

**HUBUNGAN APLIKASI STRATEGI PELAKSANAAN HARGA DIRI
RENDAH DENGAN KEPATUHAN PASIEN DALAM
MENJALANKAN ADL DI RSJD ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk
Memperoleh gelar Sarjana Keperawatan



**DIAJUKAN OLEH
ARIANSYAH
NIM. 14.113082.3.0870**

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

2017

HALAMAN PERSETUJUAN

**HUBUNGAN APLIKASI STRATEGI PELAKSANAAN HARGA DIRI
RENDAH DENGAN KEPATUHAN PASIEN DALAM
MENJALANKAN ADL DI RSJD ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA**

SKRIPSI

DI SUSUN OLEH :

ARIANSYAH

NIM. 14.113082.3.0870

Disetujui untuk diujikan

Pada tanggal, 7 Agustus 2017

Pembimbing I

Pembimbing II

Ns. Maridi Marsan Dirdjo, M.Kep
NIDN. 1125037202

Ns. Ramdhany Ismahmudi, S.Kep., MPH
NIDN. 1110087901

Mengetahui,
Koordinator Mata Kuliah Skripsi

Faried Rahman Hidayat, Ns., S.Kep., M.Kes
NIDN. 1112068002

HALAMAN PENGESAHAN

**HUBUNGAN APLIKASI STRATEGI PELAKSANAAN HARGA DIRI
RENDAH DENGAN KEPATUHAN PASIEN DALAM
MENJALANKAN ADL DI RSJD ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA**

SKRIPSI

DI SUSUN OLEH :

ARIANSYAH

NIM. 14.113082.3.0870

**Diseminarkan untuk diujikan
Pada tanggal, 7 Agustus 2017**

Penguji I

Penguji II

Penguji III

**Ns. Linda DNF, M.Kep., Sp.Jiwa Ns. Maridi Marsan Dirdjo, M.Kep Ns. Ramdhany Ismahmudi, S.Kep., MPH
NIP. 19731103 199505 2 004 NIDN. 1125037202 NIDN. 1110087901**

**Mengetahui,
Ketua Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan**

**Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Kep., M.Kep
NIDN. 1115017703**

HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ariansyah
NIM : 14.113082.3.0870
Program Studi : Ilmu Keperawatan S1 Keperawatan
STIKES Muhammadiyah Samarinda
Judul Penelitian : Hubungan Aplikasi Strategi Pelaksanaan
Harga Diri Rendah Dengan Kepatuhan
Pasien Dalam Menjalankan ADL Di RSJD
Atma Husada Mahakam Samarinda

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 7 Agustus 2017
Yang membuat pernyataan,

Ariansyah
NIM. 14.113082.3.0870

MOTTO

**“BERSABARLAH, SESUNGGUHNYA TUHAN
BERTERIMA KASIH KEPADAMU..**

**YANG BERSABAR DI DALAM KESULITAN DAN
KEPEDIHAN HATINYA..**

KARENA..

**KESABARANMU ADALAH TANDA BAHWA ENKKAU
PERCAYA BAHWA TUHAN SEDANG MENYUSUNKAN
SESUATU YANG LEBIH BAIK DARI DIRI DAN
KEHIDUPAN.....**

(MARIO TEGUH)”

**“SESUNGGUHNYA SHOLATKU, IBADAHKU, HIDUPKU, DAN MATIKU
HANYALAH UNTUK ALLAH SWT, TUHAN SEMESTA ALAM”**

(QUR'AN 25:63)

**HUBUNGAN APLIKASI STRATEGI PELAKSANAAN HARGA DIRI RENDAH DENGAN
KEPATUHAN PASIEN DALAM MENJALANKAN ADL
DI RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA**

Ariansyah¹, Maridi Marsan Dirdjo², Ramdhany Ismahmudi³

INTISARI

Latar Belakang : Data yang diperoleh dari *Medical Record* RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2012 sampai tahun 2014 jumlah pasien gangguan jiwa yang rawat inap terjadi peningkatan, yang diantaranya mengalami masalah keperawatan harga diri rendah kronik sebanyak 39 orang. Dimana dari semua ruangan yang ada masih menjalankan strategi pelaksanaan pada pasien, hanya saja pasien yang patuh menjalankan kegiatan sehari-hari setelah di lakukan strategi pelaksanaan, dari 10 pasien yang ada hanya 5 pasien yang patuh dan mampu menjalankan kegiatan sehari-hari.

Tujuan : Penelitian bertujuan untuk mengetahui aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Metode : Penelitian ini deskriptif korelasional dengan rancangan *cross sectional*. Sampel yaitu seluruh pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda berjumlah 39 responden. Analisis data menggunakan *univariat* dan *bivariat* uji *Chi-Square*.

Hasil Penelitian : Aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebagian besar dilakukan sebanyak 21 responden (53,8%), sedangkan tidak dilakukan terdapat 18 responden (46,2%). Kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebagian besar tidak patuh sebanyak 20 responden (51,3%), sedangkan responden yang patuh terdapat 19 responden (48,7%).

Kesimpulan : Ada hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, dengan *P value* = 0,015 < α = 0,05 sehingga *H₀* ditolak.

Kata Kunci : Aplikasi Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah, Kepatuhan, ADL.

¹ Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

³ Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

**RELATED APPLICATION STRATEGY OF LOW SELF-ESTEEM WITH COMPLIANCE
PATIENTS RUNNING ADL IN RSJD ATMA HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA**

Ariansyah⁴, Maridi Marsan Dirdjo⁵, Ramdhany Ismahmudi⁶

ABSTRACT

Background : Data were obtained from the Medical Record RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda in 2012 until 2014, the number of mental patients were hospitalized there was an increase, which of them experienced nursing problems with chronic low self-esteem as much as 39 people. Where of all the existing space is still running an implementation strategy in patients, only patients with better adherence to daily activities do after the implementation of the strategy, of the 10 patients there were only 5 patients who are adherent and capable of running the day-to-day activities.

Objective : The study aimed to determine the related application strategy of low self-esteem with compliance patients running ADL in RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Methods : his study was descriptive correlational cross-sectional design. The samples are all patients of low self esteem in RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda are 39 respondents. Analysis of univariate and bivariate data using Chi-square test.

Results : Application of low self esteem implementation strategy in patients at Atma RSJD Husada Mahakam Samarinda largely conducted as many as 21 respondents (53.8%), while not done, there are 18 respondents (46.2%). Patient compliance in the run ADL in RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda largely docile as many as 20 respondents (51.3%), while respondents who are obedient are 19 respondents (48.7%).

Conclusion : There is a relationship application implementation strategy of low self esteem with patient compliance in performing ADL in RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, with a P value = 0.015 < α = 0,05 so Ho rejected.

Keywords : Applications of Self-Esteem Low Implementation Strategy, Compliance, ADL.

⁴ Bachelor Nursing STIKES Muhammadiyah Samarinda

⁵ Lecture STIKES Muhammadiyah Samarinda

⁶ Lecture STIKES Muhammadiyah Samarinda

KATA PENGANTAR

Assalammu'alaikum wr.wb.

Segala puja dan puji syukur senantiasa penulis haturkan kehadiran Allah SWT atas rahmat, karunia, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Hubungan Aplikasi Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Dengan Kepatuhan Pasien Dalam Menjalankan ADL Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”.

Penyusunan skripsi merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan S-I Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda. Dalam penyusunan skripsi ini, penulis banyak mengalami hambatan dan kesulitan, namun berkat bimbingan, pengarahan dan bantuan berbagai pihak akhirnya skripsi ini dapat diselesaikan. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan rasa terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada :

1. Bapak Ghozali MH, M.Kes selaku ketua STIKES Muhammadiyah Samarinda.
2. Direktur RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
3. Ibu Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep selaku Ketua Program Studi S-1 Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda.

4. Bapak Ns. Maridi Marsan Dirdjo, M.Kep selaku Dosen Pembimbing I sekaligus Dosen Penguji II yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
5. Bapak Ns. Ramdhany Ismahmudi, S.Kep selaku Dosen Pembimbing II sekaligus Dosen Penguji III yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Ns. Linda DNF, M.Kep., Sp.Jiwa selaku Dosen Penguji I yang telah meluangkan banyak waktu untuk memberikan saran dalam skripsi ini.
7. Bapak Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep., M.Kes selaku koordinator mata kuliah skripsi.
8. Dosen dan Staf STIKES Muhammadiyah Samarinda yang telah mendidik dan memberikan ilmu serta membimbing penulis selama diperkuliahan.
9. Ayahanda Riduansyah dan Ibunda Arbayah (Alm) beserta adik-adikku Annisa Putri, Sri Rahayu, Irmansyah dan keluarga besar yang selalu memberikan do'a disetiap langkah perjuanganku, memberi semangat untuk selalu tetap tegar, mencurahkan kasih sayang hingga saat ini, terimakasih pula atas dukungan, motivasi dan materi yang telah diberikan tanpa pernah berharap sebuah imbalan.
10. Seluruh rekan-rekan STIKES Muhammadiyah Samarinda yang telah memberikan bantuan, dukungan dan saran serta kritiknya dalam penulisan skripsi ini.

11. Semua pihak baik secara langsung maupun tidak langsung yang telah banyak membantu memberi pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan yang telah diberikan. Demi kesempurnaan skripsi ini penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun, guna perbaikan selanjutnya. Akhir kata penulis berharap semoga skripsi ini berguna dan bermanfaat bagi kita semua dan dapat dijadikan saran untuk menambah wawasan, khususnya dalam ilmu keperawatan.

Wassalammu'alaikum. Wr. Wb.

Samarinda, 7 Agustus 2017

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERSETUJUAN | ii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iii |
| SURAT PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI | iv |
| INTISARI | v |
| ABSTRACT | vi |
| MOTTO | vii |
| KATA PENGANTAR | viii |
| DAFTAR ISI | xi |
| DAFTAR TABEL | xiii |
| DAFTAR GAMBAR | xiv |
| DAFTAR LAMPIRAN | xv |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang Masalah..... | 1 |
| B. Rumusan Masalah..... | 6 |
| C. Tujuan Penelitian..... | 6 |
| D. Manfaat Penelitian..... | 7 |
| E. Keaslian Penelitian..... | 8 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | |
| A. Telaah Pustaka..... | 11 |
| 1. Konsep Kepatuhan | 11 |
| 2. <i>Activity Daily Living</i> (ADL)..... | 19 |
| 3. Konsep Diri | 22 |
| 4. Konsep Dasar Harga Diri Rendah | 28 |
| 5. Konsep Strategi Pelaksanaan | 33 |
| B. Penelitian Terkait..... | 47 |

| | | |
|----------------|--|----|
| | C. Kerangka Teori Penelitian..... | 49 |
| | D. Kerangka Konsep Penelitian..... | 50 |
| | E. Hipotesis Penelitian..... | 50 |
| BAB III | METODE PENELITIAN | |
| | A. Rancangan Penelitian..... | 52 |
| | B. Populasi dan Sampel..... | 53 |
| | C. Waktu dan Lokasi Penelitian..... | 55 |
| | D. Definisi Operasional | 55 |
| | E. Uji Normalitas..... | 56 |
| | F. Instrumen Penelitian..... | 57 |
| | G. Teknik Pengumpulan Data..... | 58 |
| | H. Teknik Analisis Data..... | 60 |
| | I. Jalannya Penelitian..... | 63 |
| | J. Etika Penelitian..... | 65 |
| | K. Jadwal Penelitian..... | 66 |
| BAB IV | HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | |
| | A. Hasil Penelitian..... | 68 |
| | B. Pembahasan..... | 74 |
| | C. Keterbatasan Penelitian..... | 88 |
| BAB V | KESIMPULAN DAN SARAN | |
| | A. Kesimpulan..... | 90 |
| | B. Saran..... | 91 |
| | DAFTAR PUSTAKA | |
| | LAMPIRAN-LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|----------------|
| Tabel 3.1. Jumlah Sampel..... | 54 |
| Tabel 3.2. Definisi Operasional..... | 56 |
| Tabel 3.3. Analisis Tabel 2x2..... | 63 |
| Tabel 3.4. Jadwal Penelitian..... | 67 |
| Tabel 4.1. Karakteristik Responden Pasien Harga Diri Rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda..... | 70 |
| Tabel 4.2. Karakteristik Responden Perawat Yang Menangani Pasien Harga Diri Rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda..... | 72 |
| Tabel 4.3. Aplikasi Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Pada Pasien Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda..... | 73 |
| Tabel 4.4. Kepatuhan Pasien Dalam Menjalankan ADL Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda..... | 74 |
| Tabel 4.5. Hubungan Aplikasi Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Dengan Kepatuhan Pasien Dalam Menjalankan ADL Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda..... | 75 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|---|----------------|
| Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian..... | 49 |
| Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian..... | 50 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|--|----------------|
| Lampiran 1. Surat Permohonan Bersedia Menjadi Responden..... | 97 |
| Lampiran 2. Surat Persetujuan Menjadi Responden..... | 98 |
| Lampiran 3. Lembar Observasi..... | 99 |
| Lampiran 4. Master Tabel Penelitian..... | 106 |
| Lampiran 5. Hasil SPSS Analisis Data..... | 113 |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Di zaman modern ini, globalisasi terjadi di berbagai bidang. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi semakin pesat. Selain berbagai kemudahan, pada zaman modern ini juga memberikan banyak stressor bagi masyarakat. Stresor dapat mempengaruhi keadaan jiwa seseorang.

Gangguan jiwa merupakan masalah yang serius dan penting, karena menyangkut individu dan dapat merugikan baik untuk klien itu sendiri, keluarga, masyarakat, bahkan bisa sampai pemerintah. Fenomena yang terjadi dan berkembang di Indonesia diantaranya adalah tingginya atau semakin bertambahnya klien dengan gangguan jiwa (Sunaryo, 2004).

World Health Organization (WHO dalam Depkes RI, 2013) telah memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan kesehatan jiwa, setiap tahun sekitar 1 juta orang diantaranya meninggal karena bunuh diri, hampir satu per tiga dari penduduk di wilayah Asia Tenggara. Penderita skizofrenia umumnya dapat terjadi disebabkan oleh genetik, neuroanatomi, stres psikologi dan hubungan

antar manusia yang kurang harmonis. Berdasarkan laporan Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 bahwa prevalensi nasional gangguan jiwa berat adalah 0,5%. Adapun prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3 - 1%, apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa maka diperkirakan sekitar 2 juta skizofrenia, dimana sekitar 99% pasien di rumah sakit jiwa adalah penderita skizofrenia (Depkes RI, 2013). Hal ini diperburuk dengan minimnya pelayanan dan fasilitas kesehatan jiwa di berbagai daerah Indonesia sehingga banyak penderita gangguan kesehatan mental yang belum tertangani dengan baik. Kesenjangan pengobatan gangguan jiwa di Indonesia mencapai lebih dari 90 persen. Artinya, kurang dari 10 persen penderita gangguan jiwa yang mendapatkan layanan terapi oleh petugas kesehatan.

Kejadian skizofrenia di Provinsi Kalimantan Timur diperkirakan 1,5 per 1000 jiwa (Depkes RI, 2013), dimana Kota Samarinda sebagai ibukota dari Provinsi Kalimantan Timur tercatat 10.597 pasien yang mengalami gangguan jiwa pada tahun 2012. Angka lalu meningkat pada tahun 2013 sekitar 13,46% atau mencapai 13,893 pasien. Pemicu peningkatan penentu gangguan jiwa di Samarinda dikarenakan musibah banjir, kebakaran, dan putus cinta (Depkes Provinsi Kalimantan Timur, 2013).

Dampak dari meningkatnya gangguan jiwa saat ini dapat mempengaruhi persepsi individu akan kemampuan dirinya sehingga

mengganggu harga diri seseorang yang menimbulkan ketidakmampuan individu dalam berkarya serta ketidaktepatan individu dalam berperilaku yang dapat mengganggu kelompok dan masyarakat serta dapat menghambat pembangunan karena mereka tidak produktif. Penurunan produktifitas klien juga dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat (Yosep, 2010).

Semua ini terjadi disebabkan oleh beberapa faktor. Beberapa faktor tersebut diantaranya faktor biologis biasanya karena ada kondisi sakit fisik yang dapat mempengaruhi kerja hormon secara umum, faktor psikologis yang berhubungan dengan pola asuh dan kemampuan individu menjalankan peran atau fungsi meliputi masa kecil yang sering di salahkan, harapan orang tua yang tidak realistis, orang tua yang tidak percaya pada anak, tekanan teman sebaya dan pergaulan dan peran yang tidak sesuai dengan jenis kelamin. Secara sosial status ekonomi sangat mempengaruhi kondisi ini antara lain kemiskinan dan tempat tinggal di daerah kumuh dan rawan. Secara faktor kultural tuntutan peran sesuai kebudayaan sering meningkatkan kejadian gangguan jiwa tingkat ringan maupun tingkat berat. Awalnya individu berada pada suatu situasi yang penuh dengan stresor, jika lingkungan tidak memberi dukungan yang positif akan mengakibatkan individu mengalami gangguan kejiwaan (Yosep, 2010).

Penanganan gangguan jiwa harus dilakukan secara multi pendekatan dimiliki klien sehingga dapat meningkatkan harga diri klien, khususnya pendekatan keluarga dan pendekatan petugas kesehatan secara langsung dengan penderita. Salah satu upaya penting dalam penyembuhan dan pencegahan dengan adanya dukungan keluarga yang baik. Selain itu perlunya dilakukan perawatan yang lebih intensif atau melatih kemampuan yang dimiliki klien sehingga dapat meningkatkan persepsi harga diri klien dengan harga diri rendah kronis. Seperti aplikasi strategi pelaksanaan untuk meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

Strategi pelaksanaan ini digunakan sebagai upaya untuk meningkatkan harga diri dan pengenalan aspek-aspek positif yang ada pada diri pasien. Diharapkan pasien bisa menjalankan kehidupan normalnya karena harga dirinya muncul kembali. Tidak seperti pada saat masih mengalami harga diri rendah (HDR). Pasien yang mengalami HDR, dampak yang dapat di timbulkan klien skizofreni yang menarik diri adalah kerusakan komunikasi verbal dan nonverbal; gangguan hubungan interpersonal; gangguan interaksi sosial, resiko perubahan persepsi sensori (halusinasi). Bila klien menarik diri tidak cepat teratasi maka akan dapat membahayakan keselamatan diri sendiri maupun orang lain (Keliat, 2006).

Penatalaksanaan klien dengan riwayat harga diri rendah dapat dilakukan salah satunya dengan pemberian intervensi strategi pelaksanaan perawatan. Strategi pelaksanaan merupakan instrumen panduan pelaksanaan intervensi keperawatan jiwa yang digunakan sebagai acuan bagi perawat saat berinteraksi atau berkomunikasi secara terapeutik kepada klien dengan gangguan jiwa. Untuk mencapai tujuan yang ditentukan sebelumnya adalah upaya memfasilitasi kemampuan klien untuk patuh dalam menjalankan *Activity Daily Living* (ADL) yaitu kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari yang merupakan aktivitas pokok dalam perawatan diri.

Data yang diperoleh dari *Medical Record* RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda pada tahun 2012 jumlah pasien gangguan jiwa yang rapat inap sebanyak 832 orang, pada tahun 2013 jumlah pasien gangguan jiwa yang dirawat inap mengalami peningkatan yaitu sebesar 1.157 orang, pada tahun 2014 terus terjadi peningkatan jumlah pasien gangguan jiwa yang dirawat inap yaitu 1.277 orang. Dimana jumlah pasien yang mengalami masalah keperawatan HDR kronik pada tahun 2015 sebanyak 39 orang, dari total keseluruhan pasien yang berada di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebanyak 287 orang.

Studi pendahuluan yang dilakukan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, diketahui semua ruangan yang ada masih

menjalankan strategi pelaksanaan pada pasien karna strategi pelaksanaan termasuk dalam asuhan keperawatan. Hanya saja dari observasi awal terhadap 10 pasien di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, pasien yang patuh menjalankan ADL setelah di lakukan strategi pelaksanaan hanya 5 pasien, sedangkan 5 pasien yang lainnya melakukan aktifitas harian masih ada dengan bantuan dan arahan dari perawat. Adapun dilapangan juga menunjukkan masih ada beberapa pasien belum memiliki jadwal kegiatan harian.

Berdasarkan fenomena di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah : “Apakah ada hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda?”.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini dibedakan menjadi tujuan umum dan tujuan khusus yaitu sebagai berikut :

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan dan frekuensi perawatan.
- b. Mengidentifikasi aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
- c. Mengidentifikasi kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
- d. Menganalisis hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

a. Akademis

Sebagai tambahan pengetahuan serta kepustakaan untuk mengembangkan ilmu keperawatan mengenai aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL.

b. Peneliti

Menambah wawasan, pengetahuan dan pengalaman dalam meningkatkan khasanah ilmu pengetahuan bagi peneliti. Serta memudahkan peneliti berikutnya untuk meneliti yang berkaitan mengenai aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Responden

Sebagai sumber informasi agar pasien terhindar dari mengalami harga diri rendah dengan kepatuhan menjalankan ADL.

b. Bagi Instansi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan, informasi tambahan dan evaluasi dari pihak luar (akademis) untuk mengetahui hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya yang berhubungan dengan penelitian ini adalah :

1. Fitra (2013) yang berjudul “Hubungan Antara Faktor Kepatuhan Mengonsumsi Obat Dukungan Keluarga Dan Lingkungan Masyarakat

Dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di RSJD Surakarta”. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian adalah 96 anggota keluarga yang memiliki keluarga rawat jalan di RSJD Surakarta. Instrument penelitian berupa kuesioner dan data rekam medis. Teknik analisis meliputi rank spearman dan regresi Logistik. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini yaitu penelitian ini melihat hubungan strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien menjalankan ADL, dengan alat analisis uji *chi square*. Persamaan penelitian ini yaitu populasi penelitian merupakan pasien skizofrenia di RSJD.

2. Munthe (2015) yang berjudul “Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Frekuensi Kekambuhan Pada Orang Dengan Skizofrenia di Poli Rawat Jalan RS Jiwa Prof. dr. M. Ildrem Medan tahun 2015”. Metode penelitian yang digunakan adalah *deskriptif korelasi* dengan rancangan *cross-sectional study*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien skizofrenia yang dirawat inap di Poli Rawat Jalan Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. M. Ildrem Medan dengan jumlah 92 orang. Teknik pengambilan sampel adalah *purposive sampling*. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini yaitu penelitian ini melihat hubungan strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan

pasien menjalankan ADL. Persamaan penelitian ini yaitu populasi penelitian merupakan pasien skizofrenia di RSJD.

3. Sefrina (2016) dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif korelasional dengan sampel penelitian sebanyak 100 orang. Metode pengambilan data menggunakan skala dukungan keluarga dan skala keberfungsian sosial yang dianalisis menggunakan korelasi *product moment*. Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian ini yaitu penelitian ini melihat hubungan strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien menjalankan ADL, dengan alat analisis uji *chi square*. Persamaan penelitian ini yaitu populasi penelitian merupakan pasien skizofrenia di RSJD.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Kepatuhan

a. Pengertian Kepatuhan

Kepatuhan adalah tingkat perilaku pasien yang tertuju terhadap intruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik diet, latihan, pengobatan atau menepati janji pertemuan dengan dokter (Stanley, 2007).

Kepatuhan adalah tingkat ketepatan perilaku seorang individu dengan nasehat medis atau kesehatan dan menggambarkan penggunaan obat sesuai dengan petunjuk pada resep serta mencakup penggunaannya pada waktu yang benar (Siregar, 2006).

Pengertian kepatuhan menurut *Psychologi of nursing care* yang dikutip oleh Niven (dalam Salawati, 2015) bahwa kepatuhan pasien sebagai sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan. Orang mematuhi perintah dari orang yang mempunyai kekuasaan bukan hal yang mengherankan karena ketidakpatuhan sering kali diikuti

dengan beberapa bentuk hukuman. Meskipun demikian, yang menarik adalah pengaruh dari orang yang tidak mempunyai kekuasaan dalam membuat orang mematuhi perintahnya dan sampai sejauh mana kesediaan orang untuk mematuhi.

Menurut Notoadmodjo (2007) kepatuhan manusia adalah semua tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas, baik dapat diamati secara langsung, maupun yang tidak diamati. Dari segi biologis, kepatuhan adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup yang bersangkutan) sedangkan dari segi kepentingan kerangka analisis, kepatuhan adalah apa yang dikerjakan oleh organisme tersebut baik dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung

Kepatuhan (*adherence*) secara umum didefinisikan sebagai tingkat perilaku seseorang yang mendapatkan pengobatan, mengikuti diet, dan melaksanakan gaya hidup sesuai dengan rekomendasi pemberi pelayanan kesehatan (WHO dalam Salawati, 2015).

Secara umum istilah kepatuhan dideskripsikan sejauh mana pasien mengikuti instruksi-instruksi atau saran-saran dari medis (Sabate, 2001). Menurut Prijadarminto (2003), pengertian

kepatuhan adalah suatu kondisi yang tercipta dan berbentuk melalui proses dari serangkaian perilaku yang menunjukkan nilai-nilai ketaatan, kepatuhan, kesetiaan, keteraturan dan ketertiban. Sikap atau perbuatan yang dilakukan bukan lagi atau sama sekali tidak dirasakan sebagai beban, bahkan sebaliknya akan membebani dirinya bila mana ia tidak dapat berbuat sebagaimana lazimnya.

Kepatuhan dalam terapi adalah tingkat perilaku pasien yang tertuju terhadap instruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan, baik, diet, latihan, pengobatan atau menepati janji pertemuan dengan dokter (Stanley, 2007). Kepatuhan adalah merupakan suatu perubahan perilaku dari perilaku yang tidak mentaati peraturan ke perilaku yang mentaati peraturan (Green dalam Notoatmodjo, 2007).

Menurut Dinicola dan Dimatteo (dalam Gunawan 2012), menyebutkan ada beberapa pendekatan yang dapat dilakukan dalam meningkatkan kepatuhan pasien, yaitu:

- 1) Buat interuksi tertulis tentang kegiatan ADL sebelum menjelaskan hal lain.
- 2) Berikan informasi tentang kegiatan ADL sebelum menjelaskan yang lain.

- 3) Jika seseorang diberikan suatu daftar tertulis tentang hal-hal yang harus diingat maka akan ada keunggulan yaitu mereka akan berusaha mengingat hal-hal pertama yang ditulis.
- 4) Instruksi-instruksi harus ditulis dengan bahasa umum (non-medis) dalam hal yang perlu ditekankan.

b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Niven (2008) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah :

1) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

2) Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian klien yang dapat mempengaruhi kepatuhan antenatal care

adalah jarak dan waktu, biasanya ibu cenderung malas melakukan antenatal care pada tempat yang jauh.

3) Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman, kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu kepatuhan terhadap program pengobatan seperti pengurangan berat badan, berhenti merokok dan menurunkan konsumsi alkohol. Lingkungan berpengaruh besar.

4) Perubahan model terapi

Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan klien terlihat aktif dalam pembuatan program pengobatan (terapi).

5) Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Suatu penjelasan penyebab penyakit dan bagaimana pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan, semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan.

6) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, dari

pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007). Menurut fungsinya pengetahuan merupakan dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran, dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Adanya unsur pengalaman yang semula tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh individu akan disusun, ditata kembali atau diubah sedemikian rupa, sehingga tercapai suatu konsistensi. Semakin tinggi tingkat pengetahuan, semakin baik pula ibu melaksanakan antenatal care (Azwar, 2007).

- 7) Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur melakukan antenatal care (Notoatmodjo, 2007).
- 8) Dukungan Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil masyarakat yang terdiri atas 2 orang atau lebih, adanya ikatan persaudaraan atau pertalian darah, hidup dalam satu rumah tangga berinteraksi satu sama lain, mempertahankan satu kebudayaan (Effendy, 2006).

Terkait dengan penelitian ini, kepatuhan diartikan sebagai suatu kemampuan pasien dan sejauh mana mampu mengikuti ssaran dari perawat terkait dengan dilaksanakannya jadwal kegiatan harian yang dibuat oleh pasien dibawah bimbingan perawat.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan

Menurut Niven (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian antara lain:

1) Pemahaman tentang instruksi

Tidak seorang pun yang mematuhi instruksi, jika ia salah paham tentang instruksi yang diterima. Ley dan Spelman (1967, dalam Gunawan 2012), menemukan bahwa lebih dari 60% pasien yang diwawancarai setelah bertemu dokter salah mengerti tentang instruksi yang diberikan kepada mereka. Hal ini disebabkan kegagalan petugas kesehatan dalam

memberikan informasi yang lengkap dan banyaknya instruksi yang harus diingat dan penggunaan istilah medis.

2) Kualitas interaksi

Menurut Korcsh dan Negrede (1972, dalam Gunawan 2012) kualitas interaksi antara petugas kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Ada beberapa keluhan, antara lain, kurangnya minat yang diperhatikan oleh dokter, penggunaan istilah medis secara berlebihan, kurangnya empati dan tidak memperoleh kejelasan mengenai penyakitnya. Pentingnya keterampilan interpersonal dalam memacu kepatuhan terhadap pengobatan.

3) Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat mempengaruhi dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat menentukan tentang program tentang kegiatan yang dapat mereka terima.

4) Keyakinan, sikap dan kepribadian

Keyakinan seseorang tentang kesehatan sangat berguna memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik

diberikan oleh profesional kesehatan baik/perawat dapat menanamkan ketaatan bagi pasien.

5) Dukungan sosial

Dukungan sosial yang dimaksud adalah keluarga pasien untuk menunjang peningkatan kesehatan pasien maka ketidakpatuhan dapat dikurangi.

6) Perilaku sehat

Modifikasi perilaku sehat sangat diperlakukan. Untuk pasien dengan hipertensi diantaranya adalah tentang bagaimana cara untuk menghindari dari komplikasi lebih lanjut apabila sudah menderita hipertensi. Modifikasi gaya hidup dan kontrol secara teratur atau minum obat anti hipertensi sangat perlu bagi pasien hipertensi.

7) Pemberian informasi

Pemberian informasi yang jelas pada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

2. *Activity Daily Living (ADL)*

a. Pengertian

Jadwal harian merupakan salah satu alat visual yang digunakan oleh seseorang untuk melihat rutinitas atau kegiatan sehari-hari dalam kaitannya dengan asuhan keperawatan jiwa,

jadwal kegiatan harian merupakan salah satu bagian penting dalam implementasi dan intervensi keperawatan jiwa. Jadwal kegiatan harian merupakan sebuah media tertulis yang dibuat oleh pasien dibawah bimbingan perawat yang berisikan kegiatan sehari-hari yang dilakukan oleh pasien dan akan dievaluasi setiap hari oleh perawat.

Activity Daily living (ADL) adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. ADL meliputi antara lain: ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi, dan berpindah tempat (Hardywinoto dan Setiabudi, 2005). Sedangkan menurut Brunner & Suddarth (2002 dalam Sugiarto, 2005) ADL adalah perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari ADL adalah ketrampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat.

Istilah ADL mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan dan minum, toileting, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan

sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, transfer/bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain) (Sugiarto, 2005).

Kegiatan dalam melakukan suatu pekerjaan (okupasioanl) menurut Kontjoro (dalam Purba, 2009) adalah tingkah laku pasien yang berhubungan dengan kegiatan untuk melakukan suatu ketertarikan pada suatu pekerjaan/kegiatan, hobi dan rekreasi yang menimbulkan rasa untuk berbuat sesuatu seperti menyapu, mencuci, membantu orang lain, bermain, menonton selanjutnya bersedia untuk melakukan pekerjaan tersebut secara aktif, terampil, produktif dan mampu menghargai hasil pekerjaan diri sendiri atau orang lain serta bersedia menerima perintah, larangan dan kritik dari orang lain.

b. Macam-Macam ADL

Menurut Sugiarto (2005) macam-macam ADL yaitu :

- 1) ADL dasar, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lainjuga disertakankemampuan mobilitas.

- 2) ADL instrumental, yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik, mengelola uang kertas ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas.
- 3) ADL vokasional, yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.
- 4) ADL non vokasional, yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi, dan mengisi waktu luang.

Jadi dapat disimpulkan bahwa dalam jadwal kegiatan harian pasien berisikan tentang kemampuan pasien dalam melakukan ADL, kemampuan pasien dalam berinteraksi dengan orang lain dalam kemampuan untuk melakukan suatu pekerjaan dan hobi yang direncanakan dan dibuat dibawah bimbingan perawat dan dipatuhi/dilaksanakan oleh pasien setiap hari.

3. Konsep Diri

a. Pengertian Konsep Diri

Konsep diri adalah semua pikiran, keyakinan, dan kepercayaan yang merupakan pengetahuan individu tentang dirinya dan memengaruhi hubungannya dengan orang lain. Konsep diri tidak terbentuk waktu lahir, tetapi dipelajari sebagai hasil pengalaman unik seseorang dalam dirinya sendiri, dengan orang terdekat, dan realitas dunia (Stuart, 2006).

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, perasaan, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu dalam berhubungan dengan orang lain (Suliswati, 2005). Konsep diri adalah cara individu dalam melihat pribadinya secara utuh, menyangkut fisik, emosi, intelektual, sosial, dan spiritual (Sunaryo, 2004). Sedangkan gangguan konsep diri: harga diri rendah adalah perasaan negatif terhadap diri sendiri, tidak berharga, tidak berguna, pesimis, tidak adaharapan dan putus asa (Depkes RI, 2013).

b. Komponen Konsep Diri

Konsep diri menurut Stuart (2006) terdiri atas komponen-komponen berikut ini:

1) Citra tubuh (*Body Image*)

Citra tubuh (*Body Image*) adalah kumpulan sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya. Termasuk persepsi serta perasaan masa lalu dan sekarang tentang ukuran, fungsi, penampilan, dan potensi. Citra tubuh dimodifikasi secara berkesinambungan dengan persepsi dan pengalaman baru.

2) Ideal Diri (*Self Ideal*)

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar, aspirasi, tujuan, atau nilai personal tertentu. Sering juga disebut bahwa ideal diri sama dengan cita-cita, keinginan, harapan tentang diri sendiri.

3) Identitas Diri (*Self Identity*)

Identitas pribadi adalah prinsip pengorganisasian kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi, dan keunikan individu. Pembentukan identitas dimulai pada masa bayi dan terus berlangsung sepanjang kehidupan tapi merupakan tugas utama pada masa remaja. Menurut Sunaryo (2004) identitas diri merupakan kesadaran akan diri pribadi yang bersumber dari pengamatan dan penilaian, sebagai sintesis semua aspek konsep diri dan

menjadi satu kesatuan yang utuh. Hal-hal penting yang terkait dengan identitas diri menurut yaitu :

- a) Berkembang sejak masa kanak-kanak, bersamaan dengan berkembangnya konsep diri.
- b) Individu yang memiliki perasaan identitas diri kuat akan memandang dirinya tidak sama dengan orang lain, unik, dan tidak ada duanya.
- c) Identitas jenis kelamin berkembang secara bertahap sejak bayi.
- d) Identitas jenis kelamin dimulai dengan konsep laki –laki dan perempuan serta banyak dipengaruhi oleh pandangan maupun perlakuan masyarakat.
- e) Kemandirian timbul dari perasaan berharga, menghargai diri sendiri, kemampuan, dan penguasaan diri.
- f) Individu yang mandiri dapat mengatur dan menerima dirinya.

4) Peran Diri (*Self Role*)

Menurut Stuart (2006) peran diri merupakan serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu di berbagai kelompok sosial. Peran yang diterapkan adalah peran yang dijalani dan

seseorang tidak mempunyai pilihan. Peran yang diambil adalah peran yang terpilih atau dipilih oleh individu.

Menurut Sunaryo (2004) juga peran diri adalah pola perilaku, sikap, nilai, dan aspirasi yang diharapkan individu berdasarkan posisinya di masyarakat. Setiap individu disibukkan oleh berbagai macam peran yang terkait dengan posisinya. Hal-hal penting terkait dengan peran diri yaitu :

- a) Peran dibutuhkan individu sebagai aktualisasi diri.
- b) Peran yang memenuhi kebutuhan dan sesuai ideal diri, menghasilkan harga diri yang tinggi atau sebaliknya.
- c) Posisi individu di masyarakat dapat menjadi stressor terhadap peran.
- d) Stres peran timbul karena struktur sosial yang menimbulkan kesukaran atau tuntutan posisi yang tidak mungkin dilaksanakan.
- e) Stress peran, terdiri dari konflik peran, peran yang tidak jelas, peran yang tidak sesuai, dan peran yang terlalu banyak atau berlebih.
- f) Harga Diri (*Self Esteem*). Harga diri merupakan penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisis seberapa sesuai perilaku dirinya dengan ideal

diri. Harga diri yang tinggi adalah perasaan yang berasal dari penerimaan diri sendiri tanpa syarat, walaupun melakukan kesalahan, kekalahan, dan kegagalan, tetap merasa sebagai seorang yang penting dan berharga.

Menurut Sunaryo, (2004) aspek utama harga diri adalah dicintai, disayangi, dikasihi orang lain dan mendapat penghargaan dari orang lain.

c. Rentang Respon Konsep Diri

Konsep diri merupakan aspek kritical dan dasar dari perilaku individu. Individu dengan konsep diri yang positif dapat berfungsi lebih efektif yang terlihat dari kemampuan interpersonal, kemampuan intelektual dan penguasaan lingkungan. Konsep diri yang negatif dapat dilihat dari hubungan individu dan sosial yang maladaptif. Rentang respon individu terhadap konsep dirinya dapat dilihat pada gambar berikut :

secara sosial, khawatir, serta menarik diri dari realitas (Stuart, 2006).

Kerancuan identitas merupakan suatu kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak ke dalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis. Adapun perilaku yang berhubungan dengan kerancuan identitas yaitu tidak ada kode moral, sifat kepribadian yang bertentangan, hubungan interpersonal eksploitatif, perasaan hampa. Perasaan mengambang tentang diri sendiri, tingkat ansietas yang tinggi, ketidakmampuan untuk empati terhadap orang lain (Stuart, 2006).

Depersonalisasi merupakan suatu perasaan yang tidak realistis dimana klien tidak dapat membedakan stimulus dari dalam atau luar dirinya. Individu mengalami kesulitan untuk membedakan dirinya sendiri dari orang lain, dan tubuhnya sendiri merasa tidak nyata dan asing baginya (Stuart, 2006).

4. Konsep Dasar Harga Diri Rendah

a. Pengertian Harga Diri Rendah

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku individu sesuai dengan ideal diri. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Aspek utama harga diri adalah dicintai, disayangi, dikasihi

orang lain dan mendapat penghargaan dari orang lain (Sunaryo, 2004).

Harga diri rendah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi yang negative terhadap diri sendiri atau kemampuan diri. Adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai ideal diri (Yosep, 2010). Harga diri rendah adalah evaluasi diri/perasaan negative tentang diri sendiri atau kecakapan diri yang berlangsung lama (Nanda, 2012). Harga diri rendah menurut Yosep (2010) apabila :

- 1) Kehilangan kasih sayang atau cinta-kasih dari orang lain.
- 2) Kehilangan penghargaan dari orang lain.
- 3) Hubungan interpersonal yang buruk.

Gangguan harga diri yang disebut sebagai harga diri rendah menurut Yosep (2010) dapat terjadi secara :

- 1) Situational, yaitu terjadi terutama tiba-tiba, misalnya harus operasi, kecelakaan, dicerai suami/istri, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu (korban perkosaan, di tuduh Korupsi Kolusi Nepotisme, dipenjara tiba-tiba).

2) Kronik, yaitu perasaan negatif terhadap diri berlangsung lama, yaitu sebelum sakit/dirawat. Klien ini mempunyai cara berpikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya. Kondisi ini mengakibatkan respon mal yang adaptif. Kondisi ini dapat ditemukan pada klien gangguan fisik yang kronik atau pada klien gangguan jiwa.

b. Etiologi

Berbagai faktor menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang. Dalam tinjauan *life span history* klien, penyebab terjadinya Harga diri rendah adalah pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Saat individu mencapai masa remaja keberadaannya kurang di hargai, tidak diberi kesempatan dan tidak diterima. Menjelang dewasa awal sering gagal di sekolah, pekerjaan atau pergaulan. Harga diri rendah muncul saat lingkungan cenderung mengucilkan dan menuntut lebih dari kemampuannya.

Menurut Stuart (2006) adapun faktor-faktor yang mengakibatkan harga diri rendah kronis meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi sebagai berikut :

1) Faktor Predisposisi

- a) Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain, dan ideal diri yang tidak realistis.
- b) Faktor yang mempengaruhi performa peran adalah stereotip peran gender, tuntutan peran kerja, dan harapan peran budaya.
- c) Faktor yang mempengaruhi identitas pribadi meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan struktur sosial.

2) Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi terjadinya harga diri rendah biasanya adalah kehilangan bagian tubuh, perubahan penampilan/ bentuk tubuh, kegagalan atau produktivitas yang menurun. Secara umum, gangguan konsep diri harga diri rendah ini dapat terjadi. Secara situasional atau kronik. Secara situasional misalnya karena trauma yang muncul secara tiba-tiba misalnya harus dioperasi, kecelakaan, perkosaan atau dipenjara termasuk dirawat di rumah sakit bisa menyebabkan harga diri rendah disebabkan karena penyakit fisik atau pemasangan alat bantu yang

membuat klien tidak nyaman. Harga diri rendah kronik, biasanya dirasakan klien sebelum sakit atau sebelum dirawat klien sudah memiliki pikiran negatif dan meningkat saat dirawat.

3) Perilaku

Pengumpulan data yang dilakukan oleh perawat meliputi perilaku yang objektif dan dapat diamati serta perasaan subjektif dan dunia dalam diri pasien sendiri. Perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah salah satunya mengkritik diri sendiri, sedangkan kerancuan identitas seperti sifat kepribadianya yang bertentangan serta depersonalisasi.

c. Batasan Karakteristik Harga Diri Rendah Kronik

Batasan karakteristik menurut Nanda (2012) yaitu :

- 1) Bergantung pada pendapat orang lain
- 2) Evaluasi diri bahwa individu tidak mampu menghadapi peristiwa
- 3) Melebih – lebihkan umpan balik negatif tentang diri sendiri
- 4) Secara berlebihan mencari penguatan
- 5) Sering kali kurang berhasil dalam peristiwa hidup
- 6) Enggan mencoba situasi baru
- 7) Enggan mencoba hal baru
- 8) Perilaku bimbang

- 9) Kontak mata kurang
- 10) Perilaku tidak asertif
- 11) Sering kali mencari penegasan
- 12) Pasif
- 13) Menolak umpan balik positif tentang diri sendiri
- 14) Ekspresi rasa bersalah
- 15) Ekspresi.

5. Konsep Strategi Pelaksanaan

a. Pengertian strategi pelaksanaan

Strategi pelaksanaan dilakukan dengan komunikasi terapeutik. Suryani (2005) mengemukakan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang penolong atau perawat dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi. Mundakir (2006), komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi professional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien.

Indrawati dalam Fatmawati (2010) mengemukakan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan

secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dan klien, dalam hal ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien. Proses dimana perawat menggunakan pendekatan terencana dalam mempelajari klien.

Menurut Purwanto (2006) komunikasi terapeutik merupakan bentuk keterampilan dasar untuk melakukan wawancara dan penyuluhan dalam artian wawancara digunakan pada saat perawat melakukan pengkajian, dan penyuluhan kesehatan dan perencanaan perawatan. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi interpersonal antara perawat dan klien karena adanya rasa saling membutuhkan dan saling memberikan pengertian antara perawat dan klien, yang direncanakan secara sadar dan bertujuan untuk kesembuhan klien. Adapun menurut Mulyana (2008) komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu pemecahan masalah pasien dalam proses penyembuhan atau pemulihan pasien.

Dari beberapa pengertian di atas dapat dipahami bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan seorang

perawat dengan teknik-teknik tertentu yang mempunyai efek penyembuhan. Komunikasi terapeutik merupakan salah satu cara untuk membina hubungan saling percaya terhadap pasien dan pemberian informasi yang akurat kepada pasien, sehingga diharapkan dapat berdampak pada perubahan yang lebih baik pada pasien dalam menjalankan terapi dan membantu pasien dalam rangka mengatasi persoalan yang dihadapi pada tahap perawatan.

Potter dan Perry (2005) mengatakan standar komunikasi terapeutik terdiri atas 4 fase, yaitu fase pra interaksi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi. Setiap fase atau tahapan standar komunikasi terapeutik mencerminkan uraian tugas dari petugas.

1) Fase Prainteraksi

Fase ini dimulai sebelum perawat bertemu dengan klien untuk pertama kalinya dan merupakan fase dimana perawat merencanakan pendekatan terhadap klien. Pada fase ini perawat dapat melihat kembali catatan medik klien, mengantisipasi masalah kesehatan yang mungkin timbul pada interaksi pertama, mempersiapkan lingkungan yang nyaman dan merencanakan waktu yang cukup untuk interaksi. Pada fase ini juga perlu mengeksplorasi perasaan, fantasi dan

ketakutan yang ada di dalam dirinya serta menganalisis kekuatan dan keterbatasan yang dimiliki sebelum melakukan interaksi dengan klien. Perawat yang berhasil melalui fase ini dengan baik akan menampilkan sikap yang lebih percaya diri dan lebih siap menghadapi segala macam kemungkinan.

2) Fase Orientasi

Fase ini dimulai saat pertama kali perawat bertemu dengan klien dan saling mengenal satu sama lainnya. Perawat perlu menampilkan sikap yang hangat, empati, menerima dan bersikap penuh perhatian terhadap klien. Hubungan pada fase ini masih bersifat superfisial, tidak pasti dan masih tentatif. Klien biasanya akan menguji kemampuan dan komitmen perawat dalam memberikan asuhan sesuai dengan harapan yang dimilikinya.

3) Fase kerja / lanjutan

Fase kerja merupakan dimana perawat dan klien bekerja sama untuk memecahkan suatu masalah dan mencapai tujuan bersama. Perawat perlu memotivasi klien untuk berekspresi, mengeksplorasi dan menetapkan tujuan yang hendak dicapai.

Pada fase ini perawat dapat menunjukkan sikap *caring* dengan memberikan informasi yang dibutuhkan klien, melakukan tindakan yang sesuai dan menggunakan teknik komunikasi terapeutik. Perawat juga dapat membantu klien dalam menggali pikiran dan perasaannya, mengeksplorasi stressor, mendorong perkembangan kesadaran diri klien, mendukung pemakaian mekanisme koping yang adaptif dan merencanakan program selanjutnya yang sesuai dengan kemampuan klien. Perawat juga perlu mengatasi penolakan klien terhadap perilaku adaptif yang hendak diajarkan oleh perawat dengan teknik dan pendekatan yang sesuai.

4) Fase terminasi

Fase terminasi merupakan fase untuk mengakhiri hubungan. Perawat bersama klien dapat saling mengeksplorasi perasaan yang muncul akibat dari perpisahan yang akan dijalani. Pada fase ini baik perawat maupun klien dapat merasakan perasaan puas, senang, marah, sedih, jengkel dan perasaan lainnya yang mungkin menimbulkan ketidaknyamanan. Perawat perlu menghadirkan realitas perpisahan kepada klien dan melakukan evaluasi dari pencapaian tujuan setelah interaksi dilakukan. Pada fase ini perawat juga perlu menetapkan rencana tindak

lanjut yang perlu dilakukan klien terkait intervensi yang baru saja dilakukan pada fase kerja dan menetapkan kontrak untuk interaksi yang berikutnya.

b. Contoh Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Dalam memberikan perawatan pada pasien dengan gangguan jiwa komunikasi menjadi sesuatu yang sangat penting. Komunikasi yang dilaksanakan di dokumentasikan di dalam bentuk strategi komunikasi berikut adalah contoh strategi komunikasi yang dilaksanakan pada pasien harga diri rendah kronik menurut Direja (2011) sebagai berikut :

1) Proses keperawatan

a) Kondisi pasien

Pasien berpakaian tidak rapi, lebih banyak menunduk.

b) Diagnosa keperawatan

Harga diri rendah kronik

c) Tujuan khusus

(1) Pasien mampu mengevaluasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.

(2) Pasien mampu menilai kemampuan yang dapat digunakan.

(3) Pasien mampu menetapkan atau memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan.

(4) Pasien mampu merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.

d) Tindakan keperawatan

(1) Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki

(2) Nilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini

(3) Pilih kemampuan yang akan dilatih

(4) Nilai kemampuan pertama yang telah dipilih

(5) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.

2) Strategi pelaksanaan tindakan keperawatan

a) Fase Orientasi

(1) Salam Terapeutik

“AssalamualaikumPak ? Perkenalkan nama saya,saya senang dipanggil Nama bapak siapa ? Senang dipanggil apa ?Sayaperawat yang berdinis disini dari hari Senin sampai hari Rabu. Pada pukul 14.00 sampai dengan pukul 20.00 WITA. Apabila bapak ada yang mau disampaikan, bapak bisa memanggil saya ya”.

(2) Evaluasi/ validasi

“Bagaimana perasaan bapak hari ini ?apa bapak tau tempat ini namanya apa ? lantas kenapa bapak bisa sampai disini ? siapa yang membawa bapak kesini ? baiklah bapak saya akan membantu menyelesaikan masalah bapak”.

(3) Kontrak

“Bagaimana kalau sekarang kita berbincang – bincang ? bapak bisa mengungkapkan hal –hal yang bapak alami disini Dan kita akan membahas kemampuan dan kegiatan yang pernah bapak dilakukan ? berapa lama kita berbincang – bincang bapak ? bagaimana kalau 10 menit. Bagaimana kalau diruangan ini pak, apakah bapak setuju?”

b) Fase Kerja

“Bapak, apa saja kemampuan yang bapak miliki ? Bagus, apalagi ? saya buat daftarnya ya. ! Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa bapak lakukan ? Bagaiman dengan merapikan kamar ? menyapu ? mencuci piring... dan seterusnya.”

“Wah, bagus sekali ada lima kemampuan dan kegiatan yang bapak miliki”

“Bapak, dari 5 kegiatan/ kemampuan ini, mana yang masih dapat dikerjakan dirumah sakit ? Coba, kita lihat yang pertama bisakah dilakukan ? kalau yang kedua sampai kelima ? (misalnya ada 3 yang masih bisa dilakukan). Bagus sekali ada 3 kegiatan yang masih bisa dikerjakan dirumah sakit.”

“Sekarang coba bapak pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan dirumah sakit ini !”

“O... yang nomor satu, merapikan tempat tidur. Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan merapikan tempat tidur bapak ? mari kita lihat tempat tidur bapak. Coba lihat, sudah rapikah tempat tidurnya ?”

“Nah, kalau kita mau merapikan tempat tidur, mari kita pindahkan dulu bantal dan selimutnya. Bagus ! Sekarang kita angkat spreinya dan kasurnya kita balik.”

“Nah, sekarang kita pasang lagi spreinya. Kita mulai dari arah atas, ya bagus ! Sekarang sebelah lagi, tarik dan masukkan. Lalu sebelah pinggir dan masukkan. Sekarang ambil bantal, rapikan, dan letakkan disebelah atas/kepala. Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah/kaki. Bagus !”

“Bapak sudah bisa merapikan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan, bedakah dengan sebelum dirapikan ? Bagus.”

“Coba bapak lakukan dan jangan lupa memberikan tanda M (mandiri) kalau bapak lakukan tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T (tidak) jika tidak melakukan.”

c) Fase Terminasi

(1) Evaluasi Subjekif

“Bagaimana perasaan bapak setelah kita berbincang-bincang dan merapikan tempat tidur ?”

(2) Evaluasi Objektif

“Coba bapak praktikkan lagi cara merapikan tempat tidur.

(3) Rencana Tindak Lanjut

“Baiklah pak, setelah saya tinggal nanti nanti bapak praktikkan kembali cara merapikan tempat tidur. Sekarang, mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan harian bapak. Mau berapa kali sehari bapak merapikan tempat tidur ? bagus dua kali yaitu pagi jam berapa ? lalu sehabis istirahat jam berapa ?

(4) Kontrak Yang Akan Datang

“Baiklah pak, nanti kita ketemu lagi. Kita akan melatih kemampuan bapak yang lain adalah mencuci piring. Bagaimana kalau pukul 16.30 ? diruangan ini lagi. Apakah bapak setuju ?”

c. Tahapan strategi pelaksanaan pada pada pasien harga diri rendah kronik

1) Harga Diri Rendah Kronik

Tujuan 1

- a) Klien dapat membina hubungan saling percaya
- b) Kriteria Evaluasi: Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebutkan nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat, mau mengutarakan masalah yang dihadapi.

c) Intervensi

Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi terapeutik

- (1) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun nonverbal.
- (2) Perkenalkan diri dengan sopan.

- (3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai klien.
- (4) Jelaskan tujuan pertemuan.
- (5) Jujur dan menepati janji.
- (6) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya.
- (7) Beri perhatian pada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.

d) Rasional

Hubungan saling percaya merupakan dasar untuk kelancaran hubungan interaksi selanjutnya

Tujuan 2

a) Klien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki setelah dilakukan interaksi.

b) Kriteria Evaluasi

Klien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki:

- (1) Kemampuan yang dimiliki klien.
- (2) Aspek positif keluarga.
- (3) Aspek positif lingkungan yang dimiliki klien.

c) Intervensi

(1) Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien.

(2) Setiap bertemu klien hindarkan dari memberi nilai negatif.

(3) Utamakan memberi pujian yang realistik.

d) Rasional

(1) Diskusikan tingkat kemampuan klien seperti menilai realitas, kontrol diri atau integritas ego sebagai dasar asuhan keperawatan.

(2) Reinforcement positif akan meningkatkan harga diri.

(3) Pujian yang realistis tidak menyebabkan melakukan kegiatan hanya karna ingin mendapat pujian.

Tujuan 3

a) Klien dapat menilai kemampuan yang digunakan setelah dilakukan interaksi.

b) Kriteria Evaluasi

Klien menilai kemampuan yang dapat digunakan.

c) Intervensi

(1) Diskusikan dengan klien kemampuan yang masih dapat digunakan selama sakit.

(2) Diskusikan kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaan.

d) Rasional

(1) Keterbukaan dan pengertian tentang kemampuan yang dimiliki adalah prasarat untuk berubah.

(2) Pengertian tentang kemampuan yang dimiliki diri motivasi untuk tetap mempertahankan penggunaannya.

Tujuan 4

a) Klien dapat (menetapkan) kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki

b) Kriteria Evaluasi

Klien membuat rencana kegiatan harian

c) Intervensi

(1) Rencanakan bersama klien aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai:

a) Kegiatan mandiri.

b) Kegiatan dengan bantuan sebagian.

c) Kegiatan yang membutuhkan bantuan total.

(2) Tingkatkan kegiatan yang sesuai dengan toleransi kondisi klien.

(3) Beri contoh cara pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan

d) Rasional

(1) Klien adalah individu yang bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri

(2) Klien perlu bertindak secara realistis dalam kehidupannya

(3) Contoh peran yang dilihat klien akan memotivasi klien untuk melaksanakan kegiatan

Tabel 2.1.
Strategi Pelaksanaan Pada Pasien Dengan Harga Diri Rendah

| No | Pasien | Keluarga |
|----|--|---|
| | SP1P | SP1K |
| 1 | Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. | Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien di rumah. |
| 2 | Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan. | Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya. |
| 3 | Membantu pasien memilih menetapkan kegiatan yang akan dilatih sesuai kemampuan pasien. | Menjelaskan cara-cara merawat pasien dengan harga diri rendah. |
| 4 | Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih. | Mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah. |
| 5 | Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien. | Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara merawat pasien dengan |

| | | |
|---|---|--|
| | | harga diri rendah. |
| 6 | Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. | |
| | SP2P | SP2K |
| 1 | Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien. | Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat langsung kepada pasien harga diri rendah. |
| 2 | Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien. | |
| 3 | Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian. | |
| | | SP3K Membuat perencanaan pulang bersama keluarga dan membuat jadwal kegiatan aktivitas di rumah termasuk minum obat (<i>discharge planning</i>). Menjelaskan follow up pasien setelah pulang. |

B. Penelitian Terkait

Beberapa penelitian yang berkaitan dengan pelaksanaan timbang terima (*hand off*) oleh perawat, yaitu :

4. Fitra (2013) yang berjudul “Hubungan Antara Faktor Kepatuhan Mengonsumsi Obat Dukungan Keluarga Dan Lingkungan Masyarakat Dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di RSJD Surakarta”. Penelitian menyimpulkan bahwa terdapat faktor kepatuhan mengonsumsi obat terhadap kekambuhan pasien skizofrenia, terdapat pengaruh dukungan keluarga terhadap kekambuhan pasien skizofrenia, tidak terdapat pengaruh lingkungan masyarakat terhadap kekambuhan pasien skizofrenia dan faktor dukungan keluarga

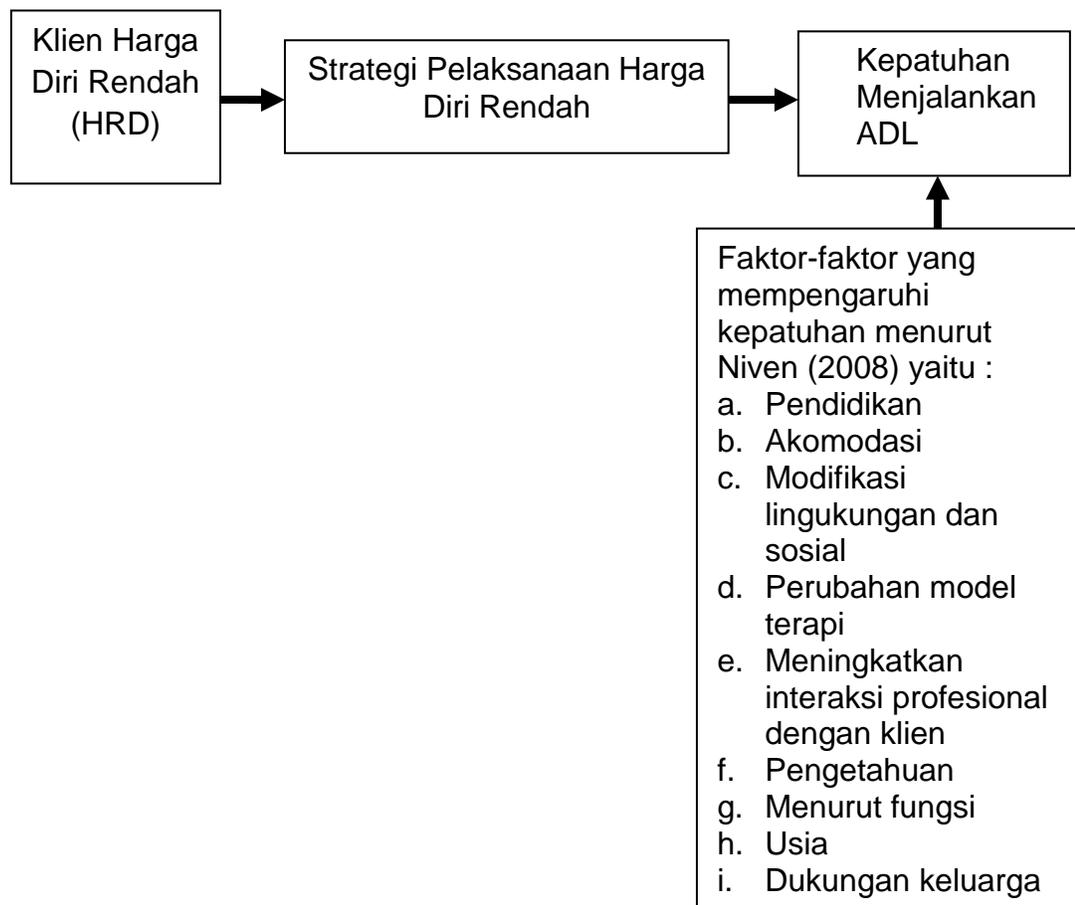
merupakan faktor yang paling dominan berpengaruh terhadap kekambuhan pasien skizofrenia di RSJD Surakarta.

5. Munthe (2015) yang berjudul “Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Frekuensi Kekambuhan Pada Orang Dengan Skizofrenia di Poli Rawat Jalan RS Jiwa Prof. dr. M. Ildrem Medan tahun 2015”. Metode penelitian yang digunakan adalah *deskriptif korelasi* dengan Diperoleh hasil, tingkat kepatuhan minum obat pada orang dengan skizofrenia adalah mayoritas tidak patuh 67 orang (72,8%) dan frekuensi kekambuhan pada orang dengan skizofrenia adalah mayoritas rendah yaitu 48 orang (52,2%). Hasil uji statistik *chi-square* menunjukkan bahwa ada hubungan kepatuhan minum obat dengan frekuensi kekambuhan pada orang dengan skizofrenia ($p = 0,000$; $p < 0,05$). Diharapkan klien skizofrenia sadar dan memahami arti pentingnya obat. Peran serta keluarga juga diharapkan dapat memberikan motivasi kepada klien untuk patuh minum obat sehingga timbul keyakinan yang semakin baik untuk terus melakukan kontrol rutin untuk mencegah kekambuhan.
6. Sefrina (2016) dengan judul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan positif yang signifikan

antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial ($r = 0,508$, $p = 0,000$).

C. Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori adalah kerangka berpikir yang bersifat teoritis mengenai masalah, memberikan petunjuk-petunjuk terhadap kekurangan-kekurangan pada pengetahuan peneliti (Silalahi, 2010). Adapun kerangka teori pada penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut :



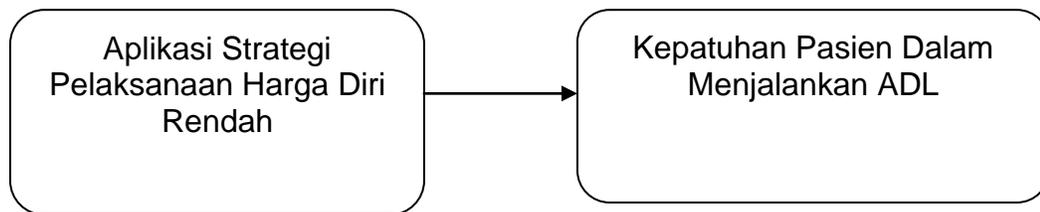
Gambar 2.1. Kerangka Teori Penelitian

D. Kerangka Konsep Penelitian

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

Variabel Independen

Variabel Dependen



Keterangan :

→ = Arah Hubungan

Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis

Hipotesis yang diajukan pada penelitian ini yaitu :

1. Hipotesa Aktif atau disebut juga Hipotesa kerja (Ha)

Ada hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Hipotesa pasif atau juga Hipotesa nihil (H_0)

Tidak ada hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian, hal ini penting karena rancangan penelitian merupakan strategi untuk mendapatkan data yang dibutuhkan untuk keperluan pengujian hipotesis atau untuk menjawab pertanyaan penelitian dan sebagai alat untuk mengontrol variabel yang berpengaruh dalam penelitian (Sugiyono, 2010).

Berdasarkan permasalahan dan tujuan yang hendak dicapai, maka rancangan penelitian ini adalah deskriptif korelasional yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengungkapkan hubungan korelatif antara variabel *independen* dan variabel *dependen*, dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu suatu penelitian untuk mempelajari hubungan antar variabel dimana pengukuran pada setiap subjek dilakukan satu kali atau pengukuran pada setiap subjek yang dilakukan pada waktu yang dianggap sama (Dahlan, 2014). Sehingga dapat diketahui hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan jumlah yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai karakteristik dan kualitas tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk diteliti dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sujarweni, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien harga diri rendah yang ada di di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan jumlah 39 pasien.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian populasi yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2010). Pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan metode *nonprobability sampling* dengan teknik sampling yang digunakan *total sampling* yaitu suatu teknik penentuan sampel bilamana semua anggota populasi digunakan sebagai sampel (Sugiyono, 2010). Sehingga sampel pada penelitian ini adalah pasien harga diri rendah yang ada di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan jumlah 39 pasien yang terdapat pada ruang berikut ini :

Tabel 3.1. Jumlah Sampel

| NO | Ruangan | Populasi | Sampel HDR |
|-----------|----------------|-----------------|-------------------|
| 1. | Punai | 42 | 8 |
| 2. | Belibis | 76 | 8 |
| 3. | Gelatik | 37 | 10 |
| 4. | Elang | 72 | 4 |
| 5. | Enggang | 7 | 4 |
| 6. | Tiung | 13 | 1 |
| 7. | Pergam | 10 | 4 |
| | Total | | 39 |

Sampel yang diperoleh tiap ruangan ditentukan dengan memenuhi kriteria *inklusi* dan *eksklusi* sebagai berikut:

a. Kriteria *inklusi*

Kriteria *inklusi* adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2011). Kriteria *inklusi* dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Terdaftar sebagai pasien rumah sakit jiwa dengan diagnosa keperawatan HDR.
- 2) Bersedia menjadi responden.

b. Kriteria *eksklusi*

Kriteria *eksklusi* adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria *inklusi* dari studi karena berbagai sebab (Nursalam, 2011). Kriteria *eksklusi* dalam penelitian ini adalah :

- 1) Pasien yang tidak mau ikut dalam penelitian atau pasien yang tidak kooperatif.

C. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 4 November sampai dengan 29 Desember 2016, waktu tersebut digunakan untuk mengumpulkan data melalui lembar observasi yang dilakukan peneliti.

2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena. Definisi operasional ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran dalam penelitian.

Tabel 3.2.
Definisi Operasional

| No | Variabel | Definisi Operasional | Cara Ukur | Skala dan Hasil Ukur |
|----|--|---|------------------------------|--|
| 1 | Independen: Aplikasi Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah | Komunikasi yang dilakukan seorang perawat dengan teknik-teknik tertentu yang mempunyai efek penyembuhan terhadap pasien HDR melalui 4 fase, yaitu fase pra interaksi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi | Lembar observasi | Nominal Dikategorikan berdasarkan nilai titik median karena data berdistribusi tidak normal, jadi : 1. Dilakukan : nilai jawaban ≥ 20 2. Tidak dilakukan : nilai jawaban <20 |
| 2 | Dependen : Kepatuhan Pasien Dalam Menjalankan ADL | Tingkat perilaku pasien yang tertuju terhadap instruksi atau petunjuk yang diberikan dalam bentuk terapi apapun yang ditentukan dalam menjalankan kegiatan rutin sehari-hari merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. | Lembar observasi menggunakan | Nominal Dikategorikan berdasarkan nilai titik median karena data berdistribusi tidak normal, jadi : 1. Tidak Patuh : nilai jawaban ≥ 7 2. Patuh : nilai jawaban <7 |

E. Uji Normalitas

Uji normalitas adalah uji untuk mengetahui apakah data empirik yang didapatkan dari lapangan itu sesuai dengan distribusi teoritik tertentu.

Dengan kata lain, apakah data yang diperoleh berasal dari populasi yang

berdistribusi normal (Sugiyono, 2010). Pada penelitian ini menggunakan uji normalitas *Shapiro Wilk* dengan bantuan program komputer, dimana data dikatakan berdistribusi normal jika nilai signifikannya $> 0,05$ dan berdistribusi tidak normal jika nilai signifikannya $< 0,05$. Berdasarkan perhitungan uji *Shapiro Wilk* diperoleh nilai signifikansi untuk variabel aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah sebesar 0,002 yaitu berdistribusi tidak normal dan variabel kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL sebesar 0,002 yaitu berdistribusi tidak normal. Sehingga nilai titik potong variabel aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah menggunakan median dan nilai titik potong variabel kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL menggunakan median.

F. Instrumen Penelitian

Instrumen digunakan dalam penelitian adalah kuesioner dan lembar observasi, meliputi :

1. Kuesioner Identitas Responden

Berisi tentang karakteristik responden, yang terdiri dari 4 pertanyaan antara lain seperti usia, jenis kelamin, pendidikan dan frekuensi perawatan.

2. Lembar Observasi Variabel Penelitian

a. Aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah

Variabel aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah merupakan lembar observasi menggunakan *check list*. Untuk jawaban dilaksanakan nilai 1 dan tidak dilaksanakan nilai 0.

b. Kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL

Variabel kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL merupakan lembar observasi menggunakan *check list*. Untuk nilai 0 yaitu mandiri penuh, nilai 1 yaitu membutuhkan peralatan atau alat bantu, nilai 2 membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan dan pendidikan, nilai 3 membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu dan nilai 4 ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas.

G. Teknik Pengumpulan Data

1. Sumber Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan 2 sumber data, yaitu :

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh peneliti secara langsung dari sumbernya atau narasumber sebagai responden yang langsung berhubungan dengan penelitian ini mengenai hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien

dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

b. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh melalui beberapa sumber informasi antara lain buku-buku ilmiah, peraturan perundang-undangan, arsip dan laporan RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda serta dokumen pendukung lainnya yang sehubungan dengan penelitian ini.

2. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data adalah suatu cara pengumpulan data atau suatu penelitian mengenai suatu masalah yang umumnya banyak menyangkut kepentingan umum/orang banyak (Notoatmodjo, 2010). Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan cara *check list* lembar observasi. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, ada 4 tahapan dalam pengolahan data yang harus dilalui (Hastono, 2010) yaitu :

a. *Editing*

Data yang diperoleh dari instrumen lengkap setelah dilakukan pengecekan kelengkapan data, diantaranya kelengkapan ketentuan

identitas dan hanya mencantumkan kode saja.

b. *Coding*

Coding adalah usaha pengklasifikasian data dari para responden menurut macamnya. Dalam melakukan *coding*, data responden diklasifikasikan dengan menggunakan kode tertentu berupa angka, meliputi :

- 1) Jenis kelamin dengan kode 1 : laki-laki dan kode 2 : perempuan.
- 2) Pendidikan dengan kode 1 : Tidak Sekolah/Tidak Tamat SD, kode 2 : Tamat SD, kode 3 : tamat SMP, kode 4 : tamat SMA, kode 5 : tamat DIII, kode 6 : DIV, kode 7 : S1 dan kode 8 : S2.
- 3) Aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah, untuk jawaban dilaksanakan diberi kode 1 dan tidak dilaksanakan kode 2.
- 4) Kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL, untuk jawaban patuh diberi kode 1 dan tidak patuh kode 0.

c. Pemindahan data

Kegiatan memasukkan data yang telah dilakukan *coding* memakai fasilitas komputer.

d. Tabulasi Data

Kegiatan meringkas data yang masuk kedalam tabel yang disusun sesuai kebutuhan menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai tujuan penelitian.

H. Teknik Analisa Data

Data yang telah dikumpulkan melalui kuesioner akan dianalisis menjadi dua macam, yaitu :

1. Analisis *Univariat*

Analisa *univariat* dilakukan terhadap tiap-tiap variabel dari hasil penelitian (Notoatmodjo, 2010). Tujuan dari analisa ini adalah untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik responden, aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Data yang telah didapat kemudian diolah dan dianalisa dengan menggunakan perangkat komputer dan ditampilkan dalam bentuk tabel data yang menjabarkan distribusi frekuensi dan persentase dari masing-masing variabel dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$P = \frac{F}{\sum N} \times 100 \%$$

Keterangan :

P = Persentase (%)

F = Frekuensi

N = Jumlah responden

2. Analisis *Bivariat*

Analisa *bivariat* adalah uji yang dilakukan terhadap dua sampel yang berpasangan. Uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Chi-Square* dengan menggunakan perangkat lunak pengolah statistik yaitu program komputer. Uji *Chi-Square* ini digunakan untuk mengetahui adanya korelasi (hubungan) antara 2 variabel penelitian atau lebih yang berskala nominal atau ordinal.

Adapun syarat penggunaan uji *Chi-Square* (χ^2) adalah sebagai berikut :

- a. Frekuensi yang diharapkan dan masing-masing sel tidak boleh kecil (< 5).
- b. Untuk tabel kontingensi 2 x 2, penggunaan uji *Chi-Square* disarankan:
 - 1) Bila $n > 40$ gunakan χ^2 dengan koreksi *kontinuitas* (*Yate's Correction*) rumus untuk tabel *kontingensi* 2 x 2.
 - 2) Bila n ada diantara 20 sampai 40, uji χ^2 dengan rumus *Yate's Correction* boleh digunakan bila semua frekuensi diharapkan (E) = lima atau lebih. Bila frekuensi diharapkan < 5 pakailah uji *Fisher*.
 - 3) Bila $n < 20$, pakailah uji *Fisher* untuk kasus apapun.

Pembatasan jumlah sampel pada uji *Chi-Square* dimaksudkan untuk memberikan hasil yang benar-benar riil. Hal ini didasarkan pada

hasil kajian oleh para ahli bahwa semakin besar ukuran sampelnya akan semakin besar pula kemungkinannya untuk menghasilkan adanya korelasi yang signifikan. Penelitian ini menggunakan pendekatan *probabilistik*. Penelitian menetapkan *confidence interval* (CI) 95 % dan nilai α (alpa) = 5 %. Jika χ^2 hitung > χ^2 tabel atau bila p value < 0,05 maka H_0 ditolak dan H_a diterima. Untuk tabel kontingensi 2x2 dapat dilakukan penghitungan uji *Chi-Square* menggunakan rumus yang sudah menggunakan koreksi Yate's sebagai berikut :

Tabel 3.3.
Analisis Tabel 2x2

| Strategi Pelaksanaan | Kepatuhan | | Jumlah |
|-------------------------|-----------|-------------|--------|
| | Patuh | Tidak Patuh | |
| Dilaksanakan | A | b | a + b |
| Tidak Dilaksanakan | c | d | c + d |
| Jumlah | a + c | b + d | n |

Sumber : Hastono (2010)

Apabila pada penelitian ini terdapat nilai cells kurang dari 5, sehingga menggunakan rumus *fisher exact test* menurut Hastono (2010) sebagai berikut:

$$Fisher (P) = \frac{(a + b)! (c + d)! (a + c)! (b + d)!}{N! a! b! c! d!}$$

I. Jalannya Penelitian

Penelitian yang akan dilaksanakan memiliki tahapan-tahapan sebagai berikut :

1. Tahap persiapan

- a. Mengajukan judul proposal penelitian melalui pembimbing mata ajar riset keperawatan kemudian dilanjutkan kepada pembimbing 1 mata ajar Skripsi keperawatan pada tanggal 20 April 2015 dan mendapatkan persetujuan pada hari tersebut oleh pembimbing 1 dan 2 yang mana kemudian judul tersebut di kumpulkan kepada koordinator mata ajar skripsi keperawatan.
- b. Menyusun proposal penelitian yang terdiri dari tiga bab berdasarkan literatur dari berbagai sumber, pengalaman, studi pendahuluan, dan penelitian lain yang terkait dengan proposal penelitian pada bulan Juni 2015 sampai dengan bulan Agustus 2015.
- c. Sidang proposal penelitian akan dilaksanakan setelah penyusunan materi proposal penelitian disetujui untuk disidangkan oleh para pembimbing proposal penelitian pada bulan Oktober 2015.
- d. Memperbanyak lembar observasi, untuk pengumpulan data penelitian.

2. Tahap pengumpulan data

Setelah sidang proposal penelitian, kemudian peneliti melakukan pengurusan perijinan kepada pihak RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Setelah mendapatkan ijin pada 4 November 2016 melakukan penelitian dengan proses sebagai berikut :

- a. Penelitian dimulai tanggal 4 November sampai dengan 29 Desember 2016. Dimulai dengan peneliti mendatangi pasien sebagai subyek penelitian dan meminta kesediaan subyek penelitian atas partisipasi dalam penelitian yang dilakukan.
 - b. Pasien yang setuju menjadi subyek penelitian diberikan lembar persetujuan menjadi responden untuk ditanda tangani.
 - c. Dimana untuk aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL dilakukan observasi dengan dibantu enumerator.
 - d. Setelah data penelitian terkumpul pembuatan laporan penelitian segera dilaksanakan guna menyusun hasil penelitian.
3. Tahap penyusunan
- a. Data yang telah terkumpul dimasukkan dalam komputer pada tanggal 30 – 31 Desember 2016 dan data dianalisa dengan menggunakan program komputer .

- b. Setelah hasil analisa secara statistik selesai, kemudian dibuat laporan hasil penelitian dan pembahasan pada tanggal 1 Januari 2016 sampai dengan 18 April 2017.
- c. Konsultasi dengan dosen pembimbing pada tanggal 19 April 2017.
- d. Sidang skripsi dengan persetujuan pembimbing untuk mempresentasikan hasil penelitian dihadapan penguji skripsi.

J. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi penelitian harus diperhatikan karena manusia mempunyai hak asasi dalam penelitian. Pada penelitian ini memperhatikan etika penelitian, dimana menurut Notoatmodjo (2010) etika penelitian terdiri dari *Informed Consent*, *Anonimity* dan *Confidentiality* yaitu sebagai berikut :

1. *Informed Consent* (Lembar Persetujuan)

Responden pada penelitian ini seluruhnya mengisi lembar persetujuan penelitian yang diberikan pada responden, karena responden mengerti maksud dan tujuan serta dampak penelitian selama pengumpulan data.

2. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Kerahasiaan identitas responden tetap diperhatikan, untuk itu peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data (kuesioner) yang diisi oleh responden yaitu menggunakan inisial berupa nomor responden.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Peneliti menjamin kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dan hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil riset.

K. Jadwal Penelitian

Proses pembuatan proposal penelitian ini dilaksanakan sejak bulan April 2015. Adapun pengumpulan data akan dilakukan pada tanggal 4 November sampai dengan 29 Desember 2016.

Tabel 3.4
Jadual Penelitian

| No | Kegiatan | April – September | | | | Oktober 2015 – Oktober 2016 | | | | November 2016 – Desember 2016 | | | | Januari - Juli 2017 | | | | Agustus 2017 | | | |
|----|--|-------------------|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|-------------------------------|---|---|---|---------------------|---|---|---|--------------|---|---|---|
| | | 2015 | | | | 2016 | | | | 2016 | | | | 2017 | | | | 2017 | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Penyusunan dan konsultasi proposal penelitian | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Sidang proposal penelitian | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Revisi proposal penelitian | | | | | | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Pengumpulan data dan analisis hasil penelitian | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | | | | | |
| 5 | Penyusunan dan konsultasi hasil penelitian | | | | | | | | | | | | | ■ | ■ | ■ | ■ | | | | |
| 6 | Sidang hasil penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | |

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Tempat Penelitian

RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dengan asal mula bernama Rumah sakit jiwa Pusat (RSJP) samarinda didirikan pada tahun 1933 di atas tanah seluas 20.157 m² yang dibiayai oleh kesultanan Kutai dan merupakan Rumah Keperawatan Sakit Jiwa Pada tahun 2005 Luas Rumah sakit bertambah dengan adanya bangunan baru Gedung Narkoba seluas 1.035,8 m².

Pada awalnya RSPJ didirikan bersama dengan Rumah Sakit Umum yang ditetapkan ketua Bestwer College Samarinda. Tanggal 20 April 1949 No. 558/IH-9-Fed, masalah pembiayaan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa Samarinda diserahkan oleh kesultanan Kutai dan Kerajaan di Kalimantan Timur.

Pada tanggal 1 Januari 1951, pembiayaan diambil alih oleh pemerintah pusat. Berdasarkan Surat Keputusan bulan November 1951, kantor Rumah Sakit Jiwa dipisahkan dari Rumah Sakit Umum. Struktur organisasi berdasarkan SK Menkes No135/Menkes/SK/IV/1978, Rumah Sakit Jiwa ditetapkan sebagai

Rumah Sakit Jiwa kelas B. Sejalan dengan pelaksanaan otonomi Daerah UPTD, Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda dilimpahkan kepada pemerintah Daerah sesuai surat Menkes No. 1732/Menkes-Kesos/XII/2000 tentang pengalihan UPTD ke Pemerintah Kabupaten/kota dan surat revisi Depkes no. 196/Menkes-sos/III/2001, tanggal 7 Maret 2001 tentang revisi penentuan UPTD kepada pemerintah provinsi, pengoperasian Rumah Sakit Jiwa Samarinda dalam tahun 2001 di bawah pemerintah kota Samarinda.

Pada tahun 2005, untuk menghilangkan stigma di masyarakat, Rumah Sakit Jiwa Samarinda berubah nama menjadi Rumah Sakit Atma Husada Mahakam dengan Surat Keputusan Gubernur no. 03 tahun 2005, tanggal 17 Januari tahun 2005. Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam bertujuan untuk memberi pelayanan kesehatan jiwa bagi seluruh masyarakat Kaltim yang tersebar di 4 kotamadya dan 10 kabupaten.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam bekerja sama dengan instansi terkait seperti Fakultas Kedokteran Universitas Mulawarman dan instansi pendidikan lainnya sebagai fasilitas prevensi, promosi, kuratif dan rehabilitasi serta riset di bidang kesehatan jiwa.

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa intra mural dan ekstra mural serta melakukan pembinaan dan integrasi ke puskesmas dan Rumah Sakit Umum di Provinsi Kalimantan Timur dengan cara mengirim psikiater ke puskesmas dan Rumah Sakit Umum secara berkala. Visi yaitu "Menjadikan Rumah Sakit Rujukan Pelayanan Kesehatan Jiwa Se-Kalimantan Tahun 2018 ". Dengan misi yaitu "Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Jiwa Yang Prima" dan "Meningkatkan Kemudahan Akses Pelayanan Kesehatan Jiwa".

2. Karakteristik Responden

Penelitian mengenai hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dilaksanakan pada tanggal 4 November sampai dengan 29 Desember 2016 dengan jumlah 39 responden yaitu pasien harga diri rendah yang ada di di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Adapun karakteristik responden pada pasien harga diri rendah yang ada di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yaitu sebagai berikut:

Tabel 4.1.

Karakteristik Responden Pasien Harga Diri Rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

| No | Identitas Pasien | Jumlah | Persentase (%) |
|----|------------------|--------|----------------|
| 1 | Usia | | |
| | 16– 25 Tahun | 8 | 20,5 |
| | 26 – 35 Tahun | 9 | 23,1 |

| | | | |
|---|---------------|----|------|
| | 36 – 45 Tahun | 8 | 20,5 |
| | 46 – 55 Tahun | 7 | 18 |
| | 56 – 65 Tahun | 5 | 12,8 |
| | 66 – 75 Tahun | 2 | 5,1 |
| 2 | Jenis Kelamin | | |
| | Laki-laki | 19 | 48,7 |
| | Perempuan | 20 | 51,3 |

| No | Identitas Responden | Jumlah | Persentase (%) |
|----|--------------------------------|--------|----------------|
| 3 | Pendidikan | | |
| | Tidak Sekolah / Tidak Tamat SD | 4 | 10,3 |
| | Tamat SD | 12 | 30,8 |
| | Tamat SMP | 5 | 12,8 |
| | Tamat SMA | 14 | 35,9 |
| | D3 | 3 | 7,7 |
| | D4 | 1 | 2,6 |
| 4 | Frekuensi Perawatan | | |
| | 1 Tahun | 14 | 35,9 |
| | 2 Tahun | 16 | 41 |
| | 3 Tahun | 9 | 23,1 |
| | Jumlah | 39 | 100 |

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.1 mengenai usia responden pada pasien harga diri rendah yang ada di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, diketahui paling banyak usia responden antara 26-35 tahun yaitu sebanyak 9 responden (23,1%), sedangkan paling rendah usia responden antara 66-75 tahun yaitu 2 responden (5,1%). Untuk jenis kelamin responden, diketahui

sebagian besar jenis kelamin responden perempuan yaitu sebanyak 20 responden (51,3%), sedangkan jenis kelamin responden laki-laki yaitu sebanyak 19 responden (48,7%).

Pendidikan responden, diketahui sebagian besar tamat SMA yaitu sebanyak 14 responden (35,9%), sedangkan paling sedikit lulusan D4 yaitu sebanyak 1 responden (2,6%). Dimana frekuensi perawatan responden, diketahui paling banyak 2 tahun yaitu sebanyak 16 responden (41%), sedangkan paling sedikit 3 tahun yaitu sebanyak 9 responden (23,1%).

Adapun karakteristik responden pada perawat yang menangani pasien harga diri rendah yang ada di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda yaitu sebagai berikut:

Tabel 4.2.

Karakteristik Responden Perawat Yang Menangani Pasien Harga Diri Rendah di RSJD Atma Husada Mahakam

Samarinda

| No | Identitas Perawat | Jumlah | Persentase (%) |
|-----------|--------------------------|---------------|-----------------------|
| 1 | Usia | | |
| | 23– 26 Tahun | 7 | 17,9 |
| | 27 – 30 Tahun | 11 | 28,3 |
| | 31 – 34 Tahun | 14 | 35,9 |
| | 35 – 38 Tahun | 7 | 17,9 |
| 2 | Jenis Kelamin | | |
| | Laki-laki | 7 | 17,9 |
| | Perempuan | 32 | 82,1 |
| 3 | Pendidikan | | |
| | D3 Keperawatan | 32 | 82,1 |
| | S1 Keperawatan | 7 | 17,9 |

| | | | |
|---|------------|----|------|
| 4 | Masa Kerja | | |
| | 2 Tahun | 4 | 10,3 |
| | 3 Tahun | 6 | 15,4 |
| | 4 Tahun | 3 | 7,7 |
| | 5 Tahun | 3 | 7,7 |
| | 6 Tahun | 2 | 5,1 |
| | 7 Tahun | 13 | 33,3 |
| | 8 Tahun | 8 | 20,5 |
| | Jumlah | 39 | 100 |

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.2 mengenai usia responden pada perawat yang menangani pasien harga diri rendah yang ada di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, diketahui paling banyak usia perawat antara 31-34 tahun yaitu sebanyak 14 responden (35,9%), sedangkan paling rendah usia responden antara 23-26 tahun dan 35-38 tahun yang masing-masing berjumlah 7 responden (17,9%). Untuk jenis kelamin responden, diketahui sebagian besar jenis kelamin perawat perempuan yaitu sebanyak 32 responden (82,1%), sedangkan jenis kelamin laki-laki yaitu 7 responden (17,9%).

Pendidikan perawat diketahui sebagian besar tamat D3 Keperawatan yaitu sebanyak 32 responden (82,1%), sedangkan tamat S1 Keperawatan yaitu 7 responden (17,9%). Dimana masa kerja perawat diketahui paling banyak 7 tahun yaitu sebanyak 13 responden (33,3%), sedangkan paling sedikit 4 dan 5 tahun yang masing-masing sebanyak 3 responden (7,7%).

3. Aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah

Aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.3.
Aplikasi Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Pada Pasien
Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

| Strategi Pelaksanaan | Jumlah | Persentase (%) |
|-----------------------------|---------------|-----------------------|
| Dilakukan | 21 | 53,8 |
| Tidak Dilakukan | 18 | 46,2 |
| Jumlah | 39 | 100 |

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.3 di atas, diketahui aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebagian besar dilakukan sebanyak 21 responden (53,8%), sedangkan tidak dilakukan terdapat 18 responden (46,2%).

4. Kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL

Kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.4.
Kepatuhan Pasien Dalam Menjalankan ADL Di RSJD Atma Husada
Mahakam Samarinda

| Kepatuhan ADL | Jumlah | Persentase (%) |
|----------------------|---------------|-----------------------|
| Patuh | 19 | 48,7 |

| | | |
|-------------|----|------|
| Tidak Patuh | 20 | 51,3 |
| Jumlah | 39 | 100 |

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan tabel 4.4 di atas, diketahui kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebagian besar berada pada pasien yang tidak patuh dengan jumlah responden sebanyak 20 orang responden (51,3%), sedangkan untuk pasien patuh dengan jumlah responden sebanyak 19 orang responden (48,7%).

5. Analisis Bivariat

Hasil analisis bivariat hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda didapatkan berdasarkan analisa dengan menggunakan *software* komputer pada uji statistik *chi-square* dengan tingkat kemaknaan 95% atau $p\text{-value} = 0,05$. Apabila $p\text{-value}$ lebih besar dari pada $\alpha = 0,05$ maka hipotesa alternatif ditolak dan menerima hipotesa nol. Sebaliknya apabila $p\text{-value}$ lebih kecil daripada $\alpha = 0,05$ maka hipotesa alternatif diterima dan menolak hipotesa nol.

Tabel 4.5.

Hubungan Aplikasi Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Dengan Kepatuhan Pasien Dalam Menjalankan ADL Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

| Strategi Pelaksanaan | Kepatuhan ADL | | Jumlah | <i>P value</i> | OR 95% CI |
|----------------------|---------------|-------------|--------|----------------|-----------------|
| | Patuh | Tidak Patuh | | | |

| | n | % | n | % | n | % | |
|-----------------|----|------|----|------|----|-----|--------------|
| Dilakukan | 14 | 66,7 | 7 | 33,3 | 21 | 100 | OR : |
| Tidak Dilakukan | 5 | 27,8 | 13 | 72,2 | 18 | 100 | 2,400 |
| | | | | | | | 0,015 (1,074 |
| Jumlah | 19 | 48,7 | 20 | 51,3 | 39 | 100 | - |
| | | | | | | | 5,362) |

Sumber : Data Primer, 2017

Berdasarkan hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda diketahui ada 14 dari 39 responden (66,7%) yang dilakukan strategi pelaksanaan sehingga pasien patuh dalam menjalankan ADL. Terdapat juga 7 dari 39 responden (33,3%) yang dilakukan strategi pelaksanaan akan tetapi pasien tidak patuh dalam menjalankan ADL.

Ditemukan pula ada 13 dari 39 responden (72,2%) yang tidak dilakukan strategi pelaksanaan sehingga pasien tidak patuh dalam menjalankan ADL. Terdapat juga 5 dari 39 responden (27,8%) yang tidak dilakukan strategi pelaksanaan akan tetapi pasien patuh dalam menjalankan ADL.

Hasil uji statistik dengan menggunakan *Chi Square* diperoleh hasil *P value* = 0,015 < α = 0,05 sehingga H_0 ditolak yaitu ada hubungan bermakna aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Diperoleh nilai OR yaitu 2,4 artinya pada perawat yang melakukan strategi pelaksanaan harga diri rendah berpeluang 2,4 kali pasien patuh menjalankan ADL dibandingkan dengan perawat yang tidak melakukan strategi pelaksanaan harga diri rendah.

B. Pembahasan

1. Karakteristik Responden

a. Usia

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui usia responden paling banyak usia responden antara 26-35 tahun yaitu sebanyak 9 responden (23,1%), sedangkan paling rendah usia responden antara 66-75 tahun yaitu 2 responden (5,1%).

Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maryatun (2015) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden dengan usia antara 20-30 tahun yang terlibat dalam penelitian hubungan rehabilitasi terapi gerak dengan kemandirian *self care* pada pasien skizofrenia di Ruang Nusa Indah Rumah Sakit Dr. Ernaldi Bahar Palembang.

Menurut Suhardi (2009), usia merupakan satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau mahluk, baik yang hidup maupun yang mati. Adapun menurut Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa usia adalah umur yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa

seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur melakukan perawatan.

Melihat hal tersebut, peneliti berasumsi bahwa umur responden pada penelitian ini berdasarkan perhitungan umur yang dimulai dari saat kelahiran sampai dengan waktu penghitungan umur, dimana sebagian besar termasuk pada umur 26-35 tahun. Semakin berumur atau dewasa seseorang maka pengalaman dan pengetahuan yang didapat semakin banyak sehingga semakin mengetahui dalam kepatuhan ADL. Begitu pula sebaliknya semakin muda seseorang maka pengalaman dan pengetahuan yang didapat juga kurang mengenai kepatuhan ADL. Akan tetapi pada penelitian ini merupakan pasien harga diri rendah yang ada di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, sehingga usia bukan hal yang dapat mempengaruhi kepatuhan ADL pasien.

Oleh karena itu disarankan bagi perawat untuk terus mengaplikasikan dan meningkatkan strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien tanpa membedakan usia pasien agar pasien dapat patuh menjalankan ADL.

b. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui sebagian besar jenis kelamin responden perempuan yaitu sebanyak 20 responden (51,3%), sedangkan jenis kelamin responden laki-laki yaitu sebanyak 19 responden (48,7%).

Dari hasil penelitian terdahulu oleh Munthe (2015) diperoleh hasil sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan, dimana tidak ada

hubungan yang signifikan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan pelaksanaan timbang terima.

Rivai dan Mulyadi (2010) menyatakan bahwa secara umum tidak ada perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin perempuan dengan jenis kelamin laki-laki dalam kepatuhan. Pria dan perempuan juga tidak ada perbedaan yang konsisten dalam kemampuan memecahkan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas dan kemampuan belajar. Pendapat tersebut juga didukung oleh Robbins (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kepatuhan, sehingga tidak ada perbedaan jelas antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan.

Berdasarkan hal tersebut, peneliti berasumsi bahwa seorang perempuan cenderung menderita harga diri rendah yang ada di di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda karena beban hidup dan faktor lainnya. Akan tetapi pada penelitian ini merupakan pasien harga diri rendah yang ada di di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, sehingga jenis kelamin bukan hal yang dapat mempengaruhi kepatuhan ADL pasien.

Oleh karena itu disarankan bagi perawat untuk terus mengaplikasikan dan meningkatkan strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien tanpa membeda-bedakan jenis kelamin pasien agar pasien dapat patuh menjalankan ADL.

c. Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui pendidikan responden sebagian besar tamat SMA yaitu sebanyak 14 responden (35,9%), sedangkan paling sedikit lulusan D4 yaitu sebanyak 1 responden (2,6%). Dari hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Sefrina (2016) diketahui sebagian besar pasien dengan pendidikan tamat SMA yang sebenarnya tergolong cukup baik.

Gibson, Ivancevish dan Donnelly (1996) yang dikutip oleh Mulyaningsih (2013) menyatakan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab.

Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Notoatmodjo (2007) juga berpendapat bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu pendidikan. Diketahui pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak

informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal.

Menurut Niven (2008) pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif

Berdasarkan hal tersebut, peneliti berasumsi bahwa tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingkat kemampuannya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin mudah untuk menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi, maka akan berdampak pada kepatuhan. Akan tetapi pada penelitian ini merupakan pasien harga diri rendah yang ada di di RSJD Atma Husada Mahakam

Samarinda, sehingga pendidikan bukan hal yang dapat mempengaruhi kepatuhan ADL pasien.

Oleh karena itu disarankan bagi perawat untuk terus mengaplikasikan dan meningkatkan strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien tanpa membeda-bedakan pendidikan terakhir pasien agar pasien dapat patuh menjalankan ADL.

d. Frekuensi Perawatan

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui frekuensi perawatan paling banyak 2 tahun yaitu sebanyak 16 responden (41%), sedangkan paling sedikit 3 tahun yaitu sebanyak 9 responden (23,1%).

Dari hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Fitra (2013) diketahui sebagian besar frekuensi perawatan yaitu lebih dari 1 tahun. Menurut Maryatun (2015) menyatakan bahwa frekuensi perawatan yang lebih lama menunjukkan pengalaman yang lebih pada seseorang dibandingkan dengan pasien yang lain.

Berdasarkan hal tersebut, peneliti berasumsi bahwa frekuensi perawatan dapat mempengaruhi kepatuhan seseorang dalam ADL, sehingga semakin lama perawatan pasien diharapkan seseorang memiliki ADL yang semakin baik.

Oleh karena itu disarankan bagi perawat agar lebih sering mengaplikasikan dan meningkatkan strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien yang baru saja di rawat dan juga tetap memantau pasien yang sudah lama perawatannya agar pasien dapat patuh menjalankan ADL.

2. Analisis Univariat

a. Aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebagian besar dilakukan sebanyak 21 responden (53,8%), sedangkan tidak dilakukan terdapat 18 responden (46,2%).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maryatun (2015) yang menunjukkan bahwa rehabilitasi terapi gerak perawat pada pasien skizofrenia di Ruang Nusa Indah Rumah Sakit Dr. Ernaldi Bahar Palembang sebagian besar dilakukan dengan baik. Adanya kesamaan penelitian ini dengan penelitian terdahulu, dikarenakan perawat menerapkan standard komunikasi terapeutik meliputi fase pre interaksi, tahap orientasi, tahap kerja dan terminasi. Dimana pada fase pre interaksi sebagian besar perawat rutin mengumpulkan data tentang pasien, menyiapkan alat yang dibutuhkan, menilai kesiapan diri dan membuat rencana pertemuan sebelumnya berkomunikasi dengan pasien. Untuk tahap orientasi sebagian besar perawat pada saat bertemu pasien memberikan salam, tersenyum, memperkenalkan nama, menanyakan nama panggilan pasien, menjelaskan tanggungjawab perawat terhadap pasien, menjelaskan peran perawat terhadap pasien, menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, menjelaskan tujuan kegiatan tersebut dan menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan tersebut.

Adapun pada tahap kerja sebagian besar perawat memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya, menanyakan keluhan pasien, memulai kegiatan informasi dan edukasi pada pasien dengan cara yang baik dan sesuai rencana. Kemudian saat terminasi sebagian besar perawat menyimpulkan hasil wawancara dengan pasien, memberikan *reinforcement* positif, merencanakan tindak lanjut dengan pasien dan mengakhiri wawancara dengan cara yang baik terhadap pasien. Dari tiap fase yang sebagian besar perawat melakukan strategi pelaksanaan dengan baik terhadap pasien, dikarenakan perawat merasa bertanggung jawab terhadap pelayanan keperawatan pasien.

Strategi pelaksanaan dilakukan dengan komunikasi terapeutik. Suryani (2005) mengemukakan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang penolong atau perawat dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi. Potter dan Perry (2005) mengatakan standar komunikasi terapeutik terdiri atas 4 fase, yaitu fase pra interaksi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi. Setiap fase atau tahapan standar komunikasi terapeutik mencerminkan uraian tugas dari petugas.

Berdasarkan hal tersebut peneliti berasumsi bahwa aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebagian besar dilakukan. Hal ini dikarenakan komunikasi terapeutik sengaja dirancang agar hubungan perawat dan harga diri rendah yang ada di di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

menjadi efektif dalam rangka mencapai kesembuhan. Perawat dan pasien akan terlibat dalam hubungan yang intensif untuk mencapai tujuan akhir dari proses pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, saran peneliti agar perawat harus mengeksplorasi kemampuan komunikasinya dengan memiliki pengetahuan yang cukup, keterampilan yang memadai serta teknik dan etika komunikasi yang baik, sehingga perawat akan memberikan memberi kesan bermakna dan membawa dampak positif bagi pasien.

b. Kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL

Diperoleh gambaran pada kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebagian besar tidak patuh sebanyak 20 responden (51,3%), sedangkan responden yang patuh terdapat 19 responden (48,7%).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maryatun (2015) yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden kurangnya kemandirian *self care* pada pasien skizofrenia di Ruang Nusa Indah Rumah Sakit Dr. Ernaldi Bahar Palembang.

Activity Daily living (ADL) adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-harimerupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. ADL meliputi antara lain: ke toilet, makan, berpakaian (berdandan), mandi, dan berpindah tempat (Hardywinito dan Setiabudi, 2005). Sedangkan menurut Brunner & Suddarth (2002 dalam Sugiarto, 2005) ADL adalah perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari ADL adalah ketrampilan dasar dan tugas okupasional

yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri yang dikerjakan seseorang sehari-harinya dengan tujuan untuk memenuhi/berhubungan dengan perannya sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat.

Istilah ADL mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan dan minum, toileting, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, transfer/bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat lain) (Sugiarto, 2005).

Melihat hal tersebut, peneliti berasumsi bahwa responden cenderung tidak patuh menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, hal ini dikarenakan perawatan pasien yang masih baru dan masih kurangnya bimbingan perawat dalam kemampuan pasien untuk berinteraksi dengan orang lain dalam kemampuan untuk melakukan suatu pekerjaan dan hobi yang direncanakan dan dilaksanakan oleh pasien setiap hari.

Oleh karena itu, saran peneliti agar perawat terus meningkatkan aplikasi strategi pelaksanaan kepada pasien harga diri rendah yang masa perawatannya masih baru dengan memberikan bimbingan agar pasien dapat berinteraksi dengan orang lain dan mampu patuh menjalankan ADL.

3. Analisis Bivariat

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan *chi-square*, diketahui ada hubungan bermakna aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan

kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, dengan hasil $P\text{ value} = 0,015 < \alpha = 0,05$ sehingga H_0 ditolak.

Berdasarkan data ada 39 responden, ada 14 dari 39 responden (66,7%) yang dilakukan strategi pelaksanaan sehingga pasien patuh dalam menjalankan ADL. Hal ini dikarenakan perawat melaksanakan strategi pelaksanaan dengan lengkap meliputi fase pra interaksi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi.

Terdapat juga 7 dari 39 responden (33,3%) yang dilakukan strategi pelaksanaan akan tetapi pasien tidak patuh dalam menjalankan ADL. Hal ini dikarenakan perawatan pasien yang masih baru dan masih kurangnya bimbingan perawat dalam kemampuan pasien untuk berinteraksi dengan orang lain dalam kemampuan untuk melakukan suatu pekerjaan dan hobi yang direncanakan dan dilaksanakan oleh pasien setiap hari.

Ditemukan pula ada 13 dari 39 responden (72,2%) yang tidak dilakukan strategi pelaksanaan sehingga pasien tidak patuh dalam menjalankan ADL. Hal ini dikarenakan responden kurang informasi dan pembinaan tentang ADL yang akan dilaksanakan, sehingga pasien cenderung tidak patuh dalam menjalankan ADL.

Terdapat juga 5 dari 39 responden (27,8%) yang tidak dilakukan strategi pelaksanaan akan tetapi pasien patuh dalam menjalankan ADL. Hal ini dikarenakan adanya dukungan keluarga pada pasien dalam member bimbingan melakukan ADL.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Maryatun (2015) yang menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara rehabilitasi terapi gerak dengan kemandirian *self care* pada pasien skizofrenia nilai.

Menurut Niven (2008), faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian antara lain 1) pemahaman tentang instruksi, yaitu tidak seorang pun yang mematuhi instruksi, jika ia salah paham tentang instruksi yang diterima, 2) kualitas interaksi, yaitu kualitas interaksi antara petugas kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan, 3) isolasi sosial dan keluarga yaitu keluarga dapat menjadi faktor yang sangat mempengaruhi dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat menentukan tentang program tentang kegiatan yang dapat mereka terima, 4) keyakinan, sikap dan kepribadian yaitu keyakinan seseorang tentang kesehatan sangat berguna memperkirakan adanya ketidakpatuhan. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh profesional kesehatan baik/perawat dapat menanamkan ketaatan bagi pasien, 5) dukungan sosial yaitu dukungan sosial yang dimaksud adalah keluarga pasien untuk menunjang peningkatan kesehatan pasien maka ketidakpatuhan dapat dikurangi, 6) perilaku sehat yaitu modifikasi perilaku sehat sangat diperlakukan. Untuk pasien dengan hipertensi diantaranya adalah tentang bagaimana cara untuk menghindari dari komplikasi lebih lanjut apabila sudah menderita hipertensi. Modifikasi gaya hidup dan kontrol secara teratur atau

minum obat anti hipertensi sangat perlu bagi pasien hipertensi, 7) pemberian informasi yaitu pemberian informasi yang jelas pada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

Berdasarkan uraian tersebut, peneliti berasumsi ada hubungan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dikarenakan semakin dilakukan strategi pelaksanaan berupa pemahaman tentang instruksi dan pemberian informasi membuat pasien patuh dalam menjalankan ADL. Oleh karena itu, disarankan yaitu penting bagi perawat dalam meningkatkan aplikasi strategi pelaksanaan agar pasien harga diri rendah patuh menjalankan ADL.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menghadapi beberapa keterbatasan yang dapat mempengaruhi kondisi dari penelitian yang dilakukan. Adapun keterbatasan tersebut antara lain yaitu :

1. Keterbatasan yang dirasa cukup mengganggu dalam penelitian ini adalah faktor yang digunakan sebagai variabel independen dirasakan masih terlalu sempit cakupannya, karena hanya membahas tentang strategi pelaksanaan perawat. Padahal masih banyak faktor yang mempengaruhi kepatuhan menjalankan ADL seperti sarana prasarana dan dukungan keluarga.

2. Desain penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif korelasional dengan pendekatan *cross sectional* atau potong lintang. Dimana pada pendekatan ini diperlukan subjek penelitian yang besar sedangkan penelitian ini hanya mencakup pasien harga diri rendah dan tidak mengambil sampel pada seluruh pasien Skizofrenia di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik responden

a. Pasien

Sebagian besar responden dengan usia antara 26-35 tahun yaitu sebanyak 9 responden (23,1%), jenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 20 responden (51,3%), pendidikan tamat SMA yaitu sebanyak 14 responden (35,9%) dan frekuensi perawatan 2 tahun yaitu sebanyak 16 responden (41%).

b. Perawat

Sebagian besar usia perawat antara 31-34 tahun yaitu sebanyak 14 responden (35,9%), jenis kelamin perawat perempuan yaitu sebanyak 32 responden (82,1%), tamat D3 Keperawatan yaitu sebanyak 32 responden (82,1%) dan masa kerja perawat 7 tahun yaitu sebanyak 13 responden (33,3%).

2. Aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah

Aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebagian besar dilakukan sebanyak 21 responden (53,8%), sedangkan tidak dilakukan terdapat 18 responden (46,2%).

3. Kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL

Kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda sebagian besar tidak patuh sebanyak 20 responden (51,3%), sedangkan responden yang patuh terdapat 19 responden (48,7%).

4. Ada hubungan bermakna aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah dengan kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, dengan $P\ value = 0,015 < \alpha = 0,05$ sehingga H_0 ditolak.

B. Saran

Dari hasil kesimpulan diatas, maka ada beberapa hal yang dapat disarankan yaitu :

1. Bagi Perawat

Diharapkan lebih meningkatkan komunikasi antara tim kesehatan khususnya perawat dengan pasien yang sangat berpengaruh pada kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL.

2. Bagi Manajemen RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Perlu ditingkatkan aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah pada pasien dan peningkatan peran fasilitator dari perawat sebagai *care giver* pasien harga diri rendah.

3. Peneliti Yang Akan Datang

Bagi peneliti yang akan datang diharapkan melakukan penelitian berkelanjutan dengan variabel independen yang berbeda seperti dukungan keluarga dan sarana prasarana.

DAFTAR PUSTAKA

Azwar, Azrul. (2007). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Bina Rupa Aksara. Jakarta.

Dahlan, S. (2014). *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Penerbit Sagung Seto. Jakarta.

Depkes RI. (2013). *Kesehatan Jiwa Sebagai Prioritas Global*. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/pressrelease/394-kesehatanjiwa-sebagai-prioritasglobal.html>. Diakses pada tanggal 12 November 2016.

Depkes Provinsi Kalimantan Timur. (2013). *Kejadian skizofrenia di Provinsi Kalimantan Timur*. Provinsi Kalimantan Timur.

Direja, Ade Herman Surya. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta : Nuha Medika.

Effendy. (2006). *Ilmu Komunikasi; Teori dan Praktek*. Bandung: Penerbit Remaja Rosda Karya.

Fatmawati, S. (2010). *Komunikasi Keperawatan*. Nuha Medika. Yogyakarta.

Fitra. (2013). *Hubungan Antara Faktor Kepatuhan Mengonsumsi Obat Dukungan Keluarga Dan Lingkungan Masyarakat Dengan Tingkat Kekambuhan Pasien Skizofrenia Di RSJD Surakarta*. Universitas Muhammadiyah Surakarta. Diakses pada tanggal 12 November 2016.

Gunawan. (2012). *Pendidikan Karakter Konsep dan Implementasi*. Bandung: Alfabeta.

Hardywinoto & Setiabudi. (2005). *Panduan Gerontologi*. Jakarta. PT Gramedia Pustaka Utama.

Hastono, S.P. (2010). *Statistik Kesehatan*. Rajawali Pers. Jakarta.

Keliat. (2006). *Influence of the abilities in controlling violence behavior to the length of stay of schizophrenic clients in Bogor mental hospital, Indonesia*. <http://emji.com/?page=journal.detail&id=15>.

Maryatun, Sri. (2015). *Pengaruh Logoterapi terhadap Perubahan HDR Narapidana Perempuan Dengan Narkotika Di Lembaga Masyarakat Kelas II A Palembang*. Universitas Indonesia.

Mulyana, D. (2008). *Metodologi Penelitian Kualitatif Paradigma Baru Ilmu Komunikasi dan Ilmu Sosial Lainnya*. Bandung : Remaja Rosdakarya.

Mulyaningsih. (2013). *Motivasi Kepemimpinan dan Efektivitas Kelompok*. Penerbit Rineka Cipta. Jakarta.

Mundakir. (2006). *Komunikasi Keperawatan, Aplikasi dalam Pelayanan*. Graha Ilmu. Yogyakarta.

Munthe. (2015). *Hubungan Kepatuhan Minum Obat Dengan Frekuensi Kekambuhan Pada Orang Dengan Skizofrenia di Poli Rawat Jalan RS Jiwa Prof. dr. M. Ildrem Medan tahun 2015*. Universitas Sari Mutiara Indonesia.

Niven, N. (2008). *Psikologi Kesehatan Pengantar Untuk Perawat & Profesional Kesehatan Lain*. EGC. Jakarta.

Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan Ilmu Dan Seni*. PT Rineka Cipta. Jakarta.

_____. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta. Jakarta.

Nursalam. (2011). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan : pedoman skripsi, tesis, dan instrument penelitian keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.

Prijadarminto. (2003). *Kepatuhan Sebagai Suatu Perilaku*. CV Balai Pustaka. Jakarta.

Potter, AP dan Perry, GA. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. Penerbit EGC. Jakarta.

Purba, John Edison. (2009). *Pengaruh Intervensi Rehabilitasi Terhadap Ketidakmampuan Bersosialisasi pada Penderita Skizofrenia yang Dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara*. Tesis. Medan: Sekolah Pascasarjana Universitas Sumatera Utara.

Purwanto, Teguh. (2006). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Rivai, V dan Mulyadi, D. (2010). *Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi*. Raja Grafindo Persada. Jakarta.

Robbins, S. (2006). *Manajemen, Edisi Kedelapan*. Penerbit PT. Indeks. Jakarta.

Sabate E. (2001). *WHO Adherence Meeting Report*. Geneva. World Health Organization.

Salawati, L. (2015). *Analisis Penggunaan Alat Pelindung Mata Pada Pekerja Las*. Jurnal Kedokteran Syiah Kuala, Volume 15, Nomor 3, hlm. 130-134.

Sefrina. (2016). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Keberfungsian Sosial Pada Pasien Skizofrenia Rawat Jalan*. Universitas Muhammadiyah Malang.

Silalahi, G.A. (2011). *Metodologi Penelitian dan Studi Kasus*. Citra Media. Sidoarjo.

Siregar. (2006). *Sikap Kepatuhan Dalam Tindakan*. Jakarta : Mitra Media.

Stanley. (2007). *Buku Ajar Patologi Robbins*. Edisi7. Jakarta: EGC.

Stuart, dkk. (2006). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 3 Jakarta : EGC.

Sugiarto. (2005). *Penilaian Keseimbangan dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari di Panti Werdha Pelkris Elim Semarang*. Fakultas Kedokteran Universitas Dipenogoro. Semarang

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Bisnis*. CV Alfabeta. Bandung.

Suhardi. (2009). *Pengembangan Sumber Belajar*. FMIPA. Yogyakarta.

Sujarweni, V.W. (2015). *Statistik Untuk Kesehatan*. Gava Media. Yogyakarta.

Suliswati. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Sunaryo. (2004). *Psikologi Untuk Keperawatan*. Jakarta:EGC.

Suryani. (2005). *Komunikasi Terapeutik : teori dan praktik*. EGC. Jakarta.

Yosep, I. (2010). *Keperawatan Jiwa*. Refika Aditama. Bandung.

Lampiran 1

SURAT PERMOHONAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.
Perawat Calon Responden
Di Samarinda

Dengan hormat,
Yang bertandatangan dibawah ini :
Nama : Ariansyah
NIM : 14.113082.3.0870
Program Studi : Keperawatan STIKES Muhammadiyah

Saya adalah mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda yang melaksanakan penelitian yang berjudul “Hubungan Aplikasi Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Dengan Kepatuhan Pasien Dalam Menjalankan ADL Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”.

Untuk itu saya mengharapkan partisipasi Bapak / Ibu agar bersedia menjadi responden dalam lembar observasi berupa *check list*. Apapun yang diberikan dan diperoleh peneliti akan dirahasiakan dan digunakan oleh peneliti untuk penelitian. Atas partisipasi dan kesediaan bapak/ibu dalam kerjasamanya saya ucapkan terima kasih.

Samarinda, November 2016

Hormat saya,

Ariansyah

Lampiran 2

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, maka saya bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda dengan judul “Hubungan Aplikasi Strategi Pelaksanaan Harga Diri Rendah Dengan Kepatuhan Pasien Dalam Menjalankan ADL Di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda”.

Berdasarkan semua penjelasan yang saya terima, saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian ini.

Samarinda,
Responden,

(.....)

Lampiran 3

LEMBAR OBSERVASI

**HUBUNGAN APLIKASI STRATEGI PELAKSANAAN HARGA DIRI
RENDAH DENGAN KEPATUHAN PASIEN DALAM
MENJALANKAN ADL DI RSJD ATMA HUSADA
MAHAKAM SAMARINDA**

A. Data Identitas Responden

- 3. Umur :(Tahun)
- 4. Jenis Kelamin :
 - 5) Laki-laki
 - 6) Perempuan
- 5. Pendidikan :
 - 1) Tidak Tamat SD/Tidak Sekolah
 - 2) Tamat SD
 - 3) Tamat SMP
 - 4) Tamat SMA
 - 5) DIII
 - 6) DIV
 - 7) S1
 - 8) S2
- 6. Frekuensi Perawatan :

B. Data Identitas Perawat

- 1. Umur :(Tahun)
- 2. Jenis Kelamin :
 - 1) Laki-laki
 - 2) Perempuan
- 3. Pendidikan :
 - 1) D3 Keperawatan
 - 2) S1 Keperawatan
- 7. Masa Kerja :(Tahun)

C. Aplikasi strategi pelaksanaan harga diri rendah

| No | Aspek Yang Dinilai | Ya | Tidak |
|----|---|----|-------|
| | Pre Interaksi | | |
| 1 | Mengumpulkan data tentang pasien | | |
| 2 | Menyiapkan alat yang dibutuhkan | | |
| 3 | Menilai kesiapan diri perawat | | |
| 4 | Membuat rencana pertemuan | | |
| | Tahap Orientasi | | |
| 5 | Memberikan salam dan tersenyum pada pasien | | |
| 6 | Melakukan validasi (kognitif, afektif, psikomotor) | | |
| 7 | Memperkenalkan nama perawat | | |
| 8 | Menanyakan nama panggilan kesukaan pasien | | |
| 9 | Menjelaskan tanggungjawab perawat kepada pasien | | |
| 10 | Menjelaskan peran perawat kepada pasien | | |
| 11 | Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan | | |
| 12 | Menjelaskan tujuan | | |
| 13 | Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan | | |
| 14 | Menjelaskan kerahasiaan | | |
| | Tahap Kerja | | |
| 15 | Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya | | |
| 16 | Menanyakan keluhan utama | | |
| 17 | Memulai kegiatan informasi dan edukasi pasien pre operasi dengan cara yang baik | | |
| 18 | Melakukan kegiatan informasi dan edukasi pasien pre operasi sesuai dengan rencana | | |
| | Terminasi | | |
| 19 | Menyimpulkan hasil wawancara dengan pasien | | |
| 20 | Memberikan reinforcement positif | | |
| 21 | Merencanakan tindak lanjut dengan pasien | | |
| 22 | Melakukan kontrak (waktu, tempat, topik) | | |
| 23 | Mengakhiri wawancara pasien dengan cara yang baik | | |
| | Total | | |

D. Kepatuhan pasien dalam menjalankan ADL

Penilaian klasifikasi sebagai berikut :

- 0 = mandiri penuh
- 1 = membutuhkan peralatan atau alat bantu
- 2 = membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan dan pendidikan
- 3 = membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu
- 4 = ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas

| No | Kegiatan | Waktu | | | | Nilai |
|----|---|-------|-------|------|-------|-------|
| | | Pagi | Siang | Sore | Malam | |
| 1 | Kemampuan perawatan diri : mandi : a. Mandiri penuh, pasien menyediakan peralatan mandi dan dapat melakukan perawatan mandi sendiri b. Pasien hanya membutuhkan peralatan mandi. Pasien dapat melakukan perawatan mandi sendiri. c. Perawat memberikan seluruh peralatan mengatur posisi pasien di tempat tidur atau kamar mandi. Pasien dapat mandi sendiri, kecuali untuk bagian punggung dan kaki. d. Perawat menyediakan seluruh peralatan, mengatur posisi pasien, membersihkan punggung, tungkai, perineum dan semua bagian tubuh lain sesuai keperluan. Pasien dapat membantu. e. Pasien membutuhkan mandi lengkap, tidak dapat membantu sama sekali. | | | | | |
| 2 | Kemampuan perawatan diri : berpakaian a. Mandiri penuh, pasien mempersiapkan pakaian dan dapat melakukan perawatan berpakaian | | | | | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| | <p>sendiri</p> <p>b. Pasien hanya membutuhkan pakaian. Pasien dapat menggunakan pakaian sendiri.</p> <p>c. Perawat mempersiapkan pakaian, dapat mengancingkan, merisleting, atau mengikat pakaian. Pasien dapat mengenakan pakaian sendiri.</p> <p>d. Perawat menyisir rambut pasien, membantu mengenakan pakaian, mengancingkan, merisleting pakaian dan mengikat sepatu.</p> <p>e. Pasien perlu dikenakan pakaian dan tidak dapat membantu. Perawat menyisir rambut pasien.</p> | | | | | |
| 3 | <p>Kemampuan perawatan diri : makan</p> <p>a. Mandiri penuh, pasien menyediakan peralatan makan dan dapat melakukan perawatan perawatan makan sendiri</p> <p>b. Pasien hanya membutuhkan peralatan makan. Pasien dapat melakukan perawatan makan sendiri.</p> <p>c. Perawat mengatur posisi pasien, mengambil makanan, memantau makanan.</p> <p>d. Perawat memotong makanan, membuka wadah, mengatur posisi pasien, memantau dan mendorong untuk makan.</p> <p>e. Pasien perlu dibantu untuk makan secara total.</p> | | | | | |
| 4 | <p>Kemampuan perawatan diri : eliminasi</p> <p>a. Mandiri penuh, pasien menyediakan pispot dan dapat melakukan perawatan eliminasi sendiri</p> <p>b. Pasien hanya membutuhkan pispot. Pasien dapat berjalan ke kamar mandi dan dapat melakukan perawatan eliminasi sendiri</p> <p>c. Pasien dapat berjalan ke kamar mandi dengan bantuan. Perawat membantu mengenakan atau melepas pakaian</p> <p>d. Perawat menyediakan pispot, menempatkan pasien di pispot atau</p> | | | | | |

| | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|
| | mengambil pispot tersebut, menempatkan pasien di commode. e. Pasien inkontinensia. Perawat menempatkan pasien pada pispot atau commode. | | | | | |
| Total | | | | | | |

1. 0 = mandiri penuh
2. 1 – 4 = membutuhkan peralatan atau alat bantu
3. 5 – 8 = membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan,
pengawasan dan pendidikan
4. 9 – 12 = membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat
bantu
5. 13 – 16 = ketergantungan, tidak dapat berpartisipasi dalam aktivitas.

Lampiran 4.

Master Tabel Penelitian

| No | Identitas Responden Pasien | | | |
|----|----------------------------|---------------|------------|---------------------|
| | Umur | Jenis Kelamin | Pendidikan | Frekuensi Perawatan |
| 1 | 41 | 2 | 4 | 1 |
| 2 | 37 | 2 | 1 | 2 |
| 3 | 52 | 1 | 2 | 2 |
| 4 | 29 | 2 | 3 | 1 |
| 5 | 30 | 2 | 4 | 1 |
| 6 | 65 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | 52 | 2 | 2 | 3 |
| 8 | 43 | 1 | 3 | 2 |
| 9 | 42 | 1 | 4 | 2 |
| 10 | 67 | 1 | 1 | 2 |
| 11 | 59 | 1 | 1 | 3 |
| 12 | 56 | 1 | 4 | 2 |
| 13 | 36 | 2 | 5 | 2 |
| 14 | 25 | 2 | 5 | 2 |
| 15 | 35 | 1 | 4 | 2 |
| 16 | 43 | 2 | 2 | 3 |
| 17 | 35 | 2 | 2 | 3 |
| 18 | 30 | 2 | 1 | 3 |
| 19 | 47 | 2 | 4 | 2 |
| 20 | 47 | 1 | 4 | 3 |
| 21 | 24 | 1 | 4 | 3 |
| 22 | 18 | 2 | 4 | 2 |
| 23 | 53 | 2 | 2 | 2 |
| 24 | 27 | 1 | 2 | 1 |
| 25 | 24 | 1 | 4 | 2 |
| 26 | 19 | 2 | 2 | 3 |
| 27 | 33 | 1 | 4 | 2 |
| 28 | 16 | 1 | 3 | 2 |
| 29 | 38 | 2 | 3 | 2 |
| 30 | 32 | 1 | 2 | 1 |
| 31 | 67 | 1 | 4 | 1 |
| 32 | 39 | 2 | 2 | 1 |

| | | | | |
|----|----|---|---|---|
| 33 | 57 | 1 | 2 | 1 |
| 34 | 49 | 2 | 4 | 1 |
| 35 | 22 | 2 | 5 | 1 |
| 36 | 31 | 1 | 3 | 1 |
| 37 | 65 | 1 | 2 | 1 |
| 38 | 46 | 2 | 4 | 1 |
| 39 | 22 | 2 | 6 | 1 |

| No | Kepatuhan ADL | | | | | Total | Hasil |
|----|---------------|----|----|----|----|-------|-------|
| | c1 | c2 | c3 | c4 | | | |
| 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | |
| 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | |
| 4 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | |
| 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | |
| 6 | 1 | 2 | 2 | 3 | 8 | 1 | |
| 7 | 2 | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | |
| 8 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | |
| 9 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 | 2 | |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 | 2 | |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | |
| 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 | |
| 14 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | |
| 15 | 2 | 4 | 3 | 1 | 10 | 1 | |
| 16 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 1 | |
| 17 | 3 | 3 | 3 | 1 | 10 | 1 | |
| 18 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | |
| 19 | 4 | 3 | 4 | 4 | 15 | 1 | |
| 20 | 4 | 3 | 3 | 4 | 14 | 1 | |
| 21 | 4 | 4 | 4 | 1 | 13 | 1 | |
| 22 | 4 | 4 | 4 | 2 | 14 | 1 | |
| 23 | 0 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | |
| 24 | 4 | 1 | 4 | 1 | 10 | 1 | |
| 25 | 1 | 2 | 3 | 3 | 9 | 1 | |
| 26 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | |
| 27 | 4 | 2 | 4 | 1 | 11 | 1 | |
| 28 | 3 | 3 | 3 | 1 | 10 | 1 | |
| 29 | 4 | 4 | 4 | 4 | 16 | 1 | |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|----|---|
| 30 | 4 | 1 | 4 | 4 | 13 | 1 |
| 31 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 |
| 32 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 |
| 33 | 4 | 2 | 3 | 1 | 10 | 1 |
| 34 | 3 | 1 | 3 | 1 | 8 | 1 |
| 35 | 3 | 3 | 3 | 3 | 12 | 1 |
| 36 | 4 | 1 | 3 | 1 | 9 | 1 |
| 37 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 2 |
| 38 | 3 | 3 | 4 | 1 | 11 | 1 |
| 39 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |

| No | Identitas Responden Perawat | | | |
|----|-----------------------------|---------------|------------|------------|
| | Umur | Jenis Kelamin | Pendidikan | Masa Kerja |
| 1 | 27 | 2 | 2 | 2 |
| 2 | 34 | 2 | 1 | 7 |
| 3 | 34 | 1 | 1 | 5 |
| 4 | 38 | 2 | 1 | 3 |
| 5 | 35 | 2 | 1 | 8 |
| 6 | 36 | 2 | 1 | 8 |
| 7 | 31 | 2 | 1 | 7 |
| 8 | 26 | 2 | 2 | 4 |
| 9 | 30 | 2 | 1 | 7 |
| 10 | 30 | 2 | 1 | 7 |
| 11 | 31 | 1 | 2 | 2 |
| 12 | 27 | 1 | 1 | 5 |
| 13 | 26 | 1 | 1 | 4 |
| 14 | 30 | 2 | 1 | 7 |
| 15 | 27 | 1 | 1 | 6 |
| 16 | 31 | 2 | 1 | 7 |
| 17 | 31 | 2 | 1 | 7 |
| 18 | 32 | 2 | 1 | 7 |
| 19 | 35 | 2 | 1 | 7 |
| 20 | 32 | 2 | 1 | 8 |
| 21 | 32 | 2 | 1 | 8 |
| 22 | 23 | 2 | 1 | 2 |
| 23 | 24 | 2 | 1 | 3 |
| 24 | 31 | 2 | 2 | 8 |
| 25 | 31 | 2 | 2 | 8 |
| 26 | 29 | 2 | 1 | 7 |

| | | | | |
|----|----|---|---|---|
| 27 | 24 | 2 | 1 | 3 |
| 28 | 29 | 1 | 1 | 3 |
| 29 | 30 | 2 | 1 | 6 |
| 30 | 25 | 2 | 1 | 3 |
| 31 | 27 | 2 | 2 | 2 |
| 32 | 34 | 2 | 1 | 7 |
| 33 | 34 | 1 | 1 | 5 |
| 34 | 38 | 2 | 1 | 3 |
| 35 | 35 | 2 | 1 | 8 |
| 36 | 36 | 2 | 1 | 8 |
| 37 | 31 | 2 | 1 | 7 |
| 38 | 26 | 2 | 2 | 4 |
| 39 | 30 | 2 | 1 | 7 |