

**Journal Educational of Nursing (JEN)**

Vol.2 No.1 – Januari – Juni 2019; hal. 39-51

p-ISSN : 2655-2418; e-ISSN : 2655-7630

journal homepage: <https://ejournal.akperrspadjakarta.ac.id>

**Perubahan Tanda Gejala dan Kemampuan Pasien  
Harga Diri Rendah Kronis Setelah Latihan Terapi Kognitif  
dan Psikoedukasi Keluarga**

Septirina Rahayu<sup>1</sup>, Mustikasari<sup>2</sup>, Novy H.C Daulima<sup>3</sup>  
Akademi Keperawatan RSPAD Gatot Soebroto Jakarta

**Abstrak**

Skizofrenia merupakan penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan terganggunya pikiran, persepsi, emosi dan perilaku. Salah satu gejala negatif pada skizofrenia adalah harga diri rendah. Harga diri rendah merupakan evaluasi diri yang negatif, berhubungan dengan perasaan tidak berdaya, putus asa, rapuh dan tidak berharga. Tujuan penulisan karya ilmiah ini adalah memaparkan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah kronis setelah latihan terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga. Metode yang digunakan adalah studi kasus, pasien yang dikelola sebanyak 20 orang dengan karakteristik pasien berjenis kelamin wanita, berusia 25 sampai 60 tahun. Pendekatan teori adaptasi Roy digunakan oleh penulis karena penerapan intervensi pada teori ini berfokus pada mengubah stimulus yang dialami oleh pasien dan bukan pasiennya, sehingga perawatlah yang meningkatkan interaksi antara manusia dengan lingkungannya, sehingga pasien dapat meningkatkan kesehatan, memiliki kemampuan untuk beradaptasi dan menciptakan perubahan pada lingkungannya. Hasil penanganan kasus menunjukkan terjadinya penurunan tanda gejala serta peningkatan kemampuan pasien (80%) setelah diberikan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis berupa terapi kognitif dan peningkatan kemampuan keluarga (72%) setelah pemberian terapi psikoedukasi keluarga. Penulisan karya ilmiah ini merekomendasikan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga dapat menjadi standar terapi ners spesialis keperawatan jiwa pada pasien dengan harga diri rendah kronis.

Kata Kunci: Skizofrenia, Harga Diri Rendah Kronis, Terapi Kognitif, Psikoedukasi Keluarga.

**Abstract**

*Schizophrenia is a disease that affects the brain and causes disruption of mind, perception, emotions and behavior. One of the negative symptoms of schizophrenia is low self-esteem. Low self-esteem is a negative self-evaluation, associated with feelings of helplessness, hopelessness, vulnerability and worthlessness. The purpose of this paper is to present the results of the implementation of nursing care in patients with low chronic self-esteem after cognitive therapy and family psychoeducation training. Used were case studies, 20 managed patients with characteristics of female patients, aged 25 to 60 years. Roy's*

---

<sup>1,2,3</sup> E-mail : septirina.rahayu@akperrspadjakarta.ac.id

*theory of adaptation approach is used by the author because the application of intervention in this theory focuses on altering the stimuli experienced by patients and not patients, so nurses increase the interaction between humans and their environment, so that patients can improve health, have the ability to adapt and create changes in their environment. The results of cases handling showed a decrease in symptoms and increased patient ability (80%) after ners and ners treatment specialists in the form of cognitive therapy and increased family ability (72%) after the therapy of family psychoeducation therapy. Perulisan this scientific recommends ners and Specific ners of cognitive therapy and family psychoeducation can be standard nursing specialist nursing souls in patients with chronic low self-esteem.*

*Keywords: Schizophrenia, Chronic Low Self-Esteem, Cognitive Therapy, Family Psycho-education*

## **Pendahuluan**

Kesehatan jiwa diartikan sebagai keadaan sejahtera, dimana individu memiliki kemampuan untuk menyadari potensi yang ada dalam dirinya, dapat mengatasi tekanan kehidupan yang terjadi, bekerja secara produktif dan dapat berkontribusi dalam komunitasnya, *World Health Organization/ WHO* (2014). Individu yang sering mengalami tekanan emosional, distress dan terganggunya fungsi (disfungsi), akan berpotensi cukup besar mengalami gangguan jiwa yang dikenal dengan istilah ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa).

Salah satu gangguan jiwa yang sering ditemukan adalah Skizofrenia, Videbeck (2012). Data WHO (2016) diperoleh 21 juta orang mengalami skizofrenia. Adapun prevalensi penderita skizofrenia di Amerika Serikat, mencapai 1 sampai 1,5% dari populasi, Videbeck (2012). Di 14 negara berkembang, mencapai angka sekitar 76 % sampai 85 % dari populasi. Menurut data statistik Direktorat Kesehatan Jiwa menunjukkan pasien gangguan jiwa berat terbesar di Indonesia adalah Skizofrenia yakni mencapai 70% (Kemenkes RI, 2008). Angka tersebut menggambarkan prosentase yang cukup tinggi dan memberikan makna

bahwa jumlah penderita skizofrenia semakin bertambah.

Skizofrenia merupakan gangguan psikiatrik yang ditandai dengan disorganisasi pola pikir dimanifestasikan dengan masalah komunikasi dan kognisi (O'Brien, Kennedy, Ballard, 2008). Gejala skizofrenia meliputi gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif mencakup delusi, halusinasi, sedangkan gejala negatif seperti apatis, afek datar, hilangnya minat atau ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas rutin, kemiskinan isi pembicaraan, gangguan dalam hubungan sosial, ditemukan pada pasien dengan harga diri rendah. Videbeck (2012).

Harga diri rendah adalah evaluasi diri yang negatif, berupa mengkritik diri sendiri, dimana seseorang memiliki pikiran negatif dan percaya bahwa mereka ditakdirkan untuk gagal (Windarwati, 2016). Harga diri rendah sangat rentan terjadi pada seseorang dengan situasi penuh dengan *stressor*. Respon kognitif ditunjukkan berupa penyimpangan pikiran, kebingungan, secara afektif pasien merasa rendah diri, merasa takut dan malu, secara perilaku pasien menunjukkan pasif dan tidak responsif, kehilangan inisiatif dan sulit mengambil keputusan, Fausiah & Widury (2014).

Tindakan keperawatan ners dan ners spesialis yaitu terapi kognitif merupakan psikoterapi individu yang membantu pasien mengidentifikasi dan mengkoreksi pikiran negatif, bertujuan mengubah penalaran yang salah menjadi penalaran yang logis dari pengalaman internal yang dialami pasien, sehingga pikiran negatif berubah menjadi pikiran yang positif Townsend (2011). Penelitian yang dilakukan oleh (Effendi, Poeranto, Supriati, 2016) menyatakan penerapan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis (terapi kognitif) memiliki pengaruh yang bermakna terhadap peningkatan harga diri pada remaja.

Tindakan keperawatan tidak hanya dilakukan kepada pasien, namun akan melibatkan keluarga dalam perawatan dan pemulihan pasien, tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan koping keluarga, (Nathan & Gorman, 2007). Keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan dan pengobatan sangat dibutuhkan, Zauszniewski (2009). Terapi ners spesialis psikoedukasi keluarga bertujuan meningkatkan pemahaman keluarga tentang penyakit, memenuhi kebutuhan kognitif dan perilaku keluarga. Keluarga diberi kesempatan untuk bertanya, mengekspresikan perasaan dan saling bersosialisasi dengan tenaga kesehatan jiwa (Hamid, 2016).

Penanganan kasus ini dilakukan di unit rawat inap psikiatri ruang Utari RSMM Bogor. Ruang ini merupakan ruang tenang dan khusus untuk merawat pasien wanita. Data pada semester I di RSMM (Januari s.d April) Tahun 2017, terdapat 472 kunjungan pasien, 304 (53,61%) pasien skizofrenia paranoid, 145 (25,57%) pasien skizofrenia tak terinci, dan 23 (4,06%) pasien skizoafektif. Adapun prevalensi

terbesar di ruang Utari ditemukan pasien dengan harga diri rendah kronis sebanyak 20 pasien (50%) dari 40 pasien yang dirawat.

Penulisan karya ilmiah ini menguraikan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan harga diri rendah kronis yaitu terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga dengan pendekatan model adaptasi Roy. Teori ini berfokus pada konsep adaptasi manusia sebagai konsep sentral. Manusia menerima input atau stimulus dari lingkungan atau dalam diri. Tingkat adaptasi ditentukan oleh kombinasi efek stimulus fokal, kontekstual dan residual. Proses kontrol merupakan mekanisme koping berupa regulator dan kognator, dan respon terhadap stimulus dilakukan melalui mode fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Pada akhirnya, individu akan memberikan respon adaptif ataupun inefektif (Hamid, 2016).

Penulis memilih teori ini tepat diterapkan untuk menganalisis pasien dengan harga diri rendah kronis dan terapi ners spesialis yang diberikan karena ketidakmampuan mereka beradaptasi terhadap stimulus yang diterima dan seberapa besar mereka mendapat dukungan dari orang terdekat atau keluarga, agar mereka mampu beradaptasi selama di rumah sakit maupun setelah kembali dari perawatan, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat lebih komprehensif

Tujuan penulisan karya ilmiah ini adalah menguraikan perubahan tanda gejala dan kemampuan pasien harga diri rendah kronis setelah latihan terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga dengan pendekatan model konsep adaptasi Roy di ruang Utari RSMM Bogor.

## Metode

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus observasional deskriptif, yaitu dengan melakukan observasi dan wawancara dengan pasien, serta mempelajari ringkasan dokumen pasien.

Tahapan yang penulis lakukan dalam penanganan kasus ini yaitu, mengidentifikasi kasus meliputi karakteristik pasien, penilaian terhadap stresor, kemampuan pasien sebelum dilakukan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis individu dan keluarga. Pasien yang dikelola merupakan pasien yang tidak hanya memiliki diagnosa keperawatan harga diri rendah saja, tetapi kombinasi dengan diagnosa keperawatan lainnya.

Pengumpulan data melalui observasi dan wawancara kepada pasien dan keluarga serta penelusuran dokumen rekam medis. Tahap berikutnya menganalisa data, serta melakukan interpretasi dari hasil analisa data yang diperoleh.

Selanjutnya penulis mendelegasikan tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada seluruh perawat ruangan yang terlibat dan berkoordinasi dengan konsulen keperawatan.

### **Ilustrasi Kasus**

Penanganan kasus dilakukan di ruang Utari RSMM Bogor tanggal 13 Februari sampai 14 April 2017, dengan menggunakan pendekatan studi kasus. Kasus yang dikelola sebanyak 20 pasien. Instrumen yang digunakan saat pengkajian menggunakan format *scanning* yang mengacu pada pendekatan Stuart yang dikembangkan oleh Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Pelaksanaan terapi kognitif terdiri dari empat sesi, dengan lama tiap sesi berkisar antara 30 sampai 45 menit, sedangkan psikoedukasi keluarga terdiri dari lima sesi dengan lama

waktu tiap sesi bervariasi antara satu sampai dua jam, pelaksanaan tindakan keperawatan dilengkapi dengan instrumen buku kerja dan buku evaluasi. Pelaksanaan evaluasi tindakan keperawatan tanda dan gejala serta kemampuan yang dimiliki pasien, menggunakan instrument tanda dan gejala serta kemampuan sesuai dengan respon yang ditunjukkan oleh pasien

Pasien yang mendapatkan terapi kognitif sebanyak 20 orang, pelaksanaan sesi satu sampai empat tuntas dilakukan, dengan rata-rata 3 sampai 4 kali pertemuan. Hasil terapi kognitif dengan masalah harga diri rendah kronis menunjukkan terdapat 2 pasien yang masih perlu pendampingan untuk pelaksanaan terapi kognitif. Demikian pula dengan pelaksanaan terapi psikoedukasi keluarga sesi satu sampai lima tuntas dilakukan pada 20 keluarga.

Tahapan yang penulis lakukan dalam penanganan kasus ini yaitu, mengidentifikasi kasus meliputi karakteristik pasien, penilaian terhadap stresor, kemampuan pasien sebelum dilakukan tindakan keperawatan ners dan ners spesialis individu dan keluarga. Pasien yang dikelola merupakan pasien yang tidak hanya memiliki diagnosa keperawatan harga diri rendah saja, akan tetapi kombinasi dengan diagnosa keperawatan lainnya. Pengumpulan data melalui observasi dan wawancara kepada pasien dan keluarga serta penelusuran dokumen rekam medis. Tahap berikutnya menganalisa data, serta melakukan interpretasi dari hasil analisa data yang diperoleh. Selanjutnya penulis mendelegasikan tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada seluruh perawat ruangan yang terlibat dan berkoordinasi dengan konsulen keperawatan.

Karakteristik pasien harga diri rendah kronis di ruang Utari (100%) wanita, dan menggunakan BPJS untuk

biaya perawatan (100%), karakteristik lain dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden (n=20)

Kategori	(n)	(%)
Usia:		
a. 18-25 tahun	3	15
b. 25-60 tahun	17	85
Pendidikan:		
a. SD	6	30
b. SMA	13	65
c. PT	1	5
Pekerjaan:		
a. Bekerja	1	5
b. Tidak bekerja	19	95
Status Pernikahan:		
a. Belum/tidak menikah	7	35
b. Menikah	11	55
c. Janda	2	10
Care Giver:		
a. Orang tua	9	45
b. Suami	5	25
c. Anak	1	5
d. Kakak	5	25
Lama Sakit:		
a. 1-5 tahun	11	55
b. > 5 tahun	9	45
MRS/dirawat ke berapa:		
a. Ke-1	5	25
b. Ke-2	7	35
c. Ke-3	3	15
d. Ke-4	3	15
e. > 5 kali	2	10

Tabel diatas menunjukkan bahwa karakteristik pasien kelolaan di ruang Utari sebagian besar berusia 25-60 tahun (85%), pendidikan SMA

(65%), tidak bekerja (95%), lama sakit 1-5 tahun (55%), masuk perawatan ke-2 (35%)

Tabel 2. Distribusi faktor Predisposisi Pasien HDRK (n=20)

Faktor Predisposisi	Jumlah			
	Ya %	Tidak %		
Biologis:				
Riwayat gangguan jiwa	15	75	5	25
Riwayat Herediter	5	25	15	75
Riwayat Napza/rokok/alkohol	4	20	16	80
Trauma kepala	2	10	18	90
Psikologis :				
Kehilangan orang yang dicintai/berarti	11	55	9	45
Keinginan tidak terpenuhi	4	20	16	80

Konsep diri : kurang percaya diri, peran tidak dapat dilakukan	18	90	2	10
Gagal dalam pernikahan	7	35	13	65
Pola asuh : otoriter, permisif	3	15	17	85
Komunikasi tertutup	4	20	16	80
Sosial				
Tidak memiliki teman	17	85	7	15
Pendapatan : ekonomi rendah	14	70	6	30
Pendidikan : putus sekolah	1	5	19	95
Konflik keluarga	16	80	4	20
Kurang keyakinan menjalankan ibadah	16	80	4	20

Berdasarkan tabel diatas didapatkan bahwa faktor predisposisi pada klien kelolaan sebanyak 20 orang, untuk faktor biologis riwayat gangguan jiwa sebelumnya (75%), faktor

psikologis kepercayaan diri kurang (90%) yaitu kurang percaya diri dan faktor sosial yaitu tidak memiliki teman (85%).

Tabel 3. Distribusi Faktor Presipitasi pasien HDRK (n=20)

Faktor presipitasi	Jumlah			
	Ya	%	Tidak	%
Biologis				
Putus Obat	15	75	5	25
Psikologis				
Pengalaman yang tidak menyenangkan	7	35	13	65
Kehilangan orang yang berarti	11	55	9	45
Sosial				
Putus sekolah	1	5	19	95
Konflik keluarga	11	55	9	45
Penghasilan kurang/rendah	14	70	6	30

Tabel di atas menunjukkan bahwa putus obat menjadi faktor presipitasi biologi terbanyak dengan prosentase (75%), faktor psikologis yaitu kehilangan orang yang berarti (55%), dan faktor sosial yaitu penghasilan kurang/rendah (70%).

Respon terhadap stresor merupakan stimulus fokal, dimana respon terhadap stresor merupakan respon klien terhadap masalah yang dihadapi. Gambaran respon pasien terhadap stresor dapat terlihat pada tabel berikut :

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Perubahan Tanda dan Gejala (Respon terhadap stressor) Pasien Harga Diri Rendah Kronis sebelum dan setelah tindakan terapi kognitif (n=20)

Tanda dan Gejala	Total		% selisih
	Pre	Post	
Kognitif			
Menilai diri negatif	20	2	90
Mencari penguatan	11	2	45
Mengkritik diri/tidak ada kelebihan	13	2	55
Bergantung pada pendapat orang lain	8	4	20
Merasa tidak tertolong	11	0	55
Merasa tidak berarti	16	2	70
Menilai diri tidak berguna	10	1	45
Tidak mampu melakukan apapun	13	4	45
Afektif			

Malu	20	3	85
minder	16	3	65
Putus asa	2	0	10
Sedih	18	3	75
Tidak mampu	20	5	75
Mudah tersinggung	12	1	55
Merasa bersalah	14	5	45
Tidak berdaya	8	1	35
Fisiologis			
Gangguan tidur	19	4	75
Lesu	20	6	70
Tidak bergairah	19	6	65
Tidak nafsu makan	14	7	30
perilaku			
Banyak menunduk	18	5	65
Postur bungkuk	7	3	20
Kontak mata kurang	20	5	75
Bicara pelan	14	6	40
Enggan mencoba hal baru	16	5	55
Pasif	19	5	70
Tampak ragu melakukan sesuatu	20	4	80
Sosial			
Menarik diri	18	4	70
Banyak diam	20	5	75
Kurang partisipasi sosial	20	4	80
Tidak suka komunikasi verbal	16	5	55

Tabel di atas menunjukkan tanda dan gejala kognitif menurun setelah tindakan keperawatan adalah (n selisih) menilai diri negatif (90%), tanda dan gejala afektif menurun (85%) malu, tanda dan gejala fisiologis menurun (75%) adalah gangguan tidur, tanda dan gejala perilaku menurun (80%) adalah tampak ragu melakukan

sesuatu, sedangkan tanda dan gejala sosial menurun (80%) adalah kurang partisipasi sosial. Tindakan keperawatan berfokus pada pasien dan keluarga. Tindakan keperawatan ners, ners spesialis individu dan ners spesialis pada keluarga dapat terlihat pada berikut :

Tabel 5. Distribusi rata-rata perubahan tanda dan gejala pasien HDRK sebelum dan sesudah terapi kognitif

Penilaian Terhadap Stresor (CT)	N	HDRK		
		Mean Sebelum	Mean setelah	Mean selisih
Respon Kognitif	8	12,75	1,62	11,13
Respon Afektif	8	13,75	2,62	11,13
Respon Fisiologis	4	18	5,75	12,25
Respon Perilaku	7	16,28	4,7	11,58
Respon Sosial	4	18,5	4,5	14,5

Tabel diatas menunjukkan tanda dan gejala respon kognitif setelah

diberikan terapi kognitif terjadi perubahan sebesar 11,13. Respon

afektif terjadi perubahan sebesar 11,13. Perubahan respon fisiologis sebesar 12,25. Perubahan respon perilaku sebesar 11,58 dan perubahan sosial sebesar 14.5.

Tabel 6. Perubahan Kemampuan Pasien Harga Diri Rendah Kronis sebelum dan sesudah terapi kognitif (n=20)

Kemampuan Terapi Kognitif yang harus dicapai	Pre Post		
	n	n	selisih
Mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan dan menimbulkan pikiran otomatis negatif serta melawan satu pikiran negatif	0	20	100
Melawan pikiran otomatis negatif kedua	0	12	60
Memanfaatkan sistem pendukung	0	13	65
Mengevaluasi manfaat melawan pikiran negatif	0	19	95
Rata-rata	0	16	80

Tabel di atas menunjukkan perubahan kemampuan yang dicapai pasien HDRK untuk mengatasi pikiran negatif meningkat dengan prosentase sebesar 80 %.

Tabel 7. Perubahan Kemampuan Keluarga dalam Tindakan Keperawatan Psikoedukasi Keluarga (n=20)

Kemampuan Terapi FPE yang harus dicapai	Pre Post	
	n	n
Mengidentifikasi masalah keluarga dalam merawat pasien	0	20
Perawatan pasien oleh keluarga	1	20
Manajemen stres oleh keluarga	1	20
Manajemen beban oleh keluarga	0	8
Memanfaatkan sistem pendukung	0	4
Rata-rata	0,4	14,4

Tabel di atas menunjukkan kemampuan keluarga dalam tindakan keperawatan psikoedukasi keluarga meningkat dengan prosentase sebesar 72 %.

Menurut Roy, manusia digambarkan sebagai suatu model adaptif terbuka, terdiri dari bagian yang bekerja untuk mencapai suatu tujuan. Manusia selalu menerima stimulus baik berasal dari luar maupun dari dalam dirinya. Stimulus yang diterima akan mengaktifasi mekanisme koping dan mempengaruhi sistem adaptif manusia. Apabila individu gagal mengatasi stimulus, maka akan berdampak pada

**Pembahasan**  
**Penerapan Asuhan Keperawatan pada pasien Harga Diri Rendah Kronis yang Diberikan Terapi Kognitif dan FPE Menggunakan Pendekatan Model Adaptasi Roy.**



munculnya respon inefektif (Hamid, 2016)

Karakteristik pasien, faktor predisposisi, faktor presipitasi dan respon terhadap stresor pada pasien harga diri rendah kronis merupakan input berupa stimulus fokal, stimulus kontekstual dan residual. Hasil pengkajian pada pasien dengan harga diri rendah kronis diklasifikasikan sesuai stimulus-stimulus dalam model adaptasi Roy.

### **Karakteristik Pasien**

#### **a. Usia Pasien**

Pasien yang diberikan terapi kognitif terbanyak berada pada kisaran usia dewasa yaitu 25 sampai 60 tahun. Masa dewasa merupakan masa kematangan dari aspek kognitif, emosi, dan perilaku dan tugas perkembangan yang harus dicapai pada usia dewasa yaitu menjalin hubungan intim, dimana permasalahan utama individu pada tahap perkembangan usia ini adalah intimasi *versus* isolasi artinya, jika individu tidak berhasil mengembangkan intimasinya, maka individu akan mengalami isolasi dan krisis terasingan (Erikson dalam Papalia & Fieldman, 2008).

Pernyataan tersebut diperkuat oleh Stuart (2016) yang menyebutkan bahwa resiko tinggi terjadinya gangguan jiwa yaitu pada usia dewasa. Menurut WHO (2011) tujuh per seribu populasi orang dewasa terutama usia 15-35 tahun mengalami skizofrenia. Ketiga pernyataan tersebut membuktikan bahwa rata-rata individu beresiko mengalami gangguan jiwa pada usia dewasa, dengan demikian tidak menutup kemungkinan juga akan mengalami harga diri rendah kronis sebagai gejala negatif dari skizofrenia.

#### **b. Jenis Kelamin**

Pasien dengan harga diri rendah kronis di ruang Utari berjumlah 20 orang seluruhnya berjenis kelamin

perempuan. Menurut (Atalay & Atalay, 2006) menyatakan onset skizofrenia pada pria cenderung lebih awal jika dibandingkan wanita.

#### **c. Pendidikan Pasien**

Tingkat pendidikan sebagian besar pasien yang diberikan terapi kognitif adalah SMA (65%). Data ini menunjukkan bahwa pasien mempunyai latar belakang pendidikan yang cukup memadai dalam menerima suatu bentuk pembelajaran dan informasi. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi ditemukan lebih sering menggunakan pelayanan kesehatan jiwa, Stuart (2016).

#### **d. Pekerjaan Pasien**

Pasien yang dirawat di ruang Utari sebagian besar mempunyai riwayat tidak bekerja sebelum mengalami gangguan jiwa (95%). Prosentase tersebut menggambarkan bahwa pasien kurang memiliki keterampilan tertentu sebagai sarana untuk menunjukkan kemampuan hidup secara produktif. Hal ini terjadi karena ia merasa tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan keluarga, sehingga sangat berpotensi mengalami masalah harga diri rendah. Pendapat ini didukung oleh Townsend (2009) yang mengungkapkan bahwa tingkat sosial ekonomi rendah merupakan salah satu faktor sosial penyebab tingginya angka gangguan jiwa termasuk skizofrenia.

Terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga memberikan dampak yang cukup signifikan dalam membantu pasien meningkatkan respon menghadapi stresor yang dialami, sehingga pasien mampu menunjukkan respon perilaku yang adaptif atau lebih efektif. Penelitian (Rochdiyati, Keliati & Wardhani, 2016) menyatakan penerapan terapi kognitif dan logoterapi dapat menjadi standar terapi spesialis keperawatan jiwa pada pasien dengan harga diri rendah situasional dan ketidakberdayaan.

Penelitian lain dilakukan oleh (Suerni, Keliat, Daulima, 2013), menyatakan terapi kognitif dan edukasi keluarga direkomendasikan pada pasien dengan harga diri rendah dengan penerapan pada kelompok pasien yang dilakukan tindakan keperawatan ners, terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga, menunjukkan penurunan tanda dan gejala rata-rata 71,2%, peningkatan kemampuan pasien rata-rata 100%, peningkatan kemampuan keluarga rata-rata 98%, dan lama rawat rata-rata 26 hari.

#### **e. Status Ekonomi Pasien**

Pasien yang diberikan terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga menggunakan fasilitas asuransi kesehatan BPJS untuk pembiayaan selama masa perawatan (100%). Angka ini menunjukkan bahwa pasien rata-rata memiliki status ekonomi yang rendah, dalam arti pasien selama dirawat di rumah sakit mengandalkan jaminan kesehatan untuk mengatasi masalah biaya perawatannya. Jika tidak ada sumber khusus untuk pembiayaan kesehatan, maka pasien cenderung tidak mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan kondisi sakitnya. Kondisi yang dialami sebagian besar klien harga diri rendah kronis ini menunjukkan tidak berjalannya fungsi ekonomi keluarga dengan baik.

#### **f. Status Pernikahan Pasien**

Pasien yang diberikan terapi kognitif sebagian besar menikah (55%). Status pernikahan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap munculnya masalah harga diri rendah pada diri seseorang terutama yang belum menikah. Zarb (2007) menyatakan bahwa 10 % wanita di Amerika tidak ingin menikah atau menunda kehadiran seorang anak karena kekhawatiran terjadinya konflik pernikahan, sehingga memicu munculnya stres sebagai dampak perasaan yang tertekan.

Mekanisme koping yang bekerja dalam hal ini adalah sistem kognator akan bekerja saat mendapatkan stimulus baik fokal, kontekstual, maupun residual. Pasien harga diri rendah tidak mampu menghasilkan proses adaptasi yang baik, sehingga menimbulkan masalah pada efektor berupa gangguan konsep diri dalam hal ini adalah harga diri rendah. Output yang tampak berupa respon perilaku inefektif yang dapat dinilai dari aspek kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial. Munculnya respon perilaku yang inefektif akan membuat terjadinya mekanisme umpan balik pada model adaptasi Roy dalam hal ini pasien akan dihadapkan kembali pada stimulus semula yang akan mengganggu proses adaptasi selanjutnya.

#### **Faktor Predisposisi dan Faktor Presipitasi.**

##### **a. Aspek Biologis**

Sebagian besar pasien memiliki riwayat gangguan jiwa sebelumnya (75%), Sebagian kecil memiliki riwayat genetik (25%). Faktor genetik berperan dalam mencetuskan terjadinya gangguan jiwa pada diri seseorang. Sadock dan Sadock (2007) menyampaikan bahwa genetik memiliki peran pada pasien skizofrenia. Seseorang beresiko 10% jika salah satu orang tua menderita gangguan dan jika kedua orang tua memiliki riwayat gangguan maka resiko akan lebih besar, yaitu menjadi 40%.

##### **b. Aspek Psikologis**

Pasien HDR kronis yang diberikan terapi kognitif memiliki riwayat psikologis kurang percaya diri (90%). Menurut Stuart (2016) bahwa faktor psikologis meliputi konsep diri, intelektualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman masa lalu, koping dan keterampilan komunikasi secara verbal mempengaruhi perilaku seseorang

dalam hubungannya dengan orang lain.

Pemberian terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga membantu pasien mengembangkan mekanisme koping dalam memecahkan masalah terkait masa lalu yang tidak menyenangkan. Penelitian (Effendi, Poeranto, Supriati, 2016) menguraikan pemberian terapi generalis dan kognitif memiliki pengaruh yang lebih bermakna terhadap peningkatan harga diri remaja dibandingkan dengan terapi generalis saja. Penelitian yang mendukung tentang psikoedukasi keluarga oleh (Rahayu, Hamid, Sabri, 2011) menyatakan psikoedukasi keluarga dapat dikembangkan ke arah pembentukan *self help group* bagi keluarga dan penderita.

### **c. Aspek Sosial Budaya**

Pasien yang diberikan terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga memiliki masalah sosial budaya yang sangat berpengaruh yaitu tidak memiliki teman (85%), konflik keluarga (80%) dan status ekonomi rendah (70%). Townsend (2009) menyatakan bahwa status sosioekonomi yang rendah lebih banyak mengalami gangguan jiwa dibandingkan tingkat sosio ekonomi tinggi. Kondisi kehidupan yang berada dalam kemiskinan, rendahnya pemenuhan kebutuhan perawatan untuk anggota keluarga, kurangnya sumber pendukung untuk mengatasi situasi stres, akan mempengaruhi perilaku seseorang dalam kehidupan sehari-hari.

### **Terapi Kognitif dan Psikoedukasi Keluarga**

Kemampuan pasien dan keluarga dalam melaksanakan terapi ners dan ners spesialis berupa terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga, merupakan proses kontrol dalam konsep adaptasi Roy. Perilaku pasien yang diberikan terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga mengalami

perubahan ke arah yang adaptif. Hal ini tidak terlepas dari peran keluarga sebagai faktor pendukung pasien.

Pelaksanaan terapi kognitif memerlukan *support system* keluarga. Hasil penelitian (Mahmud, Lilik, Setyanto, 2016) menguraikan psikoedukasi mengenai dukungan sosial keluarga memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penurunan kecemasan pada pasien depresi. Farlane (2014) juga mendukung pentingnya psikoedukasi keluarga yaitu bertujuan mendidik keluarga dan penderita skizofrenia mengatasi penyakitnya. Pendapat yang sama juga dinyatakan oleh Timmerby et al (2016) yang menegaskan psikoedukasi keluarga berdampak positif terhadap pasien depresi dan keluarga untuk membantu keluarga mengenali gejala depresi, memfasilitasi respon pengobatan lebih cepat dan mengurangi resiko kambuh.

Tindakan Keperawatan ners, terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga diberikan dengan tujuan untuk meningkatkan mekanisme koping yaitu sistem kognator pasien dalam mengatasi stimulus yang diterimanya. Terapi yang diberikan akan memperkuat proses kontrol, yaitu mekanisme koping kognator. Setelah itu mekanisme koping kognator yang kuat akan mempengaruhi efektor, yaitu sistem adaptif pasien. Sistem adaptif akan mempengaruhi konsep diri, fungsi peran dan interdependensi, dengan mekanisme koping yang adaptif ketiga sistem adaptif tersebut akan menghasilkan perilaku adaptif.

### **Respon terhadap Stresor**

Pasien di ruang Utari mempunyai riwayat kurang adekuat dalam memberikan respon terhadap stresor yang dihadapi. Respon kognitif menunjukkan bahwa seluruh pasien menilai dirinya negatif (100%), respon afektif berupa perasaan malu (85%), secara fisik mengalami gangguan tidur

(75%). Respon perilaku menunjukkan tampak ragu melakukan sesuatu (80%) kontak mata kurang sebesar (75%) dan secara sosial menunjukkan kurang partisipasi sosial sebesar (80%).

Proses output setelah pasien mendapat terapi kognitif menunjukkan perubahan tanda dan gejala positif pada respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosialnya, dimana kelima aspek respon tersebut mengalami penurunan secara signifikan. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart (2016) yang mengatakan menilai dapat terlihat dari aspek kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial budaya.

### Kesimpulan

Penanganan kasus pada pasien harga diri rendah kronis di ruang Utari RSMH Bogor, menunjukkan penurunan tanda gejala dan peningkatan kemampuan pasien untuk melawan pikiran otomatis negatif, sehingga pasien dapat menunjukkan kelebihan positif dalam 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, dan melibatkan keluarga sebagai pemberi asuhan utama. Terapi kognitif dan psikoedukasi keluarga direkomendasikan pada pasien dengan harga diri rendah kronis, karena memberikan pengaruh yang berarti serta memberikan perubahan ke arah yang adaptif. Kerjasama keluarga, pasien dan perawat merupakan bagian yang penting dalam asuhan keperawatan, keluarga diharapkan memberi kekuatan dalam keberhasilan diri pasien. Kedua terapi ners spesialis ini seyogyanya dilakukan secara intensif saat pasien menjalani perawatan. Selain itu rumah sakit sebagai lembaga yang memberikan layanan kesehatan dapat

bekerjasama dengan puskesmas, perawat spesialis jiwa untuk menindaklanjuti perawatan pasien di rumah setelah pasien pulang rawat inap.

### Daftar Pustaka

- [1] Alligood, M.R, Achir Yani, S.H, Kusman I. (2017), *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*, Edisi Indonesia ke-8 vol 1, Singapore, Elsevier.
- [2] Atalay, F. & Atalay, H. (2006). Gender Differences in Patients With Schizophrenia in Terms of Sociodemographic and Clinical Characteristics. *German Journal Psychiatric*.9.41-47.
- [3] Badan Litbang Kemenkes RI. (2008). *Riset kesehatan dasar tahun 2007*. Jakarta. Kemenkes RI.
- [4] Bulechek, G.M, Butcher, H.K., Dochterman, J.M, Wagner,C.M. *Nursing Interventions Classification*. (2013). Singapore, Elsevier.
- [5] Effendi, Z., Sri.P., Lilik, S. (2016). Pengaruh Terapi Kognitif Terhadap Peningkatan Harga Diri Remaja. *Jurnal Kesehatan Mesencephalon*, Vol.2 No.4 , Oktober 2016. Malang : FK.Universitas Brawijaya
- [6] Fausiah, F & Julianti, W. (2014). *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa*. Penerbit Jakarta.Universitas Indonesia (UI-Pres).
- [7] Frederickson, K. (2000). Nursing Knowledge Development Through Research : Using The Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, Vol 13 No.1, January 2000,12-17.
- [8] Mahmud, R.A, Lilik, S.,Setyanto, A.,T. (2016). *Pengaruh Psikoedukasi Mengenai Dukungan Sosial Keluarga Dalam Menurunkan kecemasan*

- pada Pasien Depresi Rawat Jalan Rumah sakit Jiwa Daerah Surakarta*. Tesis. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret. Tidak dipublikasikan.
- [9] Mc.Farlane, W.R (2016). *Multyfamily Groups in The Treatment Of Severe Psychiatric Disorders*.New York. NY. Guilford.
- [10] Nathan, P., Gorman, J. (2007). *A guide to Treatment that Works, ed 2*. New York : Oxford University Pres.
- [11] Papalia, O.,& Fieldman. (2008). *Human Developmental*. New York. Mc.Graw-Hill.
- [12] Rahayu, D.,A, Achir Yani, S.H, Luknis,S. (2011). *Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Dukungan Psikososial Keluarga pada Anggota Keluarga Dengan Penyakit Kusta Di Kabupaten Pekalongan*. Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- [13] Sadock, B. J & Sadock, V. A. (2007). Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: behavioral science/clinical psychiatry. (10<sup>th</sup> ed). Philadelphia: Lippincotts William & Wilkins.
- [14] Stuart, G.W.(2016). *Respon Konsep Diri dan Gangguan Disosiatif*. (Heni Dwi Windarwati, penerjemah). Singapore: Elseiver.
- [15] Stuart,G.W.(2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa*. (Keliat & Pasaribu, penerjemah). Singapore: Elseiver.
- [16] Suerni, T, Keliat, Daulima. (2013). Penerapan Terapi Kognitif Dan Psikoedukasi Keluarga Pada Klien Dengan Harga Diri Rendah Di Ruang Yudistira RS.Marzoeki Mahdi Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, Vol.1, Nomor 2, November 2013.
- [17] Timmerby, N. et al. (2016). Family Psychoeducation For Major Depressive Disorders-Study Protocol For a Randomized Controlled Trial. Copenhagen University Hospital. Denmark.
- [18] Townsend, Mary. C. (2009). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing 5th edition*. Philadelphia: F.A Davis Company.
- [19] Ursavas, F.E, Karayurt, O, Iseri,O.(2014).Nurshing Approach Based On Roy Adaptation Model in a Patient Undergoing Breast Conserving Surgery For Breast cancer. *Jurnal Breast Health* 2014.10:134-1
- [20] Zarb, J.,M. (2007).*Developmental Cognitive Behavioral Therapy With Adults*. Routledge Taylor and Francis Group : Newyork, London.
- [21] Zauszniewski, J.(2009). *Effects On Resilience Of Women Family Of Adults With Serious Mental Illness: The Role Of Positive Cognitions*, Arch Psychiatric Nurse 23 :41