan konsep diri dimana harga diri merasa gagal mencapai keinginan, perasaan tentang diri yang negatif dan merasa dirinya lebih rendah dibandingkan orang lain. Menurut Fitria (2009) harga diri dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Harga diri rendah situasional adalah keadaan dimana individu yang sebelumnya memiliki harga diri positif mengalami perasaan negatif mengenai diri dalam berespon terhadap suatu kejadian (kehilangan, perubahan)
2. Harga diri rendah kronik adalah keadaan dimana individu mengalami evaluasi diri yang negatif mengenai diri atau kemampuan dalam waktu lama

Tanda dan gejala menurut Carpenito, L.J (1998); Keliat, B.A (1994), yaitu:

1. Rasa bersalah terhadap diri sendiri. Misalnya: ini tidak akan terjadi jika saya segera ke rumah sakit, menyalahkan/ mengejek dan mengkritik diri sendiri.
2. Merendahkan martabat. Misalnya : saya tidak bisa, saya tidak mampu, saya orang bodoh dan tidak tahu apa-apa
3. Gangguan hubungan sosial, seperti menarik diri. Klien tidak ingin bertemu dengan orang lain, lebih suka sendiri.

4. Percaya diri kurang. Klien sukar mengambil keputusan, misalnya tentang memilih alternatif tindakan.
5. Mencederai diri. Akibat harga diri yang rendah disertai harapan yang suram, mungkin klien ingin mengakhiri kehidupan.

2. Penyebab

Gangguan harga diri yang disebut sebagai harga diri rendah dan dapat terjadi secara:

a. Situasional

Yaitu terjadi trauma yang tiba-tiba, misalnya harus operasi, kecelakaan, dicerai suami, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu (korban perkosaan, dituduh KKN, dipenjara tiba-tiba). Pada klien yang dirawat dapat terjadi harga diri rendah, karena :

- 1) Privacy yang kurang diperhatikan, misalnya: pemeriksaan fisik yang sembarangan, pemasangan alat yang tidak sopan (pencukuran pubis, pemasangan kateter, pemeriksaan perneal).
- 2) Harapan akan struktur, bentuk dan fungsi tubuh yang tidak tercapai karena dirawat/ sakit/ penyakit.
- 3) Perlakuan petugas kesehatan yang tidak menghargai, misalnya berbagai pemeriksaan dilakukan tanpa penjelasan, berbagai tindakan tanpa persetujuan.

b. Kronik

Yaitu perasaan negatif terhadap diri telah berlangsung lama, yaitu sebelum sakit/ dirawat. Klien ini mempunyai cara berfikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya. Kondisi ini mengakibatkan respons yang maladaptive. Kondisi ini dapat ditemukan pada klien gangguan fisik yang kronis atau pada klien gangguan jiwa. Dalam tinjauan *life span history* klien, penyebab HDR adalah kegagalan tumbuh kembang, misalnya sering disalahkan, kurang dihargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima dalam kelompok (Yosep, 2007)

Tanda dan Gejalanya : Data subjektif : mengungkapkan ketidakmampuan dan meminta bantuan orang lain dan mengungkapkan malu dan tidak bisa bila diajak melakukan sesuatu. Data objektif : tampak ketergantungan pada orang lain, tampak sedih dan tidak melakukan aktivitas yang seharusnya dapat dilakukan, wajah tampak murung.

3. Tanda dan Gejala

Harga diri rendah dapat membuat klien menjadi tidak mau maupun tidak mampu bergaul dengan orang lain dan terjadinya isolasi sosial : menarik diri. Isolasi sosial menarik diri adalah gangguan kepribadian yang tidak fleksibel pada tingkah laku yang maladaptive, mengganggu fungsi seseorang dalam hubungan sosial (DEPKES RI, 1998).

Tanda dan gejala :

Subyektif :

- a. Mengungkapkan untuk memulai hubungan/ pembicaraan
- b. Mengungkapkan perasaan malu untuk berhubungan dengan orang lain
- c. Mengungkapkan kekhawatiran terhadap penolakan oleh orang lain

Data Obyektif :

- a. Kurang spontan ketika diajak bicara
- b. Apatis
- c. Ekspresi wajah kosong
- d. Menurun atau tidak adanya komunikasi verbal
- e. Bicara dengan suara pelan dan tidak ada kontak mata saat berbicara

4. Pohon Masalah

Skema 1.1 Pohon Masalah



5. Batasan Karakteristik

1. Bergantung pada orang lain
2. Melebih-lebihkan umpan balik negatif tentang diri sendiri
3. Sering kali kurang berhasil dalam peristiwa hidup
4. Produktivitas menurun
5. Enggan mencoba sesuatu yang baru
6. Perilaku bimbang
7. Kontak mata kurang
8. Pasif
9. Sering kali mencari penegasan
10. Menolak umpan balik positif tentang diri sendiri
11. Ekspresi rasa bersalah

6. Data Yang di Kaji

Gangguan konsep diri: harga diri rendah Data yang perlu dikaji:

1. Data Subyektif: Klien mengatakan saya tidak mampu, tidak bisa, tidak tahu apa-apa, bodoh, mengkritik diri sendiri, mengungkapkan perasaan malu terhadap diri sendiri
2. Data Obyektif: Klien terlihat lebih suka sendiri, bingung bila disuruh memilih alternatif tindakan, ingin mencederai diri/ingin mengakhiri hidup

B. Konsep Terapi Modalitas

1. Definisi

Terapi modalitas adalah terapi utama dalam keperawatan jiwa. Terapi ini di berikan dalam upaya mengubah perilaku pasien dari perilaku maladaptif menjadi perilaku adaptif . Terapi modalitas adalah terapi dalam keperawatan jiwa, dimana perawat mendasarkan potensi yang dimiliki pasien (modal-modality) sebagai titik tolak terapi atau penyembuhannya (Sarka, 2008)

2. Jenis-jenis Terapi modalitas

a. Terapi individu

Terapi individual adalah penanganan klien gangguan jiwa dengan pendekatan hubungan individual antara seorang terapis dengan seorang klien. Suatu hubungan yang terstruktur yang terjalin antara perawat dan klien untuk mengubah perilaku klien. Hubungan yang dijalin adalah hubungan yang disengaja dengan tujuan terapi, dilakukan dengan tahapan sistematis (terstruktur) sehingga melalui hubungan ini terjadi perubahan tingkah laku klien sesuai dengan tujuan yang ditetapkan di awal hubungan

b. Terapi Keluarga

Terapi keluarga adalah terapi yang diberikan kepada seluruh anggota keluarga sebagai unit penanganan (treatment unit). Tujuan terapi keluarga adalah agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya. Untuk itu sasaran utama terapi jenis ini adalah keluarga yang mengalami disfungsi; tidak bisa melaksanakan fungsi-fungsi yang dituntut oleh anggotanya

c. Terapi Lingkungan

Terapi lingkungan adalah bentuk terapi yaitu menata lingkungan agar terjadi perubahan perilaku pada klien dari perilaku maladaptive menjadi perilaku adaptif. Perawat menggunakan semua lingkungan rumah sakit dalam arti terapeutik. Bentuknya adalah memberi kesempatan klien untuk tumbuh dan berubah perilaku dengan memfokuskan pada nilai terapeutik dalam aktivitas dan interaksi. Tujuan dari terapi lingkungan ini adalah memampukan klien dapat

hidup di luar lembaga yang diciptakan melalui belajar kompetensi yang diperlukan untuk beralih dari lingkungan rumah sakit ke lingkungan rumah tinggalnya.

d. Terapi Biologis

Penerapan terapi biologis atau terapi somatic didasarkan pada model medical di mana gangguan jiwa dipandang sebagai penyakit. Ada beberapa jenis terapi somatic gangguan jiwa meliputi: pemberian obat (medikasi psikofarmaka), intervensi nutrisi, electro convulsive therapy (ECT), foto terapi, dan bedah otak. Beberapa terapi yang sampai sekarang tetap diterapkan dalam pelayanan kesehatan jiwa meliputi medikasi psikoaktif dan ECT

e. Terapi Kelompok

Terapi aktivitas kelompok Sosialisasi (TAKS) adalah upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah klien dengan masalah hubungan sosial, yang bertujuan untuk meningkat hubungan sosial dalam kelompok secara bertahan (Keliat & Akemat, 2005)

f. Terapi Bermain

Terapi bermain diterapkan karena adanya anggapan dasar bahwa anak-anak akan dapat berkomunikasi dengan baik melalui permainan dari pada berkomunikasi dengan baik melalui permainan dari pada dengan ekspresi verbal. Dengan bermain perawat dapat mengkaji tingkat perkembangan, status emosional anak, hipotesa diagnostik, serta melakukan intervensi untuk mengatasi masalah anak tersebut.

g. Terapi kognitif

Terapi kognitif adalah strategi memodifikasi keyakinan dan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien. Proses yang diterapkan adalah membantu mempertimbangkan stressor dan kemudian dilanjutkan dengan mengidentifikasi pola berfikir dan keyakinan yang tidak akurat tentang stressor tersebut.

Tujuan terapi kognitif meliputi:

- 1) Mengembangkan pola fikir yang rasional

- 2) Mengubah pola berfikir tak rasional yang sering mengakibatkan gangguan perilaku menjadi pola berfikir rasional berdasarkan fakta dan informasi yang actual. Membiasakan diri selalu menggunakan pengetesan realita dalam menanggapi setiap stimulus sehingga terhindar dari distorsi pikiran.
- 3) Membentuk perilaku dengan pesan internal. Perilaku dimodifikasi dengan terlebih dahulu mengubah pola berfikir

C. Terapi Prilaku dan Kognitif (*Cognitive behaviour therapy*)

1. Pengertian

Teori *cognitive behavior* pada dasarnya meyakini bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus – kognisi - respon (SKR), yang saling berkait dan membentuk semacam jaringan semacam SKR dalam otak manusia, dimana proses kognitif akan menjadi faktor penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa dan bertindak. Sementara dengan adanya keyakinan bahwa manusia memiliki potensi untuk menyerap pemikiran yang rasional dan irasional, dimana pemikiran yang irasional dapat menimbulkan gangguan emosi dan tingkah laku, maka terapi *cognitive behavior* diarahkan kepada modifikasi fungsi berpikir, merasa dan bertindak, dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat, dan memutuskan kembali. Dengan merubah status pikiran dan perasaannya, klien diharapkan dapat merubah tingkah lakunya, dari negatif menjadi positif (Oemarjoedi, 2003)

Terapi kognitif merupakan terapi jangka pendek, terstruktur berorientasi terhadap masalah saat ini dan bersifat terapi individu. Kognitif adalah kemampuan untuk memberikan alasan, mengingat, persepsi, orientasi, memperhatikan serta memberi keputusan. Proses kognitif meliputi sensasi dan persepsi, perhatian, ingatan, asosiasi, pertimbangan, pikiran dan kesadaran. Kognitif adalah proses mental yang berfungsi agar individu

menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungan luarnya (Purwanto, 2015)

Menurut (Martin, 2010) terapi kognitif dan perilaku adalah suatu terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku melalui pendekatan restrukturisasi kognitif. Berdasarkan beberapa definisi mengenai terapi kognitif dan perilaku yang diungkapkan pada garis besarnya terapi kognitif dan perilaku adalah salah satu bentuk terapi psikososial yang merubah pola pikir yang salah juga akan menjadi perilaku adaptif, sehingga pada akhirnya diharapkan individu memiliki kemampuan untuk bereaksi secara adaptif dalam menghadapi masalah atau situasi yang sulit dalam hidup

Beck menjelaskan bahwa CBT adalah suatu terapi yang menekankan pada perubahan pemikiran atau keyakinan yang bersifat negatif dengan tujuan membantu seorang individu dalam menyelesaikan problem yang berkaitan dengan disfungsi emosional, perilaku, dan kognisi agar dapat berperan secara sistematis. Pada terapi ini, terapis atau konselor fokus terhadap usaha mengajarkan keterampilan *self-counseling* pada konseli untuk menghasilkan pola pikir yang rasional.

2. Tujuan

Tujuan dari terapi kognitif dan perilaku adalah untuk memodifikasi fungsi berpikir, perasaan, bertindak, dengan menekankan fungsi otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan mengambil keputusan kembali. Dengan merubah status pikiran dan perasaannya, klien diharapkan dapat merubah perilaku negatif menjadi positif (Epigee, 2009)

Untuk mencapai tujuan ini, perawat harus percaya bahwa perubahan itu memungkinkan sehingga menimbulkan perspektif baru dan berbeda, perilaku, dan pengalaman yang terbuka untuk evaluasi. Tidak mudah individu, keluarga dan masyarakat harus berubah, atau bahkan berhenti pada perilaku saat ini. Di lain waktu individu tersebut harus selalu belajar untuk mengadopsi perilaku yang baru. Perubahan ini dapat berhubungan dengan setiap aspek kehidupan seseorang, termasuk olahraga, kebiasaan dalam

melakukan kebersihan diri, kebiasaan makan, kepatuhan terhadap pengobatan, penggunaan obat-obatan, diri sendiri mengalahkan pikiran, penolakan masalah, atau jika masalah yang timbul muncul dengan cara konstruktif (Sivec, 2017)

3. Kelebihan dari cognitive behavior therapy

CBT memiliki karakteristik yang didasarkan pada konsep kognitif yang muncul akibat dari reaksi emosional individu. Dari beberapa fakta ilmiah, menjelaskan bahwa sesuatu yang dipikirkan akan mempengaruhi munculnya perasaan dan perilaku. Artinya yang dapat mempengaruhi tindakan seorang individu bukanlah dari faktor eksternal, seperti lingkungan, melainkan faktor internal yakni dari diri individu sendiri. Dalam sebuah jurnal ilmiah menyebutkan bahwa ada beberapa kelebihan yang dimiliki CBT, diantaranya yaitu:

- a. Melatih seseorang untuk mampu mengubah pola pikirnya dalam rangka menghasilkan perilaku dan emosional yang lebih baik.
- b. Tidak membutuhkan waktu lama dalam mengintervensi konseli. Hal ini dikarenakan dalam penggunaan terapi ini menggunakan analisis fungsional yang didalamnya memerlukan seorang konselor dalam menentukan kelebihan dan kelemahan konseli, *skill training* pelatihan keahlian) serta *task assignmnet* (tugas-tugas yang bisa menginterpretasi kebiasaan individu ketika di rumah.
- c. Fokus terhadap *self-counseling* (melakukan konseling terhadap diri sendiri) untuk menghasilkan pikiran yang rasional dan tidak mudah terpengaruh oleh lingkungan sekitar.
- d. CBT didasarkan atas *scientific support* (dukungan ilmiah) terhadap respon yang berupa perilaku. Maka dari itu, terapi ini membantu konseli untuk belajar kembali (*relearn*) dalam hal merespon stimulus yang ada. Dengan demikian, konseli mampu untuk mengeliminasi respon yang kurang tepat untuk kemudian menentukan respon yang baik dan benar dalam menghadapi

4. Indikasi

Terapi kognitif dan perilaku diberikan kepada individu dengan gangguan klinis khusus seperti : depresi, ansietas, panik agrophobia, *social phobia*, bulimia, *Obsesive Compulsive Disorder (OCD)*, *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, psikosis, marah, distress HIV, masalah Cognitive Behavioral Therapy diterapkan untuk masalah keluarga, kelainan fungsi seksual, kerusakan personality (Nyumirah, 2012)

5. Perinsip Dalam Terapi Kognitif dan Perilaku

Intervensi perubahan perilaku menerapkan teori belajar untuk persoalan hidup dengan tujuan membantu orang mengatasi kesulitan dalam kehidupan klien. Kesulitan ini sering terjadi bersama dengan masalah kesehatan atau kondisi psikiatris. Perawat dalam menggunakan prinsip-prinsip berikut untuk memandu intervensi perubahan perilaku (Stuart, 2009 dalam Azizah, 2016) : semua perubahan adalah perubahan diri klien adalah peserta aktif dan agen utama perubahan, *self-efficacy* sangat penting, klien perlu merasa bahwa mereka mengendalikan kehidupan mereka sendiri dan menerima tanggung jawab atas upaya mereka, pendidikan hanya salah satu bagian dari proses perubahan, sebuah aliansi terapi membantu klien memulai dan mempertahankan perubahan, dimensi responsive dan tindakan tentang hubungan perawat dan klien adalah bahan penting untuk perubahan, harapan penting untuk semua intervensi yang efektif didasarkan untuk harapan positif dan harapan penuh bahwa kehidupan bisa lebih baik

6. Tahap Perubahan

Kesiapan untuk berubah terkait dengan motivasi seseorang atau apa yang disebut kesiapan sebagai motivasi. Perubahan perilaku terjadi secara bertahap dari waktu ke waktu (Stuart, 2009 dalam Nyumirah, 2012). Tahapan perubahan yaitu

a. *Precontemplation*

Pada tahap ini orang tidak berpikir bahwa mereka memiliki masalah, sehingga mereka tidak mungkin untuk mencari bantuan atau

partisipasi dalam pengobatan, klien dapat mempertimbangkan, menjelajahi dan atau melihat nilai dari manfaat perubahan.

b. Kontemplasi

Terapis dapat menciptakan lingkungan yang mendukung dimana klien dapat mempertimbangkan perubahan tanpa merasa tertekan untuk melakukannya, jika klien didorong untuk mengubah dalam fase ini mereka cenderung aktif menolak.

c. Persiapan

Pada tahap ini klien telah membuat keputusan untuk berubah dan menilai bagaimana keputusan yang terasa. Klien dapat dibantu untuk memilih tujuan pengobatan yang realistic dan cara yang berbeda untuk mencapai tujuan tersebut

d. Tindakan

Klien sekarang memiliki komitmen yang kuat untuk berubah dan telah mengidentifikasi rencana untuk masa depan. Klien harus memberikan dukungan emosional dan membantu dalam mengevaluasi dan memodifikasi rencana mereka dari tindakan yang akan sukses.

e. Pemeliharaan

Perubahan terus, dan fokus ditempat klien apa yang perlu dilakukan untuk mempertahankan atau mengkonsolidasi keuntungan. Setiap kambuh harus dilihat sebagai bagian dari proses perubahan dan bukan sebagai kegagalan.

f. Terminas

Didasarkan pada gagasan bahwa seseorang tidak akan terlibat dalam perilaku lama dalam kondisi apapun. Klien lebih mungkin untuk terlibat dalam mengubah perilaku ketika mereka dapat menilai kesiapan mereka untuk intervensi perubahan dan merencanakan perubahan yang sesuai

BAB III

METODE PENULISAN

A. Resume

Pengkajian dilakukan pada tanggal 23 Desember 2020 jam 09.00 dengan metode wawancara dan pengamatan tingkat laku klien. Dari hasil pengkajian di dapatkan hasil sebagai berikut, klien berinisial nama Ny. I berusia 35 tahun dengan jenis kelamin perempuan klien tinggal di jalan bung tomo, samarinda sebrang Ny. I beragama islam dan sudah menikah Ny. I tidak bekerja pendidikan terakhir klien SD, sebelum bercerai Ny. I tinggal bersama suaminya, sesudah bercerai Ny. I tinggal bersama kakaknya.

Pengkajian predisposisi di dapatkan klien tidak pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu dan tidak pernah dirawat di RSJ. Klien mengatakan belum pernah mengalami trauma dimasa lalu. Keluarga mengatakan awal mula klien dibawa ke RSJ semenjak suaminya pergi dengan wanita lain sekitar satu bulan lalu, klien tidak mau diajak bicara, kurang minat melakukan aktivitas, selalu mengatakan dirinya jelek dan mandul berulang kali. Klien sudah menikah sekitar 5 tahun namun tidak memiliki anak. Dari hasil pemeriksaan fisik klien didapatkan hasil tekanan darah klien 120/80 mmHg, nadi 86x/ menit, suhu 36,5C, pernafasan 20 x/menit, berat badan 56 kg da tinggi badan 155 cm

Berdasarkan pengkajian psikososial klien merupakan anak kedua dari dua bersaudara, klien tinggal bersama ayah dan kakaknya. Klien dibesarkan oleh kedua orangtuanya namun saat berusia 17 tahun ibu klien meninggal dunia karena sakit. Didalam keluarganya tidak ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Komunikasi dalam keluarga klien baik. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah ayah klien

Dari pengkajian konsep diri didapatkan hasil klien mengatakan bahwa dirinya jelek dan mandul, klien tidak puas terhadap dirinya sebagai perempuan karena tidak dapat memberikan keturunan kepada suaminya, Ny. I mengatatakan anak kedua dari 2 bersaudara, klien mengatakan ingin cepat

pulang ke rumah. Klien mengatakan merasa tidak dihargai oleh suaminya karena tidak dapat memberikan keturunan dan klien selalu merasa jelek.

Orang yang berarti menurut Ny. I adalah suami dan kakaknya. Klien mengatakan jarang berhubungan dengan orang lain dan lebih suka menyendiri. Klien tidak mau keluar rumah karena tidak percaya diri untuk bertemu dengan orang lain. Klien mengatakan sakit yang dideritanya merupakan sebagai ujian dari tuhan. Klien mengatakan selama dirumah sakit jarang melakukan sholat karena sulit kusyu.

Berdasarkan pengkajian status mental penampilan klien tidak rapi, rambut jarang disisir dan menggunakan baju rumah sakit. Selama berinteraksi nada berinteraksi klien lambat tidak mampu memulai pembicaraan klien hanya berbicara apa yang ditanyakan oleh perawat saja. Klien tampak lesu dan tidak melakukan aktivitas, klien terlihat sedih dan banyak menunduk klien kurang menunjukkan ekspresi dan hanya bereaksi jika ada stimulus emosi yang kuat. Respon selama wawancara klien tidak kooperatif kontak mata klien kurang dan tidak mau menatap mata perawat. Tidak ada tanda persepsi halusinasi pada klien saat dilakukan pengkajian. Kesadaran klien composmentis mampu mengenal tempat, waktu dan orang. Klien mampu mengingat kejadian masa lalu yang pernah dialami. Klien menyadari bahwa dirinya sakit dan harus minum obat dengan rutin agar cepat sembuh.

Dalam kebutuhan sehari-hari klien mengatakan mandi 2x sehari pagi dan sore hari dengan kualitas mandi bersih dan makan 2x sehari kadang 3x sehari sesuai keinginannya, BAB dan BAK klien dikamar mandi, istirahat teratur klien jarang tidur siang dan klien tidur malam mulai pukul 21.00 sampai dengan pukul 04.30. berdasarkan mekanisme koping klien klien memiliki koping adaptif yaitu apabila ada masalah klien menceritakan masalahnya kepada kakak atau ayahnya. Klien mendapatkan terapi medis *Fluoxetine* 2x 10 mg. *Citalopram* 2x 10mg.

B. Desain Penulisan

Metode yang digunakan dalam penulisan ini adalah *Literature review* dengan Design penulisan *systematic literature review* adalah cara sistematis untuk mengumpulkan, mengevaluasi secara kritis, mengintegrasikan dan menyajikan temuan dari berbagai studi penelitian pada pertanyaan penelitian atau topik yang menarik (Nursalam, 2020). Tujuannya adalah untuk melihat pengaruh terapi kognitif dan perilaku pada pasien dengan harga diri rendah.

C. Pencarian Literatur

Data yang diperoleh dalam penulisan KIAN literature review ini adalah data skunder yang diperoleh dari bukan pengalaman langsung, akan tetapi dari asil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti terdahulu, sumber data skunder yang didapat berupa atriikel atau jurnal yang relevan dengan topik yang dilakukan dengan menggunakan database melalui google scholar. Pencarian artikel atau jurnal menggunakan keyword yang digunakan untuk memperluas atau menspesifikkan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata kunci yang digunakan dalam penelitian ini yaitu “*cognitive behaviour therapy*” AND “*pasein dengan harga diri rendah*” AND “*skizofrenia*”

D. Batasan Waktu Publikasi

Temuan Jurnal yang digunakan dalam penelitian ini adalah dalam kurun waktu 10 tahun terakhir (2014-2020)

E. Kriteria Inklusi dan Ekslusi

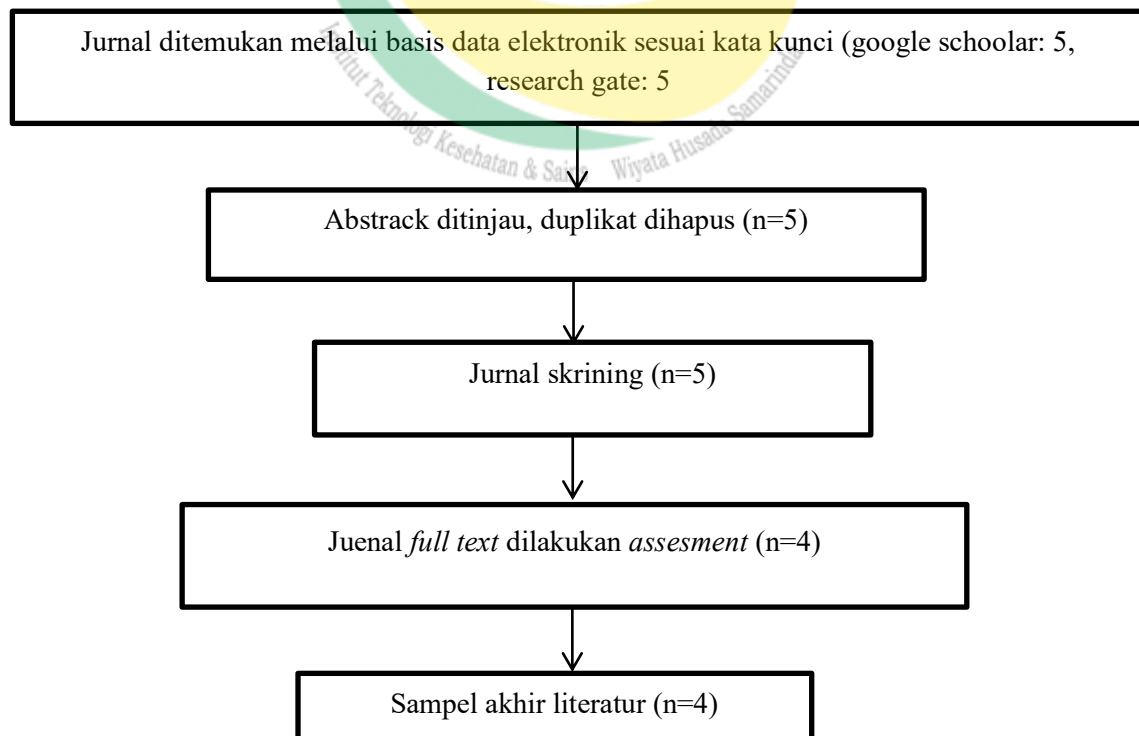
Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan penyaringan dengan berdasarkan kriteria inklusi dan eklusi yang ditentukan oleh penulis dari setiap jurnal yang akan diambil. Adapun kriteria inklusi dan eklusi pengumpulan jurnal dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel berikut

Tabel 3.2 Format PICOS

| <i>Picos Framework</i> | Inklusi | Ekslusi |
|--|---|--|
| Population | Studi yang berfokus pada pasien harga diri rendah yang bersedia dilakukan. Terapi behaviour therapy <i>Evidance review</i> jurnal publikasi internasional, tahun 2015-2020, paper berbahasa indonesia , | Studi yang tidak mengulas tentang terapi kognitif |
| Intervention/issue | Studi yang berfokus pada Terapi behaviour therapy | Studi yang tidak mengulas terapi kognitif |
| Comparations | <i>None</i> | <i>None</i> |
| Outcomes | Efektivitas pemberian terapi behaviour therapy | Tidak |
| Study design and publication type | <i>Random sampling, quasi-eksperimental,</i> | Tidak ada kriteria eksklusi pada <i>study design</i> |

F. Seleksi Studi dan Penelitian Kualitas

Skema 3.3 seleksi dan penelitian kualitas



BAB IV

HASIL PENULISAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penulisan

Berdasarkan pencarian yang dilakukan secara sistematis oleh penulis melalui data skunder, penulisan tentang *cognitive behavior therapy* pada pasien dengan harga diri rendah. Berbagai temuan jurnal yang penulis lakukan dengan pencarian database adalah menggunakan kata kunci yang spesifik, tidak menggunakan kata kunci yang panjang, tidak salah menuliskan kata istilah dengan kata istilah internasional. Maka istilah yang digunakan yang terkait dengan metode pengumpulan data dengan mencari dan menggali dari literatur terkait dengan apa yang dilakukan dalam rumusan masalah.

Dari 5 artikel, artikel yang dikeluarkan dengan alasan tidak sejalan dengan tujuan penulisan yaitu 1 artikel sehingga ada 4 artikel yang dianalisis. Total artikel yang dilakukan *assesment* adalah 4 artikel *full text* yang di peroleh dari strategi pencarian evaluasi dan diseleksi melalui kriteria inklusi. Berdasarkan analisis pada artikel isolasi sosial diambil materi pembahasannya dimana sesuai dengan kriteria inklusi lalu ketiga artikel lainnya digunakan untuk menelaah tentang terapi kognitif dan perilaku pada pasien dengan harga diri rendah.

B. Analisis jurnal

| No | Penulis | Judul | Desain | Responden | Prosedur Penelitian | Hasil |
|----|--|--|---------------------------------------|--------------|---|---|
| 1. | Septirin Rahayu, Mustikasari, Novy H C Daulima. Dkk (2019) | <i>Perubahan Tanda Gejala dan Kemampuan Pasien Harga Diri Rendah Kronis Setelah Latihan Terapi Kognitif dan Psiko edukasi Keluarga</i> | Studi kasus observasi onal deskriptif | 20 responden | Pasien yang mendapatkan terapi kognitif sebanyak 20 orang, pelaksanaan sesi satu sampai empat tuntas dilakukan dengan rata-rata 3 sampai 4 kali pertemuan | Hasil dari penelitian ini adalah proses output setelah pasien mendapatkan terapi kognitif menunjukkan perubahan tanda dan gejala positif pada respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosialnya dimana kelima aspek tersebut mengalami penurunan secara signifikan |

| | | | | | | |
|----|---|--|---|--------------|--|--|
| 2. | Heppi Sasmita Budi Anna Keliat Budiharto (2016) | <i>Peningkatan Kemampuan Kognitif dan Prilaku Pada Klien Dengan Harga Diri Rendah Melalui Cognitive Behavior Therapy</i> | Quasi Eksperimen dengan penerapan Cognitive behaviour therapy dengan pendekatan pre-post test | 29 responden | Pre-post test | Hasil penelitian menunjukkan <i>cognitive behaviour therapy</i> meningkatkan kemampuan kognitif sebesar 29,3% dan kemampuan prilaku sebesar 22,4%. Penelitian ini merekomendasikan CBT sebagai salah satu terapi spesialis pada klien skizofrenia dengan masalah harga diri rendah |
| 3. | Rani Kawati Damanik, Jek Amidos Perdede, LicyWarman Manalu (2020) | <i>Terapi Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi Pasien Skizofrenia dengan Isolasi Sosial</i> | Quasi Eksperimental one group pre-post test design | 22 responden | Menggunakan standar operasional prosedur (SOP) | Diperoleh hasil; $p\text{ value}=0,001$ sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh terapi kognitif terhadap kemampuan berinteraksi pasien skizofrenia dengan |

| | | | | | |
|----|---|---|--------------|-------------|---|
| | | | | | masalah isolasi sosial |
| 4. | Freda McManus Polly Waite Roz Shafran (2009) | <i>Cognitive Behavior Therapy for Law Self Estemm: A Case Example</i> | 23 responden | Study Kasus | Hasil penelitian ini adalah setelah diberikan terapi kognitif dan perilaku selama 12 sesi selama 6 bulan perawatan menunjukkan perubahan yang besar pada pasien dengan depresi dan gangguan kecemasan |



C. Pembahasan

Gangguan harga diri atau biasa disebut dengan harga diri rendah merupakan suatu persepsi atau pemahaman yang salah yang bersifat negatif terhadap diri sendiri, ditandai dengan hilangnya kepercayaan diri dan merasa gagal dalam mencapai keinginan. Harga diri rendah adalah suatu pemikiran dan perasaan negatif terhadap diri sendiri sehingga penderita merasakan hilangnya percaya diri dan harga diri (Hermawan, et al., 2015)

Cognitive behavior therapy (CBT) merupakan salah satu pendekatan psikoterapi yang paling banyak diterapkan dan telah terbukti efektif dalam mengatasi berbagai gangguan, termasuk kecemasan dan depresi. Asumsi yang mendasari cognitive behaviour therapy terutama pada kasus depresi yaitu bahwa gangguan emosional yang berasal dari distorsi (menyimpang) dalam berpikir. Perbaikan dalam keadaan emosinya hanya dapat berlangsung lama kalau dicapai perubahan pola pola berpikir selama proses terapi. Demikian pula pada pasien pola berpikir yang maladaptive (disfungsi kognitif) dan gangguan perilaku. Dengan memahamo dan merubah pola tersebut, pasien diharapkan mampu melakukan perubahan cara berpikir dan mampu mengendalikan gejala-gejala dari gangguan yang dialami (Oemarjoedi, 2003).

Dalam proses ini, beberapa ahli *Cognitive Behaviour Therapy* memiliki pendapat bahwa masa lalu tidak perlu menjadi fokus penting dalam terapi, karenanya *Cognitive Behaviour Therapy* lebih banyak nekerja pada status kognitif masa kini untuk dirubah dari negatif menjadi positif. Sementara sebagian ahli lain berusaha menghargai masa lalu sebagai bagian dari hidup klien dan mencoba membuat klien menerima masa lalunya, untuk tetap melakukan perubahan pada pola pikir masa kini demi mencapai perubahan untuk masa yang akan datang (Oemarjoedi, 2003).

Terapi kognitif behavior adalah terapi yang mempergunakan gabungan antara tiga pendekatan yaitu biomedik, intrapsikik dan lingkungan. Dalam melakukan terapi dengan teknik ini banyak mempergunakan prosedur dasar untuk melakukan perubahan kognitif dan perilaku, misal seperti: pengamatan diri, kontrak dengan diri sendiri, dan artian lebih luas teknik ini mengajarkan keterampilan kepada klien dalam menghadapi suasana yang menimbulkan

kegoncangan dikemudian hari. Terapi ini didasarkan pada teori bahwa efek keadaan emosi, perasaan dan tindakan seseorang, sebagian besar ditentukan oleh bagaimana seseorang tersebut membentuk dunianya, jadi bagaimana seseorang berfikir, menentukan bagaimana perasaan dan reaksinya. Pikiran seseorang memberikan gambaran tentang rangkaian kejadian didalam kesadarannya.

Dari pemaparan diatas peneliti berasumsi bahwa terapi *cognitive behavior therapy* mampu meningkatkan secara bermakna kemampuan kognitif dan perilaku klien dengan harga diri rendah. Hal ini disebabkan karena *cognitive behavior therapy* merupakan salah satu psiko terapi yang dapat meningkatkan harga diri klien. Peningkatan kemampuan kognitif sesuai perencanaannya yaitu selama 5 minggu sehingga hasil yang diperoleh mencapai nilai optimal. Meningkatnya rata-rata harga diri berdasarkan kemampuan kognitif dan perilaku klien yang mendapatkan *cognitive behavior therapy* diberi informasi dan dilatih merubah pikiran negatif menjadi positif dan perilaku menjadi adaptif.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Cognitive Behaviour Therapy (CBT) meningkatkan secara bermakna kemampuan kognitif dan perilaku pada pasien dengan harga diri rendah meningkatnya kemampuan pasien untuk melawan fikiran negatif, sehingga pasien dapat menunjukkan kelebihan positif dirinya dan berdampak pada aktivitas sehari-hari selama menjalani perawatan di rumah sakit. Hal tersebut tidak lepas dari kemampuan perawat memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif sebagai pemberi terapi kognitif dan perilaku yang memberikan perubahan kearah yang adaptif. Selain itu rumah sakit sebagai lembaga yang memberikan layanan kesehatan dapat bekerjasama dengan puskesmas dan perawat spesialis jiwa untuk menindak lanjuti perawatan pasien di rumah setelah pasien pulang dari rumah sakit.

B. Saran

1. Bagi Institusi Teknologi Kesehatan (ITKES) Wiyata Husada Samarinda Hasil penelitian ini diharapkan menjadi tambahan literatur bagi ITKES wiyata husada khususnya mengenai pengaruh *cognitive behavior therapy* terhadap peningkatan harga diri pasien dengan harga diri rendah.
2. Bagi Mahasiswa Hasil penelitian ini diharapkan menjadi acuan bagi peneliti selanjutnya khususnya yang berkaitan dengan *cognitive behavior therapy*

DAFTAR PUSTAKA

- Damayanti, I. &. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Direja. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia*.
- Fitria, N. (2009). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fitria, N. (2013). *Laporan Pendahuluan Tentang Masalah Psikososial*. Jakarta: Salemba Medika.
- Keliat, A. B. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A., & Akemat. (2007). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Oemarjoedi, K. (2003). *Pendekatan Cognitive Behavior Therapy*. Jakarta: Kreatif Media.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Purwaningsih, W., & Karlina, I. (2010). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Stuart, G. W. (2013). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing* (10 ed ed.). Mosby: Missouri.

Umar Yusuf, R. L. (2013, Desember). Efektivitas Kognitive Behavior Therapy Terhadap Penurunan Derajat Stres. *Jurnal Mimbar*, Vol 29 No 2, 2-3.



LAMPIRAN



Lampiran 1

BIODATA PENELITI



A. Biodata Pribadi

1. Nama : Dwi Ayu Ramadani
2. Tempat Tanggal Lahir : Samarnda, 29 Januari 1997
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Warga Negara : Indonesia
5. Agama : Islam
6. Alamat : Kombeng Indah Kecamatan Kombeng, KUTIM
7. Email : dwiayu296@gmail.com
8. No Hp. : 082253551215
9. Program Studi : Profesi Ners
10. Nim : P1908142
11. Judul KIAN : Pengaruh *cognitive behavior therapy* pada pasien dengan harga diri rendah
12. Dosen pembimbing : Ns. Siti Kholifa.,M.Kep

B. Riwayat Pendidikan

1. SD : Sekolah Dasar Negeri 007 Kombeng Indah
2. SMP : MTs Mangku Alam
3. SMA : Sekolah Menengah Atas Negeri 1 Muara Wahau
4. SI : Stikes Wiyata Husada Samarinda

LAMPIRAN 2

**FORMULIR PENGKAJIAN
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA
STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA**

Ruang rawat : Ruang Lily Tanggal dirawat : 17Desember 2020

I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : Ny. I (L/P)

Tanggal Pengkajian: 23 Desember 2020

Umur : 35 Tahun

No. Rekam Medik : 001998

Informan : klien dan keluarga

II. ALASAN MASUK

Kakak klien membawa klien masuk ke IGD RSJ karena saat dirumah klien tidak mau diajak bicara, kurang minat melakukan aktivitas, selalu mengatakn dirinya jelek dan mandul.

III. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ? Ya

Tidak

2. Pengobatan sebelumnya :

Berhasil

Kurang Berhasil

Tidak Berhasil

3.

| | | | |
|--|---------------|--------------|-------|
| | Pelaku / Usia | Korban /Usia | Saksi |
|--|---------------|--------------|-------|

/ Usia

Aniaya fisik

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Aniaya seksual

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Penolakan

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Kekerasan dalam keluarga

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Tindak kriminal

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Jelaskan No 1, 2, 3 : suami klien pergi dengan wanita lain sejak satu bulan yang lalu

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan proses keluarga.
3. Respons pascatrauma.
4. Risiko tinggi kekerasan.

4. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa?

Ya Tidak

Hubungan keluarga

Gejala

Riwayat

Pengobatan/Perawatan

Tidak ada

Tidak ada

tidak ada

Masalah Keperawatan:

1. Koping keluarga inefektif: ketidakmampuan koping.
2. Koping keluarga inefektif: gangguan koping.
3. Potensial untuk pertumbuhan koping keluarga.

5. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan : Klien mengatakan sudah menikah selama 5 tahun namun tidak kunjung memiliki anak. Dan satu bulan yang lalu suami klien pergi dengan wanita lain

Masalah Keperawatan:

1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan.
2. Perubahan proses keluarga.
3. Respons pascatrauma.

IV. FISIK

1. Tanda Vital TD : 120/80 N : 86x/m S : 36,5 °C P : 20x/m

2. Ukuran TB : 155 BB : 56 Kg

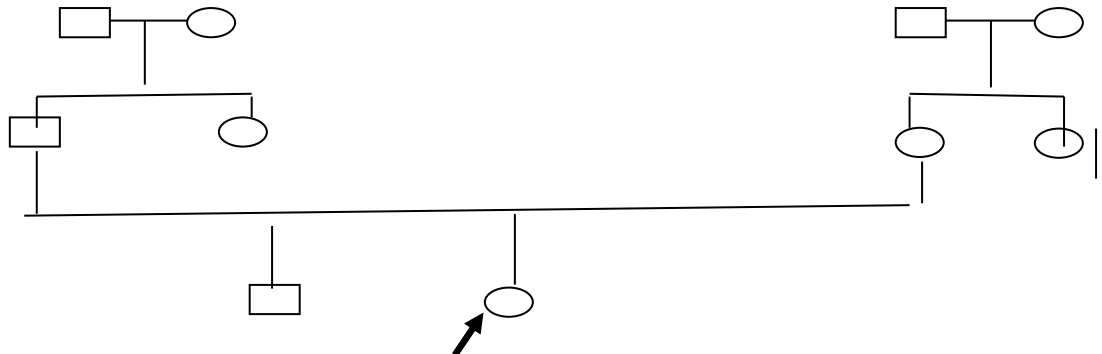
3. Keluhan Fisik : Pasien tidak memiliki keluhan fisik

Jelaskan :

| | |
|---|--|
| <p>Masalah Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko tinggi perubahan suhu tubuh. 2. Hipotermia. 3. Hipertermia. 4. Defisit volume cairan. 5. Kelebihan volume cairan. 6. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh. | <ol style="list-style-type: none"> 7. Perubahan nutrisi: lebih dari kebutuhan tubuh. 8. Perubahan nutrisi: potensial lebih dari kebutuhan tubuh. 9. Kerusakan menelan. 10. Perubahan eliminasi feses. 11. Perubahan pola eliminasi urine. |
|---|--|

V. PSIKOSOSIAL

1. Genogram



Keterangan : ○ : Perempuan

□ : Laki-laki

⊗ ⊠ : Meninggal

↗ : Klien

..... : Tinggal serumah

Jelaskan : klien merupakan anak ke dua dari dua bersaudara

Masalah Keperawatan:

1. Koping keluarga inefektif: ketidakmampuan koping.
2. Koping keluarga inefektif: gangguan koping.
3. Potensial untuk pertumbuhan koping keluarga.

2. Konsep diri

- a. Citra tubuh : Klien selalu mengatakan bahwa dirinya jelek dan mandul
- b. Identitas : Klien tidak puas terhadap dirinya sebagai perempuan karena tidak dapat memberikan keturunan kepada suaminya
- c. Peran : Klien merupakan anak ke 2 dari dua bersaudara
- d. Ideal diri : Klien mengatakan ingin cepat pulang kerumah
- e. Harga diri : Klien mengatakan merasa tidak dihargai oleh suaminya karena tidak dapat memberikan keturunan dan klien selalu merasa jelek

3. Hubungan sosial

- a. Orang terdekat : orang terdekat klien adalah suami dan kakaknya.
- b. Peran serta dalam kegiatan kelompok / masyarakat : klien mengatakan jarang berhubungan dengan orang lain dan lebih suka menyendiri
- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain : klien mengatakan tidak suka berinteraksi dengan orang lain

Masalah Keperawatan:

1. Kerusakan komunikasi.
2. Perubahan kinerja peran.
3. Kerusakan interaksi sosial.

4. Spritual

- a. Nilai dan keyakinan : klien mengatakan sakit yang dideritanya merupakan ujian dari tuhan
- b. Kegiatan ibadah : klien mengatakan selama dirumah sakit jarang melakukan sholat karena sulit kusyu

VI. STATUS MENTAL

1. Penampilan

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tidak Rapi berpakaian | <input type="checkbox"/> Penggunaan pakaian tidak sesuai | <input type="checkbox"/> Cara tidak seperti biasa |
|--|--|---|

Jelaskan : Penampilan tidak rapi, rambut jarang disisir, menggunakan baju rumah sakit

Masalah Keperawatan:

1. Risiko tinggi perubahan fungsi pernapasan.

2. Pembicaraan

- | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cepat | <input type="checkbox"/> Keras | <input type="checkbox"/> Gagap | <input type="checkbox"/> Inkoheren |
| <input type="checkbox"/> Apatis | <input type="checkbox"/> Lambat | <input type="checkbox"/> Membisu | <input type="checkbox"/> Tidak mampu memulai pembicaraan |

Masalah Keperawatan:

1. Kerusakan komunikasi

Jelaskan : klien berbicara lambat tetapi sampai pada tujuan

3. Aktivitas motorik

- | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lesu | <input type="checkbox"/> Tegang | <input type="checkbox"/> Gelisah | <input type="checkbox"/> Agitasi |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

- Tik Grimasen Tremor Kompulsif

Masalah Keperawatan:

1. Risiko tinggi terhadap cedera.
2. Intoleransi aktivitas.
3. Kerusakan penatalaksanaan pemeliharaan rumah

Jelaskan : klien terlihat lesu dan tidak melakukan aktivitas

4. Alam perasaan

- Sedih Ketakutan Putus Asa
 Khawatir Gembira Berlebihan

Jelaskan : Klien berekspresi sedih banyak menunduk

Masalah Keperawatan:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko tinggi terhadap cedera. 2. Ansietas. 3. Ketakutan | <ol style="list-style-type: none"> 4. Ketidakberdayaan. 5. Ketidakmampuan. 6. Risiko tinggi membahayakan diri. |
|---|---|

5. Afek

- Datar Tumpul Labil Tidak sesuai

Jelaskan : klien kurang menunjukkan ekspresi dan hanya bereaksi jika ada stimulus emosi yang kuat

Masalah Keperawatan:

1. Risiko tinggi terhadap cedera.
2. Kerusakan komunikasi.
3. Perubahan peran.

6. Interaksi selama wawancara

- Bermusuhan Tidak Kooperatif Mudah Tersinggung

Jelaskan : kontak mata klien kurang dan tidak mau menatap mata perawat

Masalah Keperawatan:

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan komunikasi. 2. Perubahan peran. | <ol style="list-style-type: none"> 3. Kerusakan interaksi sosial. 4. Risiko tinggi membahayakan diri. 5. Risiko tinggi kekerasan. |
|---|--|

1. Penatalaksanaan regimen terapeutik inefektif.
2. Risiko tinggi ketidakpatuhan.
3. Perubahan proses pikir.

VII. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Kemampuan pasien memenuhi/menyediakan kebutuhannya:
 - a. Makan total Bantuan minimal Bantuan total
 - b. Keamanan total Bantuan minimal Bantuan total
 - c. Tempat tinggal total Bantuan minimal Bantuan total
 - d. Perawatan kesehatan total Bantuan minimal Bantuan total
 - e. Pakaian total Bantuan minimal Bantuan total
 - f. Transportasi total Bantuan minimal Bantuan total
 - g. Uang total Bantuan minimal Bantuan total
2. Kegiatan hidup sehari-hari
 - a. Perawatan diri :

| | Bantuan minimal | Bantuan total |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| Mandi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| BAB/BAK | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kebersihan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ganti pakaian | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Makan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
 - b. Nutrisi
 - Apakah Anda puas dengan pola makan Anda? Ya _____ Tidak _____
 - Apakah Anda memisahkan diri? Ya
Jika ya, jelaskan alasannya: pasien mengatakan malu dandidak dihargai
 - Frekuensi makan per hari : 3 kali
 - Frekuensi kudapan per hari: 2-3 kali
 - Nafsu makan Ya _____ Tidak _____
 - Diet Khusus Ya _____ Tidak _____
 - c. Istirahat dan tidur
 - Apakah ada masalah? Ya _____ Tidak _____
 - Apakah Anda merasa segar setelah bangun tidur? Ya _____ Tidak _____
 - Apakah ada kebiasaan tidur siang? Ya _____ Tidak _____
 - Apa yang menolong anda untuk tidur minum obat
 - Waktu tidur malam, jam: 22.00 Waktu bangun, jam: 05.30

- Beri tanda “✓” sesuai dengan keadaan pasien:
 - Sulit untuk tidur
 - Bangun terlalu pagi
 - Somnabulisme
 - Terbangun saat tidur
 - Gelisah saat tidur
 - Berbicara dalam tidur
3. Kemampuan pasien dalam:
- Mengantisipasi kebutuhan sendiri Ya _____ Tidak _____
 - Membuat keputusan berdasarkan keinginan sendiri Ya _____ Tidak _____
 - Mengatur penggunaan obat Ya _____ Tidak _____
 - Melakukan pemeriksaan kesehatan (*follow up*) Ya _____ Tidak _____
4. Pasien memiliki sistem pendukung :
- Keluarga Ya _____ Tidak _____
- Profesional/terapis Ya _____ Tidak _____
- Teman sejawat Ya _____ Tidak _____
- Kelompok sosial Ya _____ Tidak _____
5. Apakah pasien menikmati saat bekerja, kegiatan yang menghasilkan atau hobi Ya _____ Tidak _____

VIII. MEKANISME KOPING

| Adaptif | Maladaptif |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bicara dengan orang lain | <input type="checkbox"/> Minum alkohol |
| <input type="checkbox"/> Mampu menyelesaikan masalah | <input type="checkbox"/> Reaksi lambat/berlebihan |
| <input type="checkbox"/> Teknik relaksasi | <input type="checkbox"/> Bekerja berlebihan |
| <input type="checkbox"/> Aktivitas konstruktif | <input type="checkbox"/> Menghindar |
| <input type="checkbox"/> Olah raga | <input type="checkbox"/> Mencederai diri |
| <input type="checkbox"/> Lainnya | <input type="checkbox"/> Lainnya |

IX. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- Masalah dengan dukungan kelompok, uraikan
Tidak ada
- Masalah berhubungan dengan lingkungan, uraikan
Tidak ada, klien lebih suka menyendiri
- Masalah dengan pendidikan, uraikan
Tidak ada
- Masalah dengan pekerjaan, uraikan
Tidak ada
- Masalah dengan perumahan, uraikan

- Tidak ada
- Masalah dengan ekonomi, uraikan
Tidak ada
- Masalah dengan pelayanan kesehatan, uraikan
Tidak ada
- Masalah lainnya, uraikan

| | |
|--|---|
| <p>Masalah Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan. 2. Perilaku mencari bantuan kesehatan. 3. Perubahan pola eliminasi urine. 4. Ketidakberdayaan. | <p>akmampuan. guan konsep diri. lik peran orang tua oma stres relokasi.</p> |
|--|---|

X. KURANG PENGETAHUAN TENTANG :

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Penyakit jiwa <input type="checkbox"/> Pendukung <input type="checkbox"/> Faktor presipitasi <input type="checkbox"/> Koping Lainnya | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sistem <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penyakit fisik Obat - obatan |
|---|---|

Masalah Keperawatan : Kurang pengetahuan tentang penyakit jiwa

XI. ASPEK MEDIK

Diagnosis medik : Depresi

Terapi medik : Fluoxetine 2x 10 mg

Citalopram 2x 10 mg

XII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

Pohon masalah



XIII. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Harga Diri Rendah
2. Isolasi sosial

Samarinda, Desember 2020

Mahasiswa

Dwi Ayu Ramadani



ANALISA DATA

| NO | Data Subyektif & Data Obyektif | Kemungkinan penyebab | Masalah |
|----|---|---|--------------------------|
| 1 | <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan merasa dirinya tidak berguna sebagai perempuan karena tidak dapat memberikan keturunan kepada suaminya 2. Klien mengatakan lebih suka menyendiri <p>Do.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berbicara pelan dan lambat 2. Klien selalu mengatakan dirinya jelek dan mandul | Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan | Harga diri rendah kronis |

| | | | |
|---|--|-------------------------|----------------|
| 2 | <p>Ds</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ds Klien mengatakan kurang minat melakukan aktivitas 1 bulan yang lalu 2. Klien mengatakan lebih suka menyendiri <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menghindari kontak mata dengan perawat 2. Klien tidur dengan posisi janin 3. Klien tidak mau diajak berbicara | Perubahan status mental | Isolasi sosial |
|---|--|-------------------------|----------------|



Intervensi Keperawatan

Tabel 3.1 Intervensi Keperawatan

| Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Intervensi |
|--|---|---|
| <p>Harga Diri Rendah Kronis (D.0086) Definisi : Evaluasi dan perasaan negative terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya, yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus</p> <p>Penyebab: Ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan</p> <p>Gejala dan tanda mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menilai diri negatif (merasa jelek dan mandul) • Merasa tidak mampu melakukan apapun • Merasa tidak memiliki kelebihan atau kemampuan positif postur tubuh menunduk <p>Gejala dan tanda minor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontak mata kurang • Lesu tidak bergairah • Berbicara pelan dan lirih | <p>Harga Diri (L.09069)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penilaian diri positif (cukup meningkat) 2. Perasaan memiliki kelebihan atau kemampuan positif (cukup meningkat) 3. Penerimaan penilaian positif terhadap diri (cukup meningkat) 4. Berjalan menampakan wajah (cukup meningkat) 5. Postur tubuh menampakan wajah (cukup meningkat) 6. Konsentrasi (cukup meningkat) 7. Keputusasaan (cukup meningkat) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. : menurun 2. : cukup menurun 3. : sedang 4. : cukup meningkat 5. : meningkat | <p>Manajemen Perilaku (I.12463)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi harapan untuk mengendalikan perilaku <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tanggung jawab terhadap perilaku 2. Ciptakan dan perhatikan lingkungan dan kegiatan perawatan konsisten setiap dinas 3. Tingkatkan aktivitas fisik sesuai keinginan 4. Bicara dengan nada rendah 5. Lakukan kegiatan pengalihan terhadap sumber agitas 6. Cegah perilaku pasif dan agresif 7. Hindari sikap menyudutkan dan menghentikan pembicaraan 8. Hindari sikap mengancam dan berdebat <p>Edukasi</p> <p>Informasikan keluarga bahwa keluarga sebagai dasar pembentukan kognitif</p> |
| <p>Isolasi Sosial (D.0121) Definisi : Ketidakmampuan untuk membina hubungan yang erat, hangat terbuka dan interdependen dengan orang lain</p> <p>Penyebab: perubahan status mental</p> <p>Gejala tanda mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menarik diri • Tidak berminat/menolak | <p>Keterlibatan sosial (L.13115)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minat interaksi (cukup meningkat) 2. Minat terhadap aktivitas (cukup meningkat) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat | <p>Terapi Aktivitas (I.05186)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan 4. Monitor respon emosional, fisik, sosial dan |

| | | |
|---|---|--|
| <p>berinteraksi dengan orang lain atau lingkungan</p> <p>Gejala tanda minor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Merasa berbeda dengan orang lain • Afek datar • Riwayat ditolak • Tidak mampu memenuhi harapan orang lain • Tidak ada kontak mata | <ol style="list-style-type: none"> 3. Verbalisasi isolasi (cukup menurun) 4. Verbalisasi ketidaknyamanan di tempat umum (cukup menurun) 5. Afek murung/sedih (cukup menurun) 6. Perilaku bermusuhan (cukup menurun) <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. menurun | <p>spiritual terhadap aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi fokus pada kemampuan bukan defisit yang dialami 2. Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai kemampuan 3. Libatkan keluarga dalam aktivitas 4. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi 2. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas 3. Rujuk pada pusat dan program aktivitas komunitas. |
|---|---|--|



LAMPIRAN 3

SAP Terapi Kognitif dan Prilaku Berpikir Positif

a. Sesi 1 Penangkapan Pikiran

1. **Tujuan** : Penangkapan pikiran merupakan salah satu teknik terapi kognitif yang merupakan tahap pertama, dimana perawat mengkaji isi atau bentuk pikiran yang merusak atau menyimpang. Tujuan dilakukan penangkapan pikiran yaitu untuk mengidentifikasi isi atau bentuk pikiran yang menyimpang serta menentukan isi atau bentuk pikiran menyimpang yang akan diintervensikan pada tahap berikutnya. Alat yang digunakan yaitu kursi sebagai tempat duduk klien dan perawat

2. Langkah Kegiatan

- a) Tahap pre orientasi
 1. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
- b) Tahap Orientasi
 1. Salam terapeutic
 2. Menanyakan perasaan klien saat ini
 3. Menanyakan kesiapan klien untuk dilakukan terapi
 4. Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan
 5. Terapis menjelaskan prosedur terapi sekaligus memperagakan
 6. Memberi kesempatan kepada klien untuk BAB/BAK
- c) Tahap kerja
 1. Anjurkan klien untuk duduk pada kursi yang sudah disediakan.
 2. Menanyakan keluhan utama klien dan tanggapinya
 3. Jelaskan, bagaimana kaitan antara pikiran-perasaan dengan perilaku (perilaku yang ingin dihilangkan)
 4. Identifikasi pikiran-pikiran negatif klien dan meminta klien menjelaskan bagaimana respon klien terhadap perasaan-pikiran negatif yang ada pada dirinya.
 5. Bantu klien mengenali distorsi kognitifnya. Catat pada lembar yang tersedia.
 6. Sepakati distorsi kognitif yang akan diintervensi, minta respon klien

d) Tahap terminasi

1. Evaluasi

- 1) Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti terapi berpikir positif.
- 2) Terapis memberikan kesimpulan dan *support* (telah melakukan dengan baik).
- 3) Terapi memberikan pujian atas keberhasilan klien

2. Rencana tindak lanjut

Menganjurkan klien untuk menyampaikan keluhan yang belum disampaikan

3. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyetujui kegiatan selanjutnya yaitu terapi kognitif perilaku: uji realitas.
- 2) Menyetujui waktu dan tempat

4. Salam terapeutik

b. Sesi 2: Uji Realitas

1. **Tujuan:** Uji realitas adalah salah satu teknik terapi kognitif yang merupakan tahap kedua, dimana perawat menguji distorsi kognitif klien yang telah didapat pada tahap pertama, sampai benar-benar logis dan rasional. Tujuan dari dilakukan uji realitas adalah untuk menetapkan distorsi kognitif klien secara logis-rasional sehingga tercapainya kata akhir, bahwa klien benar benar ingin menghilangkan distorsi kognitif tersebut

2. Tahap Kerja

a) Tahap Preorientasi

Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

b) Tahap orientasi

- 1) Salam terapeutik
- 2) Menanyakan perasaan klien saat ini.
- 3) Menanyakan kesiapan klien untuk dilakukan terapi
- 4) Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan.
- 5) Terapis menjelaskan prosedur terapi sekaligus memperagakan.

- 6) Memberikan kesempatan pada klien untuk BAB/BAK (jika perlu).

c) Tahap Kerja

- 1) Validasi distorsi kognitif yang telah disepakati untuk diintervensi
- 2) Menanyakan pada klien mengenai bukti-bukti yang mendukung distorsi kognitif atau keuntungan apa yang didapatkannya.
- 3) Hadirkan atau tanyakan kepada klien mengenai bukti bukti yang melemahkan atau konsekuensi yang didapatkan dari distorsi kognitifnya
- 4) Minta respon klien

d) Tahap terminasi

- 1) Evaluasi
 1. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti terapi berpikir positif
 2. Terapis memberikan kesimpulan dan *support* (telah melakukan dengan baik).
 3. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan klien.
- 2) Rencana tindak lanjut

Meminta klien untuk belajar melakukan terapi tersebut
- 3) Kontrak yang akan datang
 1. Menyepakati kegiatan selanjutnya yaitu terapi kognitif penghentian pikiran
 2. Menyepakati waktu dan tempat
- 4) Salam terapeutik
- 5)

c. Sesi 3: penghentian pikiran

1. Tujuan: Merupakan strategi modifikasi keyakinan sikap yang mempengaruhi perasaan dan perilaku klien untuk dapat menghentikan pikiran negatifnya. Tujuan dilakukan penghentian pikiran yaitu agar klien terbebas dari pikiran yang menyimpang. Alat yang perlu dipersiapkan yaitu kursi yang ada sandaran kepala dan tangan (1 perawat- 1 pasien)
2. Langkah Kegiatan
 - a) Tahap preorientasi

Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

b) Tahap orientasi

- 1) Salam terapeutik
- 2) Menanyakan perasaan klien saat ini.
- 3) Menanyakan kesiapan klien untuk dilakukan terapi
- 4) Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan.
- 5) Terapis menjelaskan prosedur terapi sekaligus memperagakan.
- 6) Memberikan kesempatan pada klien untuk BAB/BAK (jika perlu)

c) Tahap kerja

Membimbing klien melakukan latihan penghentian pikiran

- 1) Abjurkan tubuh klien dan semua anggota badan termasuk kepala untuk bersandar pada kursi senyaman mungkin
- 2) Anjurkan klien untuk tutup mata.
- 3) Ambil nafas melalui hidung (secukupnya) tahan sebentar, keluarkan melalui mulut perlahan-lahan (Lakukan sampai merasa tenang).
- 4) Minta klien untuk menghadirkan dan mengatakan mengenai pikiran-pikiran yang tidak menyenangkan/menyakitkan. Perhatikan responnya
- 5) Minta pasien untuk mengatakan pada dirinya "STOP!" (Dengan penuh kesungguhan).
- 6) Buka mata

d) Tahap terminasi

- 1) Evaluasi
 1. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti terapi berpikir positif
 2. Terapis memberikan kesimpulan dan *support* (telah melakukan dengan baik).
 3. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan klien
- 2) Rencana tindak lanjut

Menganjurkan klien untuk belajar melakukan terapi tersebut
- 3) Kontrak yang akan datang

1. Menyetujui terapi selanjutnya yaitu terapi kognitif perilaku pengganti pikiran
2. Menyetujui waktu dan tempat
- 4) Salam terapeutik

d. Sesi 4: mengganti pikiran

1. **Tujuan:** Terapi kognitif : mengganti pikiran adalah satu teknik terapi kognitif perilaku yang dilakukan perawat untuk membantu pasien menghentikan pikiran negatifnya. Tujuan dari terapi kognitif ini adalah untuk membantu klien dalam mengidentifikasi, menganalisis dan menentang pikiran negatif klien. memodifikasi proses pemikiran yang salah dengan membantu klien mengubah cara berfikir atau mengembangkan pola pikir yang rasional, membantu menargetkan proses berfikir serta perilaku yang menyebabkan dan mempertahankan panic dan kecemasan. Persiapan alat yang digunakan kursi yang ada sandaran kepala dan tangan

2. Langkah kegiatan

a) Tahap preorientasi

Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

b) Tahap orientasi

- 1) Salam terapeutik
- 2) Menanyakan perasaan klien saat ini.
- 3) Menanyakan kesiapan klien untuk dilakukan terapi
- 4) Terapis menjelaskan tujuan kegiatan yang akan dilaksanakan.
- 5) Terapis menjelaskan prosedur terapi sekaligus memperagakan.
- 6) Memberikan kesempatan pada klien untuk BAB/BAK (jika perlu)

c) Tahap kerja

Membimbing klien dalam melakukan terapi berpikir positif

- 1) Anjurkan klien untuk duduk pada kursi yang telah disediakan
- 2) Menanyakan keluhan utama klien dan tanggapinya
- 3) Identifikasi pikiran-pikiran negatif klien dan meminta klien menjelaskan bagaimana respon klien terhadap perasaan-pikiran negatif yang ada pada dirinya.

- 4) Bantu klien mengenali distorsi/penyimpangan pemikiran dan perasaannya dengan cara mengurutkan masalah-masalah yang ringan terlebih dahulu.
 - 5) Menanyakan pada klien mengenai bukti-bukti yang mendukung distorsi kognitif atau keuntungan apa yang didapatkannya.
 - 6) Hadirkan atau tanyakan kepada klien mengenai bukti bukti yang melemahkan atau konsekuensi yang didapatkan dari distorsi kognitifnya.
 - 7) Meminta klien untuk membuat kesepakatan dalam merubah persepsi terhadap situasi atau perilaku yang dirasakan klien (Strategi ini dapat memicu kesempatan pada klien untuk merubah dan menemukan makna baru).
 - 8) Anjurkan tubuh klien dan semua anggota badan termasuk kepala untuk bersandar pada kursi se nyaman mungkin.
 - 9) Anjurkan klien untuk tutup mata.
 - 10) Ambil nafas melalui hidung (secukupnya) tahan sebentar, keluarkan melalui mulut perlahan-lahan (Lakukan sampai merasa tenang).
 - 11) Minta klien untuk menghadirkan dan mengatakan mengenai pikiran-pikiran yang tidak menyenangkan/menyakitkan, kemudian induksi klien agar ia mampu : memikirkan akibat dari pikiran negatif.
 - 12) Bantu/induksi klien agar mudah mengalihkan pikiran. Perintahkan klien untuk mengatakan dengan mantap “alihkan pikiran” sesuai yang telah disepakati.
 - 13) Buka mata
- d) Tahap terminasi
- 1) Evaluasi
 1. Terapis menanyakan perasaan klien setelah mengikuti terapi berpikir positif
 2. Terapis memberikan kesimpulan dan *support* (telah melakukan dengan baik). **(Umar Yusuf, 2013)**
 3. Terapi memberikan pujian atas keberhasilan klien

- 2) Rencana tindak lanjut
Menganjurkan klien untuk belajar melakukan terapi tersebut
- 3) Kontrak yang akan datang
 1. Menyepakati terapi selanjutnya yaitu terapi kognitif perilaku pengganti pikiran
 2. Menyepakati waktu dan tempat
- 4) Salamterapeutik



LAMPIRAN 4

Pengaruh *Cognitive Behaviour Therapy* Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah : *Study Literatur Review*

Dwi Ayu Ramadani¹, Siti Kholifa²

^{1,2}Program Profesi Ners Institute Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda

Email: dwiayu296@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang: Harga diri rendah adalah suatu pemikiran dan perasaan negatif terhadap diri sendiri sehingga penderita merasakan hilangnya rasa percaya diri dan harga diri. Seseorang dengan harga diri rendah meyakini dan memandang dirinya lemah, tidak berharga, tidak dapat berbuat apa-apa, tidak kompeten, merasa gagal, tidak menarik, tidak disukai, dan hilangnya kepercayaan diri. **Tujuan :** penulisan karya ilmiah ini bertujuan untuk mengetahui peneraruh *cognitive behavior therapy (CBT)* pada pasien dengan harga diri rendah. **Metode Penulisan:** penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode *study literature review* dengan data base melalui *google scholar* dan *sciense direct*. **Hasil:** berdasarkan hasil analisis *literature review* terdapat 4 jurnal terkait yang di dapatkan hasil bahwa *cognitive behavior therapy* dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien dengan harga diri rendah. **Kesimpulan:** Pengaruh *cognitive behaviour therapi* meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku, penulis merekomendasikan CBT sebagai salah satu terapi pada pasien dengan harga diri rendah.

Kata Kunci : *Cognitive Behavior Therpy (CBT)*, Harga Diri Rendah

1 mahasiswa Profesi Ners Institute Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda

2 Dosen Program Profesi Ners Institute Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda

A. Pendahuluan

Kesehatan jiwa adalah suatu keadaan sehat dimana kondisi emosional, psikologi, dan sosial dapat terlihat dari interaksi dengan orang lain atau hubungan interpersonal yang mampu memberikan kepuasan dalam melakukan interaksi dengan orang lain. Seseorang dikatakan sehat jiwa apabila mampu mengendalikan diri dengan selalu berfikir positif dalam menghadapi stressor lingkungan tanpa adanya tekanan baik fisik, dan psikologi sehingga mampu bekerja secara produktif dan mampu berperilaku adaptif. Sebaliknya seseorang dikatakan gangguan jiwa apabila tidak mampu menjalankan peran dalam melakukan hubungan interpersonal yang memuaskan atau dapat dikatakan adanya keterbatasan hubungan antara individu dan lingkungan sekitarnya (Purwaningsih, 2016)

Menurut *American Psychiatric Association* (2013) menjelaskan bahwa gangguan jiwa merupakan sekumpulan gangguan pada fungsi pikir, emosi, perilaku dan sosialisasi dengan orang sekitar. Gangguan jiwa merupakan suatu keadaan yang abnormal

dimana perasaan dan perilaku tidak sejalan dengan budaya atau kebiasaan yang ditandai dengan respon maladaptif seperti ketegangan, rasa putus asa, murung, gelisah, cemas, rasa lemah, takut dan pikiran-pikiran yang buruk yang dapat mempengaruhi interaksi sosial individu (Sasmita et al., 2010).

Jumlah gangguan jiwa di Indonesia mengalami peningkatan yang cukup signifikan, menurut data hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 yang dilakukan oleh Badan Penelitian Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan, jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia yaitu sebesar 7% dari total jumlah penduduk di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa skizofrenia/psikosis. Di Jawa Tengah sendiri berada pada urutan kelima terbanyak dari 33 provinsi di Indonesia yaitu dengan jumlah sebesar 9% dari jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia (RISKESDAS 2018)

Harga diri rendah adalah suatu pemikiran dan perasaan negatif terhadap diri sendiri sehingga penderita merasakan hilangnya rasa percaya diri dan

harga diri (Stuart & Gail, 2006 dalam Hermawan, et al., 2015) . Seseorang dengan harga diri rendah meyakini dan memandang dirinya lemah, tidak berharga, tidak dapat berbuat apa- apa, tidak kompeten, merasa gagal, tidak menarik, tidak disukai, dan hilangnya kepercayaan diri (Muhith, 2015)

Terapi kognitif dan perilaku adalah intervensi terapeutik yang bertujuan untuk mengurangi tingkah laku mengganggu dan maladaptif dengan mengembangkan proses kognitif yang didasarkan pada asumsi bahwa afek dan tingkah laku adalah produk dari kognitif oleh karena itu intervensi kognitif dan tingkah laku dapat membawa perubahan dalam pikiran, perasaan, dan tingkah laku (Stallard, 2009). Terapi kognitif dan perilaku bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, pikiran dan perasaan klien dengan skizofrenia dengan merubah pikiran dan perilaku yang maladaptif (Martin, 2010)

- B. Upaya yang dapat dilakukan untuk menangani klien dengan harga diri rendah adalah dengan memberikan tindakan keperawatan generalis yang dilakukan oleh perawat pada

semua jenjang pendidikan. tindakan keperawatan yang dibutuhkan pada klien dengan harga diri rendah adalah terapi kognitif. Terapi kognitif merupakan salah satu pendekatan dari *cognitive behaviour therapy* (CBT) terapi ini direkomendasikan selama lebih dari 4-6 bulan dan dilakukan dalam 10 sesi (Ambarwati, 2008)

C. Metode

Metode yang digunakan dalam penulisan ini adalah *Literature review* dengan Design penulisan *systematic literature review* adalah cara sistematis untuk mengumpulkan, mengevaluasi secara kritis, mengintegrasikan dan menyajikan temuan dari berbagai studi penelitian pada pertanyaan penelitian atau topik yang menarik (Nursalam, 2020). Tujuannya adalah untuk melihat pengaruh terapi kognitif dan perilaku pada pasien dengan harga diri rendah.

Data yang diperoleh dalam penulisan KIAN literature review ini adalah data skunder yang diperoleh dari bukan pengalaman langsung, akan tetapi dari asil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti terdahulu, sumber data sekunder yang didapat berupa artikel atau jurnal yang relevan dengan topik yang dilakukan dengan menggunakan database melalui google scholar. Pencarian artikel atau jurnal menggunakan

keyword yang digunakan untuk memperluas atau menspesifikkan pencarian, sehingga mempermudah dalam penentuan artikel atau jurnal yang digunakan. Kata kunci yang digunakan dalam penelitian ini yaitu “*cognitive behaviour therapy*” AND “pasein dengan harga diri rendah” AND “*skizofrenia*”

D. Pembahasan

E. Ganggguan harga diri atau biasa disebut dengan harga diri rendah merupakan suatu persepsi atau pemahaman yang salah yang bersifat negatif terhadap diri sendiri, ditandai dengan hilangnya kepercayaan diri dan merasa gagal dalam mencapai keinginan. Harga diri rendah adalah suatu pemikiran dan perasaan negatif terhadap diri sendiri sehingga penderita merasakan hilangnya percaya diri dan harga diri (Hermawan, et al., 2015)

F. Cognitive behavior therapy (CBT) merupakan salah satu pendekatan psikoterapi yang paling banyak diterapkan dan telah terbukti efektif dalam mengatasi berbagai gangguan, termasuk kecemasan dan depresi. Asumsi yang mendasari *cognitive behaviour therapy* terutama pada kasus depresi yaitu bahwa gangguan emosional yang berasal dari

distorsi (menyimpang) dalam berpikir. Perbaikan dalam keadaan emosinya hanya dapat berlangsung lama kalau dicapai perubahan pola pola berpikir selama proses terapi. Demikian pula pada pasien pola berpikir yang maladaptive (disfungsi kognitif) dan gangguan perilaku. Dengan memahamo dan merubah pola tersebut, pasien diharapkan mampu melakukan perubahan cara berpikir dan mampu mengendalikan gejala-gejala dari gangguan yang dialami (Oemarjoedi, 2003).

G. Dalam proses ini, beberapa ahli *Cognitive Behaviour Therapy* memiliki pendapat bahwa masa lalu tidak perlu menjadi fokus penting dalam terapi, karenanya *Cognitive Behaviour Therapy* lebih banyak nekerja pada status kognitif masa kini untuk dirubah dari negatif menjadi positif. Sementara sebagian ahli lain berusaha menghargai masa lalu sebagai bagian dari hidup klien dan mencoba membuat klien menerima masa lalunya, untuk tetap melakukan perubahan pada pola pikir masa kini demi mencapai perubahan untuk masa yang akan datang (Oemarjoedi, 2003).

- H. Terapi kognitif behavior adalah terapi yang mempergunakan gabungan antara tiga pendekatan yaitu biomedik, intrapsikik dan lingkungan. Dalam melakukan terapi dengan teknik ini banyak mempergunakan prosedur dasar untuk melakukan perubahan kognitif dan perilaku, misal seperti: pengamatan diri, kontrak dengan diri sendiri, dan artian lebih luas teknik ini mengajarkan keterampilan kepada klien dalam menghadapi suasana yang menimbulkan kegoncangan dikemudian hari. Terapi ini didasarkan pada teori bahwa efek keadaan emosi, perasaan dan tindakan seseorang, sebagian besar ditentukan oleh bagaimana seseorang tersebut membentuk dunianya, jadi bagaimana seseorang berfikir, menentukan bagaimana perasaan dan reaksinya. Pikiran seseorang memberikan gambaran tentang rangkaian kejadian didalam kesadarannya.
- I. Dari pemaparan diatas peneliti berasumsi bahwa terapi *cognitive behavior therapy* mampu meningkatkan secara bermakna kemampuan kognitif dan perilaku

klien dengan harga diri rendah. Hal ini disebabkan karena *cognitive behavior therapy* merupakan salah satu psiko terapi yang dapat meningkatkan harga diri klien. Peningkatan kemampuan kognitif sesuai perencanaannya yaitu selama 5 minggu sehingga hasil yang diperoleh mencapai nilai optimal. Meningkatnya rata-rata harga diri berdasarkan kemampuan kognitif dan perilaku klien yang mendapatkan *cognitive behavior therapy* diberi informasi dan dilatih merubah pikiran negatif menjadi positif dan perilaku menjadi adaptif.

J. Kesimpulan

Cognitive Behaviour Therapy (CBT) meningkatkan secara bermakna kemampuan kognitif dan perilaku pada pasien dengan harga diri rendah meningkatnya kemampuan pasien untuk melawan fikiran negatif, sehingga pasien dapat menunjukkan kelebihan positif dirinya dan berdampak pada aktivitas sehari hari selama menjalani perawatan dirumah sakit. Hal tersebut tidak lepas dari kemampuan perawat memberikan

pelayanan asuhan keperawatan secara komperhensif sebagai pemberi terapi kognitif dan perilaku yang memberikan perubahan kearah yang adaptif. Selain itu rumah sakit sebagai lembaga yang memberikan layanan kesehatan dapat bekerjasama dengan puskesmas dan perawat spesialis jiwa untuk menindak lanjuti perawatan pasien dirumah setelah pasien pulang dari rumah sakit

DAFTAR PUSTAKA

- Damayanti, I. &. (2012). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Direja. (2011). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Skizofrenia*.
- Fitria, N. (2009). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fitria, N. (2013). *Laporan Pendahuluan Tentang Masalah Psikososial*. Jakarta: Salemba Medika.
- Keliat, A. B. (2011). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A., & Akemat. (2007). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Oemarjoedi, K. (2003). *Pendekatan Cognitive Behavior Therapy*. Jakarta: Kreatif Media.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI, T. P. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Purwaningsih, W., & Karlina, I. (2010). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Stuart, G. W. (2013). *Principle and Practice of Psychiatric Nursing* (10 ed ed.). Mosby: Missouri.

29 No 2, 2-3.

Umar Yusuf, R. L. (2013, Desember). Efektivitas Kognitive Behavior Therapy Terhadap Penurunan Derajat Stres. *Jurnal Mimbar*, Vol

