

Skripsi

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
KONSEP DIRI PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DI RS DR WAHIDIN SUDIROHUSODO**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat menempuh ujian akhir
dan untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep)*



Oleh:

**FAJRIANI CANDRA
C12108283**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2011**

Halaman Persetujuan

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
KONSEP DIRIPASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DI RS DR WAHIDIN SUDIROHUSODO**

Oleh
FAJRIANI CANDRA
C12108283

disetujui untuk diseminarkan

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Andriani, S.Kep. Ns., M.Kes.

Andina Setyawati, S.Kep. Ns., M.Kep.

Diketahui,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan

Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep.
NIP. 19500114 197207 2 001

Halaman Pengesahan

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN
KONSEP DIRI PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
DI RS DR WAHIDIN SUDIROHUSODO**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada
Hari/Tanggal : 21 November 2011
Pukul : 14.30 – 15.30 WITA

Oleh
FAJRIANI CANDRA
C12108283

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir :

Penguji I	: Syahrul Said S.Kep, Ns, M.Kes
Penguji II	: Nuurhidayat Djafar S.Kep, Ns, M.Kep
Penguji III	: Andriani S.Kep, Ns, M.Kes
Penguji IV	: Andina Setiawati S.Kep, Ns, M.Kep

Mengetahui,

a.n. Dekan

Wakil Dekan Bidang Akademik

Ketua Program Studi

dr. Budu, Ph.D, Sp.M., KVR
NIP. 19661231 199503 1 009

Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep
NIP. 19500114 197207 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Fajriani Candra

Nomor mahasiswa : C 121 08 283

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, 17 Januari 2012

Yang membuat pernyataan,

(Fajriani Candra)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi ini dengan baik.

Berbagai kendala telah penulis temui dalam penyusunan skripsi ini, namun berkat usaha dan kerja keras serta bimbingan dan arahan dari berbagai pihak maka skripsi ini dapat penulis selesaikan.

Dengan segala kerendahan hati, melalui kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada :

1. Bapak Prof dr. Irawan Yusuf, Ph.D selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Andriani S.Kep, Ns., M.Kes dan Andina Setyawati S.Kep, Ns., M.Kep selaku pembimbing yang ikhlas dan sabar meluangkan waktunya dalam memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis.
4. Andi Masyita Irwan, S.Kep, Ns., Syahrul Said, S,Kep. Ns., M.Kes dan Nurhidayat Jafar, S.Kep. Ns., M.Kep selaku tim penguji atas waktu, saran dan masukannya demi kesempurnaan skripsi ini.
5. Para dosen dan staf akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin yang telah membantu selama penulis mengikuti pendidikan di PSIK FK-UH.
6. Perpustakaan PSIK FK-UH (Bunda Awang).

7. Ibunda (Maemunah, BA) dan ayahanda (Lahmuddin Amin S.Pd) tercinta atas curahan kasih sayang, motivasi dan semangat yang terus diberikan kepada penulis. Adik-adikku Lela Satriani Candra, Muh. Aidul Candra dan Muh. Su'ud Candra yang telah mendukung dan memberikan semangat kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Fadly Suhati yang tak pernah bosan memberikan semangat, dukungan, dan motivasi kepada penulis dalam penyusunan skripsi ini.
9. Sahabat-sahabat terbaikku Anita, Iska, Novy, Alfrina, Unhee, Desi dan Suci yang selalu ada untuk berbagi cerita dan memberikan semangat serta dukungan kepada penulis.
10. Saudara-saudaraku semuanya tanpa terkecuali di ASERTIF '08 atas dukungan, semangat, serta bantuan-bantuannya yang diberikan kepada penulis selama perkuliahan hingga penyusunan skripsi ini.
11. Teman-teman seperjuangan KKN posko Desa Bulue, Kec. Marioriawa, Kab. Soppeng (Wiwi, Suci, Izka, Tini, Yana, Sophna, Marisa, Ka' Appa, Ka' Ludia, Nono, Tommy dan Goodwin).
12. Semua pihak yang terlibat yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu.

Penulis menyadari sepenuhnya akan kekurangan dan keterbatasan dalam penyusunan skripsi ini dimana skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritikan dan saran yang konstruktif demi penyempurnaan skripsi ini.

Makassar, November 2011

Penulis

ABSTRAK

Fajriani Candra. C 12108283. **HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KONSEP DIRI PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI RS DR WAHIDIN SUDIROHUSODO** (dibimbing oleh Andriani dan Andina Setyawati).

Gagal ginjal kronik masih menjadi masalah besar bagi dunia dan jumlah yang meninggal semakin meningkat. Berbagai perubahan terjadi pada pasien, baik perubahan perilaku maupun emosional. Kondisi psikologis yang dirasakan diduga dipengaruhi oleh banyaknya dukungan sosial yang diterima, salah satunya dari dukungan keluarga

Metode yang digunakan adalah penelitian kuantitatif deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* dengan jumlah sampel 37 orang pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RS DR Wahidin Sudirohusodo. Pemilihan sampel menggunakan metode *quota sampling*. Data mengenai dukungan keluarga dan konsep diri diperoleh melalui kuesioner dukungan keluarga dan konsep diri.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang diberikan pada pasien gagal ginjal kronik termasuk tinggi yaitu 32 orang (86,5%). Pasien dengan *body image* positif sebanyak 25 orang (67,6%), ideal diri yang realistis sebanyak 22 orang (59,5%), harga diri tinggi sebanyak 31 orang (83,8%), peran diri tidak terganggu sebanyak 24 orang (64,9%), dan identitas kuat sebanyak 19 orang (51,4%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan masing-masing bagian konsep diri.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga dan masing-masing bagian konsep diri tidak memiliki hubungan. Rumah sakit hendaknya menyediakan fasilitas yang nyaman bagi pasien dan keluarga selama menjalani hemodialisis. Peneliti selanjutnya diharapkan mengembangkan penelitian ini dengan menggabungkan seluruh bagian-bagian konsep diri.

Keywords : **Dukungan Keluarga, Konsep Diri, Gagal Ginjal Kronik**

ABSTRACT

Fajriani Candra. C 12108283. **THE CORRELATION BETWEEN FAMILY SUPPORT AND SELF-CONCEPT IN CHRONIC RENAL FAILURE PATIENTS IN DR WAHIDIN SUDIROHUSODO HOSPITAL** (guided by Andriani and Andina Setyawati)

Chronic renal failure is included a big problem for world and the death people were increasing. Many changes to patients, included behavior changes and emotional changes. Felt of patients were expected influenced by amount of social support, such as family support.

Study method of this research is descriptive quantitative with cross sectional approached. Sampling method was quota sampling included 37 chronic renal failure patients who therapied by hemodialysis in DR Wahidin Sudirohusodo Hospital. The data about family support and self-concept were collected by family support and self-concept questionnaire.

The findings of the study showed 86,5% patients had high family support, 67,6% patients had positive body image, 59,5% patients had realistic self-ideal, 83,8% patients had high self-esteem, 64,9% patients had undisturbing self-role, and 51,4% patients had strong self-identity. The findings of statistic test showed that there was no correlation between family support and each part of self-concept.

The conclusion was family support and each part of self-concept has no correlation. The hospital should give comfortable facilities for patients and family along hemodialysis process. Next researcher suggest to conduct a further study by combining all part of self-concept.

Keywords : **Family Support, Self-concept, Chronic Renal Failure**

DAFTAR ISI

Halaman sampul depan	i
Halaman pengajuan skripsi	ii
Halaman Pengesahan	iii
Lembar pernyataan keaslian penelitian	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB I Pendahuluan	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
BAB II Tinjauan Pustaka	
A. Tinjauan Umum Tentang Gagal Ginjal Kronik	8
B. Tinjauan Umum Tentang Konsep Diri	15
C. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Keluarga	31
D. Tinjauan Umum Tentang Hubungan Dukungan Keluarga dengan Konsep Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik	37

BAB III Kerangka Konsep dan Hipotesis

A. Kerangka Konsep	40
B. Hipotesis	40

BAB IV Metode Penelitian

A. Desain Penelitian	41
B. Tempat dan Waktu Penelitian	41
C. Populasi dan Sampel	42
D. Alur Penelitian	44
E. Variabel Penelitian	
1. Identifikasi Variabel	45
2. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif	45
F. Instrumen Penelitian	48
G. Pengolahan dan Analisa Data	49
H. Masalah Etika	51

BAB V Hasil dan Pembahasan

A. Hasil Penelitian.....	53
B. Pembahasan.....	68
C. Keterbatasan Penelitian	87

BAB VI Penutup

A. Kesimpulan.....	88
B. Saran.....	88

Daftar Pustaka

Lampiran-lampiran

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Jadwal Penelitian.....	41
Tabel 2 Hasil Uji Univariat Distribusi Karakteristik Responden: Usia....	54
Tabel 3 Hasil Uji Univariat Gambaran Dukungan Keluarga	56
Tabel 4 Hasil Uji Univariat Gambaran <i>Body Image</i>	56
Tabel 5 Hasil Uji Univariat Gambaran Ideal Diri	57
Tabel 6 Hasil Uji Univariat Gambaran Peran Diri	58
Tabel 7 Hasil Uji Univariat Gambaran Identitas Diri	58
Tabel 8 Hasil Uji Univariat Gambaran Harga Diri.....	59
Tabel 9 Hasil Uji <i>Chi-square</i> Analisa Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Gambaran Diri	60
Tabel 10 Hasil Uji <i>Chi-square</i> Analisa Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Ideal Diri (<i>Self Ideal</i>)	61
Tabel 11 Tabel 18 Hasil Uji <i>Chi-square</i> Analisa Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Harga Diri (<i>Self Esteem</i>).....	62
Tabel 12 Tabel 19 Hasil Uji <i>Chi-square</i> Analisa Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Peran Diri (<i>Self Role</i>).....	63
Tabel 13 Tabel 20 Hasil Uji <i>Chi-square</i> Analisa Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Identitas Diri (<i>Self Identity</i>)	64
Tabel 14 Tabel 21 Hasil Uji <i>Chi-square</i> Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Gambaran Diri	65

Tabel 15	Tabel 22	Hasil Uji <i>Chi-square</i> Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Ideal Diri (<i>Self Ideal</i>).....	66
Tabel 16	Tabel 23	Hasil Uji <i>Chi-square</i> Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Harga Diri (<i>Self Esteem</i>)	66
Tabel 17	Tabel 24	Hasil Uji <i>Chi-square</i> Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Peran Diri (<i>Self Role</i>)	67
Tabel 18	Tabel 25	Hasil Uji <i>Chi-square</i> Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Identitas Diri (<i>Self Identity</i>).....	68

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1 Kerangka Konsep	40
Gambar 2 Alur Penelitian	45

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3. Petunjuk Pengisian Kuesioner

Lampiran 4. Data Demografi Responden

Lampiran 5. Kuesioner Dukungan Keluarga

Lampiran 6. Kuesioner Konsep Diri

Lampiran 7. Hasil Analisis Data (Output)

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal ginjal kronik merupakan keadaan dimana tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga menyebabkan uremia yang sifatnya ireversibel dan progresif (Brunner & Suddarth, 2001). Gagal ginjal kronik adalah kerusakan struktur ginjal yang bertahap dan terjadi secara terus-menerus yang ditandai dengan penurunan *Glomerulo Filtration Rate* (GFR) yang progresif (Corwin, 2009).

Penyakit gagal ginjal masih menjadi masalah besar bagi dunia. Terdapat 2 dari 1000 penduduk yang mengalami penyakit gagal ginjal kronik di Amerika dengan diabetes dan hipertensi sebagai penyebab langsung. Peningkatan terus terjadi hingga tahun 2008 dimana tercatat 330 kasus per satu juta penduduk per tahun (Muharni, 2010).

Muharni (2010) menambahkan bahwa masyarakat Indonesia semakin banyak menderita penyakit gagal ginjal kronik dilihat dari data yang didapatkan dari beberapa pusat nefrologi di Indonesia. Data tersebut menunjukkan bahwa terdapat 100 sampai dengan 150 orang yang mengalami gagal ginjal dengan prevalensi yang mencapai 200 sampai dengan 250 per satu juta penduduk.

Peningkatan jumlah penderita gagal ginjal dari tahun ke tahun juga terjadi di Sulawesi Selatan, khususnya di Makassar. Data rekam medik RS DR Wahidin Sudirohusodo tahun 2009 menunjukkan bahwa terdapat 370 kasus

penyakit gagal ginjal kronik dimana kasus baru sejumlah 333 kasus dan kasus lama sejumlah 37 kasus. Tahun 2010 terjadi peningkatan kasus gagal ginjal kronik yang cukup signifikan yaitu berjumlah 407 kasus dengan 363 kasus baru dan 44 kasus lama. Sedangkan tahun 2011, data yang peneliti peroleh adalah terdapat 182 kasus untuk penyakit gagal ginjal kronik hingga bulan Juni 2011 yaitu 169 kasus baru dan 13 kasus lama.

Penyakit gagal ginjal kronik membutuhkan terapi pengganti ginjal permanen berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Hemodialisis akan mencegah kematian bagi penderita gagal ginjal kronik, tapi tidak dapat memulihkan dari penyakit gagal ginjal kronik tersebut (Brunner & Suddarth, 2001).

Berbagai perubahan terjadi akibat kondisi sakit dan pengobatan yang dilaksanakan yang harus dihadapi oleh klien dan keluarganya. Perubahan-perubahan tersebut umumnya berupa perubahan perilaku dan emosional, seperti perubahan peran, gambaran diri, konsep diri dan dinamika dalam keluarga (Potter & Perry, 2005). Penderita gagal ginjal kronis umumnya lebih beresiko terhadap perubahan emosi karena penyakit berat dalam waktu yang lama dan menyebabkan masalah-masalah yang membebani pikiran. Selain itu uremia yang tersebar hingga ke otak berefek pada saraf dan membuat perasaan menjadi tidak menentu (Alam & Hadibroto, 2007).

Iskandarsyah (2006) juga menambahkan bahwa gagal ginjal kronik dapat menimbulkan gangguan psikologis yang terlihat pada pasien yang menjalani hemodialisis yang dianggap sebagai suatu situasi yang menekan. Kecemasan

dan depresi juga dirasakan oleh penderita. Kecemasan yang dirasakan berupa perasaan takut dan khawatir usianya tidak panjang lagi, sesuatu yang buruk akan menimpa dirinya sehingga menimbulkan perasaan tidak berdaya. Perasaan depresi yang muncul dapat berupa kehilangan minat terhadap aktivitas yang dilakukan, tidak mau memperhatikan penampilan, merasa bersalah pada keluarga karena menganggap dirinya sebagai beban keluarga. Kondisi kecemasan dan depresi yang dirasakan juga dipengaruhi oleh banyaknya jumlah dukungan sosial yang diterima, salah satunya dari dukungan keluarga (Caninsti, 2007).

Dukungan keluarga merupakan salah satu bentuk dari dukungan sosial. Dukungan keluarga merupakan salah satu faktor yang penting untuk memotivasi penderita gagal ginjal kronik dalam menjalani hemodialisis. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Wahyuni (2010), tentang analisis motivasi terapi hemodialisis pada penderita gagal ginjal. Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa terdapat tujuh faktor yang berpengaruh terhadap motivasi pasien selama menjalani terapi hemodialisis, salah satunya adalah dukungan keluarga. Penelitian dari Anggina, Hamzah dan Pandhit (2010) menunjukkan bahwa terdapat sekitar 70% pasien yang mendapat dukungan positif dari keluarga patuh menjalani diet, dan masih ada sekitar 30% pasien yang tidak didukung oleh keluarga tidak patuh menjalani diet.

Peran dan dukungan keluarga akan membentuk konsep diri seseorang (Sunaryo, 2004). Peningkatan konsep diri dapat terjadi ketika klien meyakini tentang kesehatan yang baik pada dirinya. Dukungan keluarga untuk

menumbuhkan motivasi dan keyakinan dibutuhkan untuk meningkatkan konsep diri keluarga yang menderita penyakit kronis, khususnya gagal ginjal kronik sehingga dapat memperpanjang umur dan meningkatkan kualitas hidupnya. Oleh karena itu, dukungan keluarga secara tidak langsung berperan penting dalam menciptakan dan mempertahankan konsep diri anggotanya (Potter & Perry, 2005).

Penyakit gagal ginjal kronik dapat mengganggu konsep diri seseorang karena penderitanya akan bermasalah dengan kemampuan memberikan dukungan finansial bagi keluarga sehingga mempengaruhi nilai diri dan peran diri di dalam keluarga (Potter & Perry, 2005). Kristyaningsih (2009) juga menjelaskan bahwa pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisa beresiko mengalami harga diri rendah akibat faktor-faktor yang mendukung terjadinya perilaku harga diri rendah seperti mekanisme koping dan sumber koping yang dimiliki oleh pasien. Uraian-uraian tersebut memberikan dasar bagi peneliti untuk meneliti **“Hubungan Dukungan Keluarga dengan Konsep Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo”**

B. Rumusan Masalah

Pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik memiliki berbagai permasalahan yang harus dihadapi mulai dari permasalahan finansial hingga psikologis yang dapat menyebabkan konsep diri penderitanya terganggu, sehingga dukungan keluarga dibutuhkan untuk memperbaiki konsep diri

pasien gagal ginjal kronik dalam rangka meningkatkan kualitas hidupnya (Potter & Perry, 2005)

Uraian singkat dalam latar belakang di atas memberi dasar bagi peneliti untuk merumuskan pertanyaan penelitian yaitu bagaimana hubungan dukungan keluarga dengan konsep diri pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan konsep diri pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya karakteristik responden.
- b. Diketuainya gambaran dukungan keluarga pada pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.
- c. Diketuainya hubungan dukungan keluarga dengan gambaran diri (*body image*) pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.
- d. Diketuainya hubungan dukungan keluarga dengan ideal diri (*self ideal*) pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.
- e. Diketuainya hubungan dukungan keluarga dengan identitas diri (*self identity*) pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.
- f. Diketuainya hubungan dukungan keluarga dengan peran diri (*self role*) pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.

- g. Diketuainya hubungan dukungan keluarga dengan harga diri (*self esteem*) pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Penulis

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi wahana belajar dalam menerapkan pengetahuan dan keterampilan mengenai teori yang diperoleh selama mengikuti pendidikan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi bidang keperawatan jiwa bahwa RS DR Wahidin Sudirohusodo juga dapat menjadi lahan bidang keperawatan psikososial serta diharapkan dapat menjadi masukan bagi pengembangan kurikulum keperawatan.

3. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pemberi pelayanan kesehatan, khususnya perawat agar tidak hanya memfokuskan perhatian kepada fisik saja tetapi juga memperhatikan psikologis pasien khususnya konsep diri dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

4. Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberi informasi kepada masyarakat, khususnya pasien dan keluarga yang memiliki anggota keluarga yang sedang menjalani terapi hemodialisis mengenai pentingnya dukungan keluarga terhadap konsep diri pasien gagal ginjal kronik.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pustaka untuk pengembangan penelitian lebih lanjut dan kepada yang berminat untuk mengembangkan penelitian dalam lingkup yang sama.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Gagal Ginjal Kronis

1. Definisi

Gagal ginjal kronis adalah gagalnya kemampuan tubuh untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit, bersifat progresif dan ireversibel (Brunner & Suddarth, 2001). Price (2005) menjelaskan bahwa penyakit gagal ginjal kronik atau biasa disebut penyakit ginjal tahap akhir (ERDS) adalah sebutan untuk menjelaskan penurunan fungsi ginjal akibat proses kerusakan yang ireversibel. Wibowo (2010) mendefinisikan gagal ginjal kronik sebagai keadaan dimana ginjal mengalami kerusakan yang telah terjadi selama lebih dari tiga bulan, berupa kelainan-kelainan baik kelainan struktural atau fungsional dengan atau tanpa penurunan laju GFR dengan manifestasi kelainan patologis.

Peneliti menarik kesimpulan mengenai definisi gagal ginjal kronik berdasarkan definisi-definisi di atas bahwa gagal ginjal kronis adalah keadaan dimana ginjal mengalami penurunan fungsi yang bertahap dalam waktu yang lama dan tidak dapat kembali seperti semula serta terdapat kelainan-kelainan baik kelainan anatomi maupun fisiologi sehingga tubuh gagal mempertahankan fungsi normalnya dan mengakibatkan kelainan patologis terhadap seseorang.

2. Etiologi

Price (2005) mengklasifikasikan penyebab gagal ginjal kronik sebagai berikut :

- a. Penyakit infeksi tubulointerstitial : Pielonefritis kronik atau refluks nefropati
- b. Penyakit peradangan : Glomerulonefritis
- c. Penyakit vaskular hipertensif : Nefrosklerosis benigna, nefrosklerosis maligna, stenosis arteria renalis.
- d. Gangguan jaringan ikat : Lupus eritematosus sistemik, poliartritis nodosa, sklerosis sistemik progresif
- e. Gangguan kongenital dan herediter : Penyakit ginjal polikistik, asidosis tubulus ginjal
- f. Penyakit metabolik : diabetes mellitus, gout, hiperparatiroidisme, amilodosis.
- g. Nefropati toksik : Penyalahgunaan analgesik, nefropati timah
- h. Nefropati obstruktif : Traktus urinarius bagian atas (batu, neoplasma, fibrosis retroperitoneal), traktus urinarius bagian bawah (hipertrofi prostat, striktur uretra, anomali kongenital leher vesika urinaria dan uretra).

3. Patofisiologi

Brunner & Suddarth (2001) menjelaskan bahwa pada gagal ginjal kronik fungsi renal menurun, produk akhir metabolisme protein yang normalnya

diekskresikan ke dalam urin tertimbun dalam darah sehingga terjadi uremia dan berdampak pada setiap sistem tubuh. Gejala akan semakin berat seiring dengan bertambah banyaknya timbunan produk sampah.

Penurunan jumlah glomeruli yang normal menyebabkan penurunan klirens substansi darah yang seharusnya dibersihkan oleh ginjal. Penurunan GFR (*Glomerulo Filtrat Rate*) mengakibatkan penurunan klirens kreatinin dan peningkatan kadar kreatinin serum. Hal ini menimbulkan gangguan metabolisme protein dalam usus yang menyebabkan anoreksia, mual maupun vomitus yang menimbulkan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (Brunner & Suddarth, 2001).

Peningkatan ureum kreatinin sampai ke otak mempengaruhi fungsi kerja, mengakibatkan gangguan pada saraf, terutama pada neurosensori. Selain itu *Blood Ureum Nitrogen* (BUN) biasanya juga meningkat. Penyakit ginjal tahap akhir akan menyebabkan urin tidak dapat dikonsentrasikan atau diencerkan secara normal sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan elektrolit. Natrium dan cairan tertahan meningkatkan resiko gagal jantung kongestif. Penderita dapat menjadi sesak nafas, akibat ketidakseimbangan suplai oksigen dengan kebutuhan. Natrium dan cairan yang tertahan juga bisa menyebabkan terjadinya edema dan asites. Hal ini menimbulkan resiko kelebihan volume cairan dalam tubuh, sehingga perlu dimonitor keseimbangan cairannya (Brunner & Suddarth, 2001).

Ekskresi muatan asam (H⁺) yang berlebihan dari ginjal menyebabkan asidosis metabolik sehingga fungsi ginjal semakin menurun. Produksi

eritropoetin yang menurun mengakibatkan terjadinya anemia, sehingga pada penderita dapat timbul keluhan adanya kelemahan dan kulit terlihat pucat menyebabkan tubuh tidak toleran terhadap aktifitas. Penurunan filtrasi melalui glomerulus ginjal menjadikan kadar fosfat serum meningkat dan kadar serum kalsium menurun. Penurunan kadar kalsium serum menyebabkan sekresi parathormon dari kelenjar paratiroid. Laju penurunan fungsi ginjal dan perkembangan gagal ginjal kronis berkaitan dengan gangguan yang mendasari ekskresi protein dalam urin, dan adanya hipertensi (Brunner & Suddarth, 2001).

4. Stadium

Stadium gagal ginjal dibagi berdasarkan nilai GFR, dimana GFR merupakan tanda terbaik untuk menunjukkan kesehatan ginjal. *National Kidney Foundation – Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (NKF – KDOQI) dalam Syamsir & Hadibroto (2007) membagi empat tingkat gangguan fungsi ginjal berdasarkan tingkat keparahannya, yaitu :

a. Kondisi Normal

Kerusakan ginjal dengan nilai GFR normal. Ginjal berfungsi di atas 90% dengan nilai GFR di atas 90 ml/menit/1,73 m².

b. Stadium 1

Kerusakan ginjal dengan penurunan ringan pada GFR dan belum terasa gejala yang mengganggu. Ginjal masih dapat berfungsi sekitar 60-89% dengan nilai GFR 60-89 ml/menit/1,73 m².

c. Stadium 2

Kerusakan tingkat sedang dan masih bisa dipertahankan. Ginjal berfungsi 30-59% dengan nilai GFR 30-59 ml/menit/1,73 m².

d. Stadium 3

Kerusakan ginjal sudah berat dan masuk ke dalam tingkat yang membahayakan. Ginjal hanya berfungsi sekitar 15-29% dengan nilai GFR 15-29 ml/menit/1,73 m².

e. Stadium 4

Kerusakan yang terjadi sudah parah dan mengharuskan untuk cuci darah. Ginjal yang berfungsi hanya kurang dari 15% dengan nilai GFR kurang dari 15 ml/menit/1,73 m².

5. Manifestasi Klinis

Mansjoer (2001) menjelaskan bahwa setiap sistem tubuh akan dipengaruhi atau menjadi terganggu oleh karena penyakit gagal ginjal kronis. Tanda dan gejalanya pun akan terlihat pada berbagai sistem yang ada di tubuh manusia, seperti berikut ini :

- a. Umum : fatig, malaise, gagal tumbuh, debil.
- b. Kulit : pucat, mudah lecet, rapuh, leukonikia.
- c. Kepala dan leher : fetor uremik, lidah kering dan berselaput.
- d. Mata : fundus hipertensif, mata merah.
- e. Kardiovaskuler : hipertensi, kelebihan cairan, gagal jantung, perikarditis uremik, penyakit vaskular.
- f. Pernapasan : hiperventilasi asidosis, edema paru, efusi pleura.

- g. Gastrointestinal : anoreksia, nausea, gastritis, ulkus peptikum, kolitis uremik, diare yang disebabkan oleh antibiotik.
- h. Kemih : nokturia, poliuria, haus, proteinuria, penyakit ginjal yang mendasarinya.
- i. Reproduksi : penurunan libido, impotensi, amenore, infertilitas, ginekomastia, galaktore.
- j. Saraf : letargi, malaise, anoreksia, tremor, mengantuk, kebingungan, *flap* mioklonus, kejang, koma.
- k. Tulang : hiperparatiroidisme, defisiensi vitamin D.
- l. Sendi : Gout, pseudogout, kalsifikasi ekstra tulang.
- m. Hematologi : anemia, defisiensi imun, mudah mengalami perdarahan.
- n. Endokrin : multipel.
- o. Farmakologi : obat-obat yang diekskresi oleh ginjal.

6. Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis

Price (2005) membagi dua penatalaksanaan gagal ginjal kronis, yaitu :

- a. Penatalaksanaan konservatif yang meliputi penentuan dan pengobatan penyebab, pengoptimalan dan rumatan keseimbangan garam dan air, koreksi obstruksi saluran kemih, deteksi awal dan pengobatan infeksi, pengendalian hipertensi, diet rendah protein dan tinggi kalori, pengendalian keseimbangan elektrolit, pencegahan dan pengobatan penyakit tulang ginjal, modifikasi terapi obat dengan perubahan fungsi ginjal, dan deteksi dan pengobatan komplikasi.

- b. Terapi penggantian ginjal yang meliputi hemodialisis, dialisis peritoneal, dan transplantasi ginjal.

7. Komplikasi

Brunner & Suddarth (2001) mengemukakan komplikasi potensial yang dapat terjadi pada penderita gagal ginjal kronis yang mencakup :

- a. Hiperkalemia

Hiperkalemia pada penyakit gagal ginjal kronis dapat terjadi karena ekskresi yang menurun, asidosis metabolik, katabolisme, dan intake diet berlebihan.

- b. Perikarditis, efusi perikardial, dan tamponade jantung

Dialisis yang tidak adekuat dan penurunan produk sampah uremik dapat menyebabkan perikarditis, efusi perikardial, dan tamponade jantung.

- c. Hipertensi

Hipertensi pada penyakit gagal ginjal kronis dapat terjadi disebabkan oleh tidak berfungsinya sistem renin-angiotensin-aldosteron serta retensi cairan dan natrium.

- d. Anemia

Penurunan eritropoietin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastrointestinal akibat iritasi oleh toksin, dan kehilangan darah selama hemodialisis merupakan penyebab terjadinya anemia pada penyakit gagal ginjal kronis.

e. Penyakit Tulang

Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatik dapat terjadi karena kadar kalsium yang rendah, abnormalitas metabolisme vitamin D, retensi fosfat, dan peningkatan kadar aluminium.

Alam & Hadibroto (2007) juga menambahkan bahwa karena adanya uremia yang menyebar hingga ke otak penderita gagal ginjal kronik menyebabkan efek pada saraf dan membuat perasaan menjadi tidak menentu dan menimbulkan gangguan psikologis pada penderita gagal ginjal kronik. Doengoes et al. (1999) menganjurkan perawat untuk menganjurkan keluarga atau orang terdekat untuk memperlakukan pasien yang sedang mendapatkan terapi dialisis ginjal secara normal dan bukan sebagai orang cacat. Hal tersebut dilakukan sebagai salah satu upaya intervensi untuk diagnosa gangguan harga diri atau citra diri dengan rasionalisasi agar pasien mampu untuk mengatur situasi dan membantu untuk mempertahankan perasaan harga diri dan tujuan hidup (Doengoes et al., 1999).

B. Tinjauan Umum Tentang Konsep Diri

1. Definisi Konsep Diri

Konsep diri adalah pencampuran yang kompleks dari perasaan, sikap dan persepsi bawah sadar maupun sadar dengan citra subjektif dari diri yang memberikan kita acuan mengenai bagaimana kita mengatur hubungan dan situasi kita dengan orang lain (Potter & Perry, 2005). Sunaryo (2004) mendefinisikan konsep diri sebagai cara individu dalam melihat pribadinya secara utuh, menyangkut fisik, emosi, intelektual, sosial dan spiritual.

Stuart (1998) mengemukakan bahwa individu yang sehat memiliki karakteristik sebagai berikut :

- a. Citra tubuh yang positif dan sesuai.
- b. Ideal diri yang realistik.
- c. Konsep diri positif
- d. Harga diri yang tinggi
- e. Penampilan peran yang memuaskan
- f. Rasa identitas yang jelas

Ruslan (2010) mengemukakan bahwa ada dua faktor yang mempengaruhi konsep diri kita yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal terdiri dari identitas, dalam hal ini nama yang diberikan oleh orang tua kita, pola asuh orang tua terhadap kita, pola pendidikan yang pernah ditempuh, dan status sosial. Faktor eksternal terdiri dari orang-orang di sekitar kita baik orang tua, keluarga, tetangga, teman-teman atau handai taulan, dan lingkungan pergaulan sehari-hari di dalam masyarakat yang menjadi kelompok rujukan kita.

2. Pembentukan Konsep Diri

Konsep diri terbentuk sebagai hasil dari interaksi kita bersama orang lain, tidak muncul begitu saja dengan sendirinya (Mubaraq, 2007). Konsep diri berkembang terus mulai dari bayi hingga usia tua. Dasar pembentukan konsep diri adalah pengalaman dalam keluarga karena keluarga dapat memberikan perasaan mampu dan tidak mampu, perasaan diterima atau ditolak dan dalam keluarga individu memiliki kesempatan untuk

mengidentifikasi dan meniru perilaku orang lain yang diinginkannya serta menjadi pendorong yang kuat supaya individu meraih tujuan yang sesuai dengan pengharapan yang pantas (Suliswati dkk., 2005).

Karakter individu dengan konsep diri positif yaitu mampu membina hubungan pribadi, memiliki teman dan mudah menjalin persahabatan, mampu berikir dan membuat keputusan, serta dapat beradaptasi dan menguasai lingkungan. Konsep diri yang negatif bisa dilihat dari hubungan seseorang dan sosial yang maladaptif (Suliswati dkk., 2005).

Stuart (1998) juga mengemukakan beberapa faktor yang menunjang terjadinya perubahan dalam konsep diri seseorang, yaitu :

- a. Faktor yang mempengaruhi harga diri yang meliputi penolakan dari orang tua, harapan yang tidak realistis dari orang tua, kegagalan berulang kali, kurangnya tanggung jawab pribadi, tergantung pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis.
- b. Faktor yang mempengaruhi penampilan peran adalah stereotipik peran seks, tuntutan peran kerja, dan harapan peran kultural.
- c. Faktor yang mempengaruhi identitas diri yang meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari teman-teman yang sebaya dan struktur sosial yang berubah.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Konsep Diri

Konsep diri dapat dipengaruhi oleh berbagai macam faktor. Tarwoto & Wartonah (2003) dalam Widayanto (2010) mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi konsep diri, di antaranya adalah :

a. Tingkat perkembangan dan kematangan

Proses belajar manusia mulai dari kecil hingga dewasa dapat membentuk konsep diri seseorang. Pengalaman, perlakuan orang tua serta pola asuh serta lingkungan dapat memberikan pengaruh terhadap perkembangan konsep diri. Anak akan menilai siapa dirinya berdasarkan sikap atau respon dari orang tua dan lingkungan yang dijadikannya sebagai bahan informasi.

b. Budaya

Nilai dari orang tua, kelompok dan lingkungan akan diadaptasi pada masa anak-anak. Pada anak yang memiliki orang tua yang sibuk bekerja seharian, akan menjadi lebih dekat dengan lingkungan.

c. Sumber eksternal dan internal

Konsep diri sangat dipengaruhi oleh kekuatan dan perkembangan pada individu. Pada sumber internal misalnya, orang yang humoris koping individunya lebih efektif. Sedangkan dari sumber eksternal bisa dari dukungan masyarakat dan ekonomi yang kuat.

d. Pengalaman sukses dan gagal

Riwayat sukses pada seseorang akan cenderung meningkatkan konsep dirinya. Demikian pula sebaliknya.

e. Stressor

Koping individu yang tidak adekuat terhadap stressor dapat menimbulkan depresi, kecemasan dan menarik diri. Contoh stressor dalam kehidupan misalnya perkawinan, pekerjaan baru, ujian dan ketakutan.

f. Pendidikan

Faktor pendidikan seseorang sangat menentukan kecemasan, klien dengan pendidikan tinggi akan lebih mampu mengatasinya dan menggunakan coping yang efektif serta konstruktif daripada seseorang dengan pendidikan rendah. Pendidikan adalah salah satu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah serta berlangsung seumur hidup.

g. Pekerjaan

Seseorang akan merasa sangat terganggu apabila merasa kehilangan kegiatan pekerjaan. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya kecemasan dan mempengaruhi perannya di masyarakat.

h. Status perkawinan

Seseorang yang telah menikah akan lebih mempunyai rasa percaya diri dan ketenangan dalam melakukan kegiatan karena telah pernah mengalami menjadi bagian dari keluarga. Hal ini diharapkan dapat membuat individu tersebut memahami mengenai keberadaannya.

i. Usia

Usia tua akan mempengaruhi persepsi seseorang terhadap dirinya. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Puspasari (2007) juga menambahkan bahwa perkembangan usia sangat mempengaruhi proses atau dinamika konsep diri pada individu itu sendiri. Pada beberapa

individu, konsep diri dapat meningkat atau menurun sesuai kondisi atau pengalaman dari individu itu sendiri.

Potter & Perry (2005) menjelaskan bahwa konsep diri dan citra tubuh pada anak, khususnya usia sekolah masih dapat berubah karena anak terus berubah secara fisik, emosional, mental, dan sosial. Usia remaja pun masih memiliki konsep diri yang cenderung belum stabil, karena masa-masa tersebut membawa pergolakan fisik, emosional, dan sosial sehingga peneliti mengeksklusikan sampel yang berusia di bawah 18 tahun.

Orth, Robin, dan Trzesniewski (2010) telah melakukan studi kohort mengenai perkembangan harga diri dengan judul *Self-Esteem Development From Young Adulthood to Old Age: A Cohort Sequential Longitudinal Study*. Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa kurva harga diri terus meningkat seiring dengan perkembangan usia mulai dari usia dewasa muda hingga dewasa pertengahan dan mencapai puncak pada sekitar usia 60 tahun kemudian menurun pada usia tua, dimana wanita memiliki harga diri lebih rendah daripada pria di usia dewasa muda.

Tobing (2004) dalam penelitiannya tentang hubungan antara jenis kelamin dan optimalisasi rehabilitasi konsep diri remaja mantan pecandu (*recovering addict*) di pusat rehabilitasi narkoba di Jakarta mendapatkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan optimalisasi rehabilitasi konsep diri dimana responden wanita menjalankan rehabilitasi konsep diri lebih optimal daripada responden pria. Wulandari (2011) juga menambahkan bahwa pria sering diharapkan untuk menjadi kuat, tidak

cengeng dan tahan menghadapi kehidupan sedangkan wanita dibenarkan untuk bersikap lembut atau menangis, dengan kata lain peran jenis kelamin turut mempengaruhi konsep diri. Beberapa penelitian juga telah membuktikan bahwa jenis kelamin mempengaruhi konsep diri, khususnya gambaran diri dimana wanita lebih negatif memandang citra tubuh dibandingkan pria (Satria, 2011).

Caninsti (2007) mendapatkan sebagian besar dari subjek penelitiannya telah mampu beradaptasi dari masalah psikologis dalam menjalani terapi hemodialisis. Sampel-sampel tersebut umumnya telah menjalani terapi hemodialisis selama lebih dari satu tahun dan telah merasakan manfaat dari hemodialisis.

4. Faktor Resiko yang Menyebabkan Gangguan Konsep Diri

Tarwoto & Wartonah (2003) dikutip dalam Widayanto (2010) mengemukakan beberapa faktor resiko gangguan konsep diri, yaitu :

- a. Gangguan identitas diri : perubahan perkembangan, trauma, jenis kelamin dan budaya.
- b. Gangguan citra tubuh : hilangnya bagian tubuh, perubahan perkembangan, dan kecacatan.
- c. Gangguan peran diri : kehilangan peran, peran ganda dan ketidakmampuan dalam mengikuti aturan moral.
- d. Gangguan ideal diri : kehilangan harapan, keinginan dan cita-cita.

- e. Gangguan harga diri : hubungan interpersonal yang tidak harmonis, kegagalan perkembangan, kegagalan mencapai tujuan hidup dan kegagalan dalam mengikuti aturan moral.

5. Komponen Konsep Diri

Ada lima konsep diri, yaitu gambaran diri (*body image*), ideal diri (*self ideal*), harga diri (*self esteem*), peran diri (*self role*), dan identitas diri (*self identity*) (Sunaryo, 2004). Berikut adalah penjelasannya masing-masing :

a. Gambaran diri (*body image*)

Gambaran diri adalah sikap individu terhadap tubuhnya, sadar maupun tidak sadar, dan perasaan serta persepsinya tentang bentuk dan ukuran tubuhnya. Salbiah (2003) menambahkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi gambaran diri seseorang, seperti munculnya stressor yang dapat mengganggu integritas gambaran diri. Stressor-stresor tersebut dapat berupa :

1) Operasi

Seperti : mastektomi, amputasi, luka operasi yang semuanya mengubah gambaran diri. Demikian pula tindakan koreksi seperti operasi plastik, protesa dan lain-lain.

2) Kegagalan fungsi tubuh

Seperti hemiplegik, buta, tuli dapat mengakibatkan depersonalisasi yaitu tidak mengakui atau asing dengan bagian tubuh, sering berkaitan dengan fungsi saraf.

3) Tergantung pada mesin.

Seperti : klien *intensif care* yang memandang imobilisasi sebagai tantangan, akibatnya sukar mendapatkan informasi umpan balik dengan penggunaan *intensif care* dipandang sebagai gangguan.

4) Perubahan tubuh berkaitan.

Hal ini berkaitan dengan tumbuh kembang dimana seseorang akan merasakan perubahan pada dirinya seiring dengan bertambahnya usia. Tidak jarang seseorang menanggapinya dengan respon negatif dan positif. Ketidakpuasan juga dirasakan seseorang jika didapati perubahan tubuh yang tidak ideal.

5) Umpan balik interpersonal yang negatif

Umpan balik ini adanya tanggapan yang tidak baik berupa celaan, makian sehingga dapat membuat seseorang menarik diri.

6) Standar sosial budaya

Hal ini berkaitan dengan kultur sosial budaya yang berbeda-beda pada setiap orang dan keterbatasannya serta keterbelakangan dari budaya tersebut menyebabkan pengaruh pada gambaran diri individu, seperti adanya perasaan minder.

Citra tubuh meliputi persepsi dan pengalaman masa lalu atau sekarang mengenai ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh. Citra tubuh sangat dinamis karena secara konstan berubah seiring dengan persepsi dan pengalaman baru (Suliswati dkk., 2005).

Seseorang dengan gangguan citra tubuh mengalami perubahan perilaku seperti menolak menyentuh atau melihat bagian tubuh tertentu, menolak bercermin, tidak mau mendiskusikan keterbatasan atau cacat tubuh, menolak usaha rehabilitasi, usaha pengobatan mandiri yang tidak tepat, dan menyangkal cacat tubuh (Suliswati dkk., 2005).

Penyakit gagal ginjal kronik dengan gejala gatal-gatal, pucat, lemas, mata dan kaki bengkak, kelainan pada kulit, adanya perawatan-perawatan yang infasiv dan ketergantungan pada mesin menimbulkan perubahan fungsi dan struktur tubuh sehingga menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri (Salbiah, 2003).

b. Ideal diri (*self ideal*)

Ideal diri adalah persepsi individu tentang perilakunya, disesuaikan dengan standar pribadi yang terkait dengan cita-cita, harapan, dan keinginan, tipe orang yang diidam-idamkan, dan nilai yang ingin dicapai.

Sunaryo (2004) mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi ideal diri sebagai berikut :

- 1) Menetapkan ideal diri sebatas kemampuan.
- 2) Faktor kultur dibandingkan dengan standar orang lain.
- 3) Hasrat melebihi orang lain.
- 4) Hasrat untuk berhasil.
- 5) Hasrat memenuhi kebutuhan realistik.
- 6) Hasrat menghindari kegagalan.
- 7) Adanya perasaan cemas dan rendah diri.

Lamanya waktu pengobatan dan perawatan, banyaknya biaya yang dikeluarkan dan kecemasan membuat individu tidak dapat menentukan harapan dirinya dan cenderung pasrah pada situasi. Harapan yang menjadi ideal dirinya juga terganggu dan tidak dapat dipertahankan, apakah harapan tersebut tercapai atau tidak sangat tergantung dari persepsinya sekarang (Potter & Perry, 2005).

c. Harga diri (*self esteem*)

Harga diri adalah penilaian individu terhadap hasil yang dicapai dengan cara menganalisis seberapa jauh perilaku individu tersebut sesuai dengan ideal diri. Harga diri bisa diperoleh melalui diri sendiri dan orang lain. Aspek utama harga diri adalah merasa dicintai, dikasihi dan disayangi oleh orang lain dan mendapat penghargaan dari orang lain. Harga diri seseorang rendah apabila kehilangan kasih sayang atau cinta kasih dari orang lain, kehilangan penghargaan dari orang lain dan hubungan interpersonal yang buruk (Sunaryo, 2004).

Beberapa ahli mengemukakan dalam Salbiah (2003) faktor-faktor yang mempengaruhi gangguan harga diri, seperti :

1) Perkembangan individu

Faktor predisposisi dapat dimulai sejak bayi, seperti penolakan orang tua menyebabkan anak merasa tidak dicintai dan menyebabkan anak gagal mencintai dirinya dan akan gagal mencintai orang lain. Pada saat anak berkembang lebih besar, anak mengalami kurangnya pengakuan dan pujian dari orang tua dan orang yang dekat atau

penting baginya. Ia merasa tidak adekuat karena selalu tidak dipercaya untuk tidak mandiri, memutuskan sendiri akan bertanggung jawab terhadap perilakunya. Sikap orang tua yang terlalu mengatur atau mengontrol, membuat anak merasa tidak berguna.

2) Ideal diri tidak realistis

Individu yang selalu dituntut untuk berhasil akan merasa tidak punya hak untuk gagal dan berbuat kesalahan. Ia membuat standar yang tidak dapat dicapai. Yang pada kenyataan tidak dapat dicapai membuat individu menghukum diri sendiri dan akhirnya percaya diri akan hilang.

3) Gangguan fisik dan mental

Gangguan ini dapat membuat individu dan keluarga merasa rendah diri.

4) Sistem keluarga yang tidak berfungsi

Orang tua yang mempunyai harga diri rendah, tidak mampu membangun harga diri anak dengan baik. Harga diri anak akan terganggu jika kemampuan menyelesaikan masalah tidak adekuat. Akhirnya anak memandang negatif terhadap pengalaman dan kemampuan di lingkungannya.

5) Pengalaman traumatik yang berulang

Penganiayaan yang dialami dapat berupa penganiayaan fisik, emosi, peperangan, bencana alam, kecelakaan atau perampokan. Respon atau strategi menghadapi trauma umumnya dengan mengingkari trauma,

mengubah arti trauma, respon yang biasa efektif terganggu. Akibatnya koping yang biasa berkembang adalah depresi dan denial pada trauma.

Suliswati dkk. (2005) menjelaskan faktor predisposisi gangguan harga diri antara lain penolakan dari orang lain, kurang penghargaan, pola asuh yang salah dalam hal terlalu dilarang, terlalu dikontrol, terlalu dituruti, terlalu dituntut dan tidak konsisten, persaingan antar-saudara, kesalahan dan kegagalan yang berulang, dan tidak mampu mencapai standar yang ditentukan.

Seseorang dengan harga diri yang rendah mengalami perubahan perilaku seperti mengkritik diri sendiri dan/atau orang lain, produktivitas menurun, perilaku destruktif yang diarahkan pada orang lain atau diri sendiri, gangguan berhubungan, merasa diri penting, memiliki perasaan tidak mampu, rasa bersalah, mudah tersinggung, marah berlebihan, berpikir negatif terhadap tubuh sendiri, merasakan ketegangan peran, pesimis dalam memandang hidup, keluhan fisik, pandangan hidup yang bertentangan, menolak kemampuan sendiri, menarik diri dari realitas dan secara sosial serta penyalahgunaan zat (Stuart, 1998).

Pasien gagal ginjal kronik mengalami perubahan persepsi dan tata laksana hidup sehat dalam kehidupannya karena kurangnya pengetahuan tentang dampak gagal ginjal kronik yang menyebabkan timbulnya persepsi negatif terhadap dirinya dan cenderung tidak mau mematuhi prosedur pengobatan dan perawatan. Hal tersebut

mengindikasikan bahwa klien tidak menghargai dirinya sendiri. Kecemasan yang tinggi, tidak aktif dalam kelompok dan kurangnya penerimaan atau dukungan dari lingkungan sosial akibat keadaan penyakit menggambarkan kurangnya penghargaan dari orang lain. Ideal diri dan peran sangat menentukan harga diri seseorang, sehingga bila terjadi gangguan pada kedua hal tersebut serta komponen konsep diri yang lain dapat berakibat menurunnya harga diri seseorang (Potter & Perry, 2005).

d. Peran diri (*self role*)

Peran diri adalah pola perilaku, sikap, nilai, dan aspirasi yang diharapkan individu berdasarkan posisinya di masyarakat (Sunaryo, 2004). Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam menyesuaikan diri dengan peran (Stuart, 1998) :

- 1) Kejelasan perilaku dengan penghargaan yang sesuai dengan peran.
- 2) Konsisten respon orang yang berarti terhadap peran yang dilakukan.
- 3) Kesesuaian dan keseimbangan antara peran yang diemban.
- 4) Keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran.
- 5) Pemisahan situasi yang akan menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran.

Stuart (1998) menjelaskan bahwa penyesuaian individu terhadap perannya dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

- 1) Kejelasan perilaku yang sesuai dengan perannya serta pengetahuan yang spesifik tentang peran yang diharapkan.
- 2) Konsistensi respon orang yang berarti atau dekat dengan peranannya.
- 3) Kejelasan budaya dan harapannya terhadap perilaku perannya.
- 4) Pemisahan situasi yang dapat menciptakan ketidakselarasan.

Seseorang mengalami gangguan peran apabila terdapat konflik peran, yaitu apabila peran yang diinginkan seseorang sedang diduduki oleh orang lain, peran yang tidak jelas dimana individu diberikan peran yang kabur, peran yang tidak sesuai ketika individu berada dalam proses peralihan mengubah nilai dan sikap, peran berlebih yang terjadi ketika seseorang memiliki banyak peran dalam kehidupannya.

Keadaan ginjal yang ireversibel, lamanya pengobatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami gangguan peran dalam keluarga. Gangguan peran terhadap keluarga sebagai ayah atau ibu, suami atau istri, orangtua, anak atau pencari nafkah dalam keluarga. Atau gangguan peran dalam kelompok sebagai pengambil keputusan, atasan, bawahan, pengelola, dan sebagainya (Widayanto, 2010).

e. Identitas diri (*self identity*)

Identitas diri adalah kesadaran akan diri pribadi yang bersumber dari pengamatan dan penilaian, sebagai sintesis semua aspek konsep diri dan menjadi satu kesatuan yang utuh.

Sunaryo (2004) mengemukakan ciri identitas diri sebagai berikut :

- 1) Memahami diri sendiri sebagai organisme yang utuh, berbeda dan terpisah dari orang lain.
- 2) Menilai diri sendiri sesuai dengan penilaian masyarakat.
- 3) Mengakui jenis kelamin sendiri.
- 4) Menyadari hubungan masa lalu, sekarang, dan masa yang akan datang.
- 5) Memandang berbagai aspek dalam dirinya sebagai suatu keserasian dan keselarasan.
- 6) Mempunyai tujuan hidup yang bernilai dan dapat direalisasikan.

Seseorang yang mengalami kerancuan identitas akan mengalami perubahan perilaku seperti tidak ada kode moral, memiliki sifat kepribadian yang bertentangan, hubungan interpersonal yang eksploitatif, merasakan perasaan hampa dan mengambang, kerancuan gender, tingkat kecemasan yang tinggi, dan tidak mampu berempati terhadap orang lain (Stuart, 1998).

Perjalanan penyakit yang kronik, lamanya waktu perawatan dan pengobatan, perasaan pesimis karena ketergantungan menimbulkan reaksi psikologis yang negatif berupa marah, cemas, mudah tersinggung, dan lain-lain sehingga menyebabkan penderita tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang konstruktif. Hal tersebut menimbulkan rasa identitas berbeda dari keadaan dimana individu berada dalam keadaan sebelum sakit, merasakan dirinya kini sama dengan orang yang sakit yang

lainnya atau merasa dirinya sekarang bukan yang sesungguhnya. Ketidakmampuan seseorang menyesuaikan diri menunjukkan rasa identitas yang lemah (Sunaryo, 2004).

Hasil penelitian Caninsti (2007) menunjukkan bahwa pasien yang telah beradaptasi dengan kondisi sakitnya umumnya telah menjalani terapi hemodialisis lebih dari satu tahun. Adaptasi yang dirasakan oleh pasien disebabkan oleh adanya manfaat dari hemodialisis yang langsung dirasakan oleh pasien.

C. Tinjauan Umum Tentang Dukungan Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai bagian dari keluarga (Friedman, 1998). Peraturan Pemerintah nomor 21 tahun 1994 Bab I ayat 1 mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

2. Definisi Dukungan Keluarga

Friedman (1998) mendefinisikan dukungan keluarga sebagai sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Anggota keluarga memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

3. Jenis Dukungan Keluarga

Keluarga dapat memberikan dukungan dalam empat jenis sebagai berikut (Friedman, 1998) :

a. Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai kolektor dan disseminator informasi tentang dunia yang dapat digunakan untuk mengungkapkan suatu masalah.

b. Dukungan penilaian

Keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi masalah serta sebagai sumber validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan dukungan, pengakuan, penghargaan dan perhatian.

c. Dukungan instrumental

Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit di antaranya memberikan bantuan langsung dari orang yang diandalkan seperti materi, tenaga dan sarana.

d. Dukungan emosional

Dukungan keluarga dapat berfungsi sebagai dukungan emosional, karena keluarga merupakan tempat yang baik, aman, dan damai dalam proses pemulihan dan penguasaan emosi.

4. Fungsi Dukungan Keluarga

Caplan (1964) dalam Friedman (1998) menjelaskan mengenai fungsi dari dukungan keluarga, yaitu :

a. Dukungan informasional

Keluarga merupakan pengumpul dan penyebar informasi. Keluarga memberikan informasi, saran, sugesti, dan bisa digunakan untuk mengungkap suatu masalah, sehingga bisa bermanfaat sebagai suatu sugesti khusus dan pada akhirnya dapat menekan stressor pada individu. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah saran, usul, nasehat, dan petunjuk pemberian informasi.

b. Dukungan penilaian

Keluarga dapat berfungsi sebagai pembimbing dan penengah dalam upaya memecahkan masalah dengan berupaya untuk memberikan umpan balik. Keluarga juga sebagai sumber dan validator identitas anggota keluarga dengan memberikan perhatian, dan dukungan.

c. Dukungan instrumental

Keluarga adalah sumber pertolongan yang nyata. Dari sisi kesehatan misalnya membantu memberikan makan, minum, mencegah agar anggota keluarga yang sedang sakit tidak mengalami kelelahan. Manfaat dukungan ini adalah mendukung pulihnya energi dan stamina atau semangat yang menurun selain itu individu merasa bahwa masih ada perhatian atau kepedulian dari lingkungan terhadap seseorang yang sedang mengalami kesusahan atau penderitaan.

d. Dukungan emosional

Secara emosional menjamin nilai-nilai individu (baik pria maupun wanita) akan selalu terjaga kerahasiaannya dari keingintahuan orang lain. Aspek-aspeknya meliputi afeksi, kepercayaan, perhatian, mendengarkan dan didengarkan.

Hasil penelitian Suba (2010) mengenai Gambaran Lima Fungsi Keluarga Menurut Friedman Pada Keluarga yang Memiliki Anggota Keluarga Skizofrenia yang Dirawat di Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Jongaya Tahun 2010 didapatkan bahwa setiap keluarga dalam merawat penderita skizofrenia di rumah memiliki gambaran yang berbeda-beda dalam melaksanakan lima fungsi keluarga menurut Friedman yang terdiri dari fungsi afektif, fungsi sosialisasi dan fungsi penempatan sosial, fungsi ekonomi, fungsi reproduktif dan fungsi perawatan kesehatan. Setiap fungsi keluarga tersebut dilaksanakan oleh masing-masing keluarga berdasarkan kondisi dan dukungan yang dimiliki.

5. Sumber Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga dapat diperoleh dari dukungan sosial keluarga internal maupun dukungan sosial keluarga eksternal. Dukungan sosial keluarga internal meliputi keluarga inti itu sendiri, seperti dukungan dari suami/istri, dukungan dari saudara kandung yang ada dalam keluarga tersebut. Sedangkan dukungan sosial keluarga eksternal meliputi jaringan kerja sosial keluarga (Friedman, 1998).

6. Manfaat Dukungan Keluarga

Friedman (1998) menjelaskan bahwa dukungan keluarga dapat terus dirasakan sepanjang hidup, karena dukungan keluarga adalah sebuah proses yang terus berlangsung di dalam sebuah keluarga. Sifat dan jenis-jenis dukungannya pun berbeda-beda dalam setiap tahap-tahap perkembangan didalam siklus kehidupan. Namun, walaupun berbeda-beda sifat dan jenis, dukungan keluarga dari berbagai tahap-tahap perkembangan tersebut mampu membuat keluarga berfungsi dengan berbagai kepandaian dan akal, sehingga secara tidak langsung dapat bermanfaat dalam peningkatan kesehatan dan adaptasi keluarga.

Kesimpulan dari Wills (1985) dalam Friedman (1998) bahwa ada dua efek yang ditemukan dalam sebuah dukungan keluarga, yaitu efek-efek utama yang meliputi dukungan sosial yang secara langsung mempengaruhi akibat-akibat dari kesehatan dan efek-efek penyangga yang meliputi dukungan social yang dapat menahan efek-efek negatif dari stress terhadap kesehatan. Ditambahkan pula oleh Ryan dan Austin dalam Friedman (1998) bahwa kedua efek tersebut bisa menjalankan fungsinya secara bersamaan. Telah terbukti bahwa adanya dukungan sosial yang kuat dapat menurunkan mortalitas. Selain itu, lebih mudah sembuh dari sakit dan mempengaruhi kesehatan fisik, fungsi kognitif, dan kesehatan emosi di kalangan lansia.

7. Faktor yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Keluarga besar dan kecil terbukti memiliki perbedaan secara kualitatif dalam gambaran pengalaman-pengalaman perkembangannya. Anak-anak

yang lahir dan ataupun tumbuh di dalam keluarga kecil mendapatkan lebih banyak perhatian dari anggota keluarganya dibandingkan dengan anak-anak yang lahir, tumbuh dan berkembang di dalam sebuah keluarga besar. Di samping itu, dukunyan yang diberikan oleh anggota keluarga, khususnya seorang ibu, juga dipengaruhi oleh usia ibu tersebut (Feiring dan Lewis, 1984 dalam Friedman, 1998).

Friedman menambahkan bahwa ibu-ibu yang berusia cenderung lebih tua lebih mampu merasakan dan mengenali kebutuhan anak-anaknya daripada ibu-ibu dengan usia yang lebih muda. Hal ini terjadi karena ibu dengan usia yang masih muda cenderung masih bersifat egosentris.

Faktor yang lain yang mampu mempengaruhi dukungan keluarga selain dari faktor-faktor yang disebutkan di atas adalah faktor sosial ekonomi orangtua. Sosial ekonomi disini meliputi pekerjaan dan tingkat pendidikan orang tua. Terdapat perbedaan hubungan antar anggota keluarga pada keluarga kelas menengah dan kelas bawah. Pada kelas menengah, masih mungkin didapatkan hubungan yang adil dan demokratis. Sedangkan pada kelas bawah, hubungan yang terjadi lebih bersifat otoritas. Selain mengenai hubungan antar keluarga, keluarga kelas menengah juga lebih memiliki afeksi, keterlibatan dan dukungan yang tinggi terhadap anggota keluarga dibandingkan dengan keluarga kelas bawah.

D. Tinjauan Umum Tentang Hubungan Dukungan Keluarga dengan Konsep Diri Penderita Gagal Ginjal Kronik

Penyakit gagal ginjal kronik mengakibatkan perubahan kesehatan pada penderitanya dan dapat mempengaruhi konsep diri penderita tersebut. Perubahan fisik dalam tubuh menyebabkan perubahan pada citra tubuh dan dapat berakibat terpengaruhnya identitas dan harga diri (Potter & Perry, 2005). Kristyaningsih (2009) juga menjelaskan bahwa pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisa beresiko mengalami harga diri rendah akibat faktor-faktor yang mendukung terjadinya perilaku harga diri rendah seperti mekanisme coping dan sumber coping yang dimiliki oleh pasien.

Brunner & Suddarth (2001) menambahkan bahwa perubahan peran terjadi ketika seseorang sedang sakit dimana perubahan tersebut berdampak pada proses interaksi dengan keluarga, teman, atau orang lain. Perubahan peran yang mempengaruhi pekerjaan juga berdampak pada penderita penyakit kronis. Mayoritas orang memberikan dasar harga dirinya pada kemampuannya untuk bekerja dan produktivitasnya. Bila dipaksa pensiun atau menjalani masa penyembuhan akibat dari penyakit kronis yang diderita, seseorang akan merasa kehilangan dan terputus hubungannya dengan orang lain.

Pasien gagal ginjal kronik dengan berbagai perubahan fungsi tubuh disertai dengan penurunan kemampuan beraktivitas memiliki kecenderungan mengalami harga diri rendah. Timbul perasaan tidak berguna, mudah tersinggung, merasa dikritik orang lain dan selalu merasa tidak percaya diri.

Sukarja dkk. (2008) dalam penelitiannya mengenai Harga Diri Dan Koping Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2007 mendapatkan hasil bahwa terdapat 63% pasien dengan harga diri rendah dan 63% memiliki koping yang maladaptif.

Perasaan-perasaan yang mengganggu pun terus bermunculan sebagai akibat dari sakit kronis yang diderita. Perasaan seperti ansietas, kemarahan, berduka, harapan, malu, rasa bersalah, keberanian, kebanggan, hilang harapan, cinta, depresi, tidak berdaya, iri, kesepian, dan kesetiaan biasanya akan terus dialami (Brunner & Suddarth, 2001). Pasien juga biasanya tidak mau memperhatikan penampilan sebagai salah satu bentuk dari rasa depresi yang timbul (Caninsti, 2007).

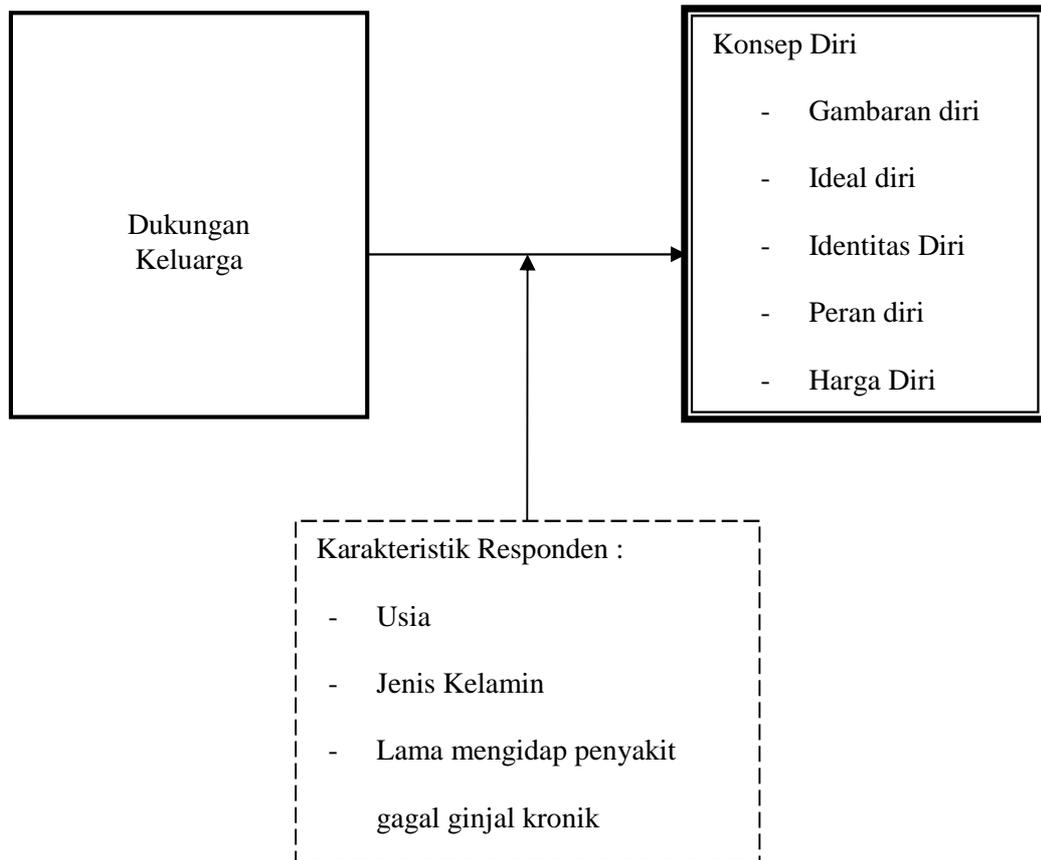
Istiqomah (2008) telah melakukan penelitian mengenai hubungan antara dukungan sosial dan penerimaan diri pada pasien hemodialisis di Instalasi Hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya dimana hasil penelitiannya menunjukkan bahwa ada hubungan positif antara dukungan sosial dan penerimaan diri pasien hemodialisis.

Penelitian yang lain dari Wahyuni (2010) mengenai analisis motivasi terapi hemodialisis pada penderita gagal ginjal (studi kasus di Rumah Sakit Islam Klaten tahun 2010) membuktikan bahwa terdapat tujuh faktor yang berpengaruh terhadap motivasi pasien selama menjalani terapi hemodialisis yaitu usia, biaya, dukungan keluarga, lama hemodialisis, peran petugas medis dan pendidikan pasien.

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa persepsi individu yang negatif terhadap dirinya dan kecenderungan untuk tidak mematuhi prosedur pengobatan dan perawatan menunjukkan bahwa individu tersebut tidak dapat menghargai dirinya sendiri. Namun dengan dukungan keluarga, pasien yang sedang menjalani hemodialisis akan termotivasi untuk mematuhi dan menjalani perawatan dan pengobatan sehingga secara tidak langsung akan meningkatkan konsep dirinya (Wahyuni, 2010).

BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konsep

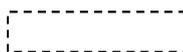


Gambar 1 Kerangka Konsep

Keterangan :

 : Variabel Independen

 : Variabel Dependen

 : Variabel Perancu

B. Hipotesis

Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan konsep diri pasien gagal ginjal kronik.

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah metode *cross sectional*. Metode *cross sectional* merupakan metode penelitian dimana pengukuran variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat tanpa harus mengikuti secara terus-menerus (*follow up*) variabel-variabel yang diteliti, karena penelitian ini akan membuktikan ada atau tidaknya hubungan antar variabel (Wasis, 2008).

B. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 24 Oktober 2011 sampai dengan 1 November 2011 di Ruang Hemodialisis RS DR Wahidin Sudirohusodo.

Tabel 1 Jadwal Penelitian

No.	Kegiatan	Bulan							
		Oktober				November			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Pengumpulan Data				√	√			
2.	Pengolahan Data					√			
3.	Analisa Data					√	√		
4.	Penyusunan Laporan					√	√	√	

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah semua penderita gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo. Alasan pemilihan tempat penelitian karena adanya pertimbangan bahwa RS DR Wahidin Sudirohusodo merupakan rumah sakit pusat rujukan untuk daerah Sulawesi Selatan dan memiliki instalasi hemodialisis sehingga dapat memudahkan peneliti untuk mendapatkan sampel yang sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.

2. Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu *quota sampling*. Budiarto (2001) menjelaskan bahwa *quota sampling* adalah cara pengambilan sampel yang hampir sama dengan *accidental sampling*, tetapi dengan kontrol yang lebih baik untuk mengurangi terjadinya bias. Pelaksanaan *quota sampling* sangat tergantung pada peneliti, tetapi dengan kriteria dan jumlah yang telah ditentukan sebelumnya, dalam hal ini yaitu pasien gagal ginjal kronik yang sedang menjalani terapi hemodialisis dengan kriteria sebagai berikut :

a. Kriteria inklusi :

- 1) Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis dalam waktu kurang dari satu tahun.
- 2) Bersedia menjadi responden.

b. Kriteria eksklusi :

- 1) Pasien gagal ginjal kronik yang berusia di atas 18 tahun.
- 2) Berada dalam kondisi kegawatdaruratan atau dalam kondisi kritis.
- 3) Tidak kooperatif dalam proses pengambilan data.

Jumlah sampel penelitian ditentukan dengan menggunakan rumus penentuan jumlah sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (e)^2}$$

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Besar populasi

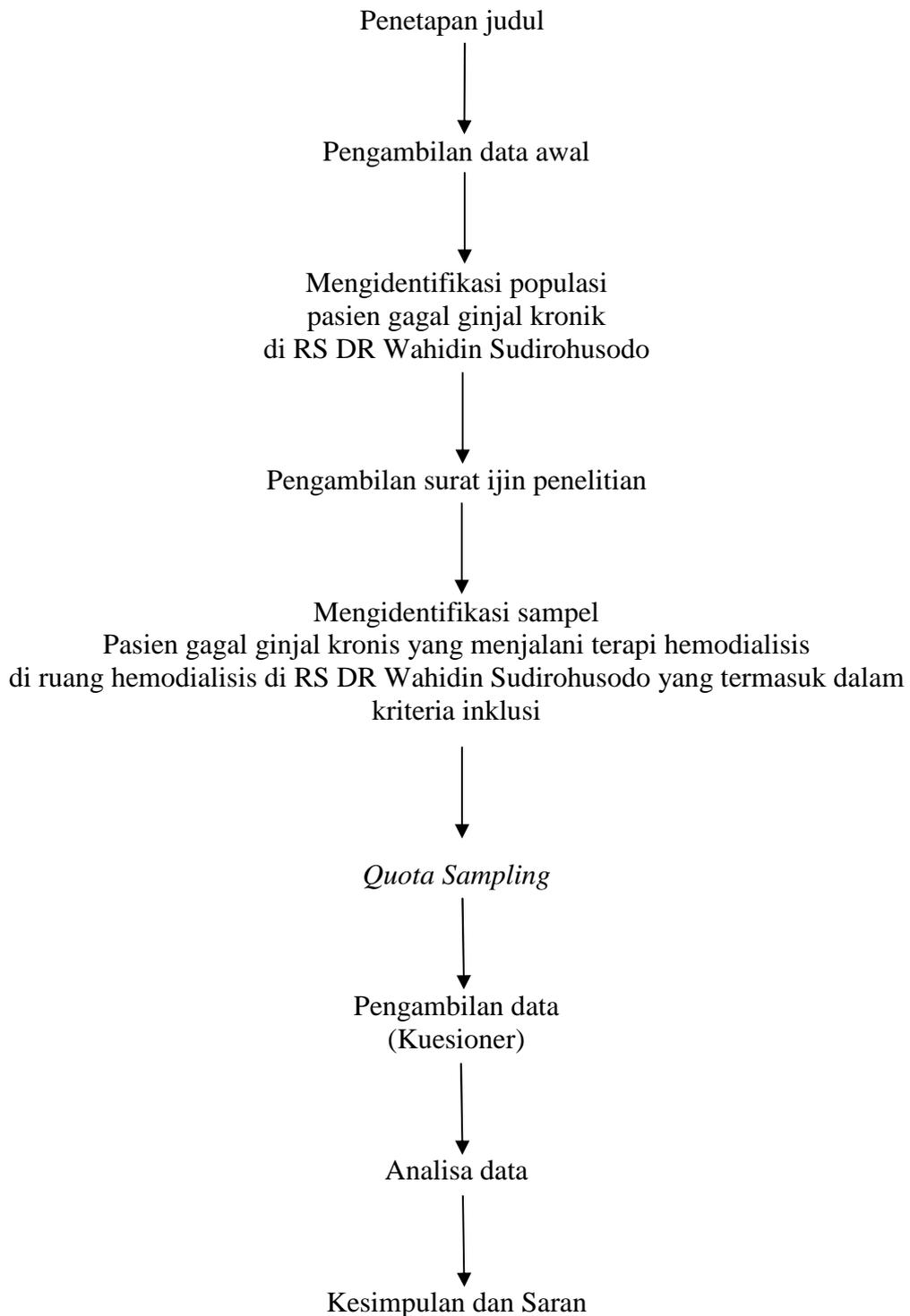
e = Tingkat kepercayaan yang digunakan (10%)

$$n = \frac{73}{1 + 73 (0,01)}$$

n = 43 orang

Beberapa keadaan-keadaan yang tidak memungkinkan untuk mengambil data dari beberapa orang sampel, dalam hal ini sampel tereksklusikan dari penelitian, mengakibatkan jumlah sampel penelitian hanya berjumlah 37 orang.

D. Alur Penelitian



Gambar 2 Alur Penelitian

E. Variabel Penelitian

1. Identifikasi Variabel

a. Variabel Independen (Variabel Bebas)

Variabel independen pada penelitian ini yaitu dukungan keluarga terhadap pasien gagal ginjal kronis.

b. Variabel Dependen (Variabel Terikat)

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel independen yaitu gambaran diri (*body image*), ideal diri (*self ideal*), harga diri (*self esteem*), peran diri (*self role*), dan identitas diri (*self identity*).

2. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

a. Variabel Independen

1) Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah salah satu bentuk dari fungsi keluarga yang memberikan dukungan bagi anggota keluarga yang lain yang menderita penyakit gagal ginjal kronik baik dari keluarga yang memiliki hubungan darah, terikat dalam satu ikatan, tinggal dalam satu rumah maupun orang terdekat.

Penilaian diukur berdasarkan dengan skala *Guttman* dengan menggunakan pertanyaan yang dibuat sendiri oleh peneliti, yang terdiri dari 16 pertanyaan. Jawaban atas pertanyaan diklasifikasikan dengan skor 2 untuk jawaban “Ya” dan 1 untuk jawaban “Tidak”. Dukungan keluarga diklasifikasikan dengan dua pembagian, yakni tinggi dan kurang. Jadi kriteria obyektif :

- a) Tinggi, bila responden memperoleh nilai ≥ 30
- b) Kurang, bila responden memperoleh nilai < 30 (Sudjana, 2005).

b. Variabel Dependen

Konsep diri adalah bagaimana cara seseorang melihat dan mempersepsikan dirinya sendiri sehingga mempengaruhi hubungannya dengan orang lain yang meliputi gambaran diri (*body image*), ideal diri (*self ideal*), peran diri (*self role*), identitas diri (*self identity*), dan harga diri (*self esteem*),

1. Gambaran diri (*body image*)

Gambaran diri (*body image*) adalah persepsi yang muncul dari seseorang baik disadari atau tidak mengenai tubuhnya sendiri meliputi penampilan, ukuran atau fungsi tubuh itu sendiri.

Kriteria Objektif :

- a. Positif, bila responden memperoleh nilai ≥ 11
- b. Negatif, bila responden memperoleh nilai < 11 (Sudjana, 2005).

2. Ideal diri (*self ideal*)

Ideal diri (*self ideal*) adalah sesuatu yang diusahakan seseorang untuk dicapai sesuai dengan harapan dan cita-cita yang masih realistis.

Kriteria Objektif :

- a. Ideal diri realistis, bila responden memperoleh nilai ≥ 9
- b. Ideal diri tidak realistis, bila responden memperoleh nilai < 9
(Sudjana, 2005).

3. Peran diri (*self role*)

Peran diri (*self role*) adalah sikap atau perilaku yang dilakukan oleh seseorang berdasarkan peran yang diharapkan darinya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat.

Kriteria objektif :

- a. Tidak terjadi gangguan peran, bila responden memperoleh nilai ≥ 7
- b. Terjadi gangguan peran, bila responden memperoleh nilai < 7
(Sudjana, 2005).

4. Identitas diri (*self identity*)

Identitas diri (*self identity*) adalah persepsi yang timbul dari kesadaran seseorang sebagai individu yang unik dan berbeda dari orang lain.

Kriteria objektif :

- a. Identitas diri kuat, bila responden memperoleh nilai ≥ 7
- b. Identitas diri mengalami kerancuan, bila responden memperoleh nilai < 7 (Sudjana, 2005).

5. Harga diri (*self esteem*)

Harga diri (*self esteem*) adalah hasil dari penilaian individu terhadap dirinya dan tergantung dari pencapaian ideal diri yang telah

ditetapkan oleh individu tersebut dan dapat juga diperoleh dari penilaian orang lain terhadap seseorang.

Kriteria objektif :

- a. Harga diri tinggi, bila responden memperoleh nilai ≥ 10
 - b. Harga diri rendah, bila responden memperoleh nilai < 10
- (Sudjana, 2005).

Secara keseluruhan penilaian diukur berdasarkan dengan skala *Guttman* dengan menggunakan pertanyaan yang dibuat sendiri oleh peneliti, yang terdiri dari 30 pertanyaan untuk masing-masing komponen konsep diri. Jawaban atas pertanyaan diklasifikasikan dengan skor 2 untuk jawaban “Ya” dan 1 untuk jawaban “Tidak”. Konsep diri diklasifikasikan dengan dua pembagian, yakni positif dan negatif. Jadi kriteria objektif :

- a. Positif, bila responden memperoleh nilai ≥ 43
- b. Negatif, bila responden memperoleh nilai < 43 (Sudjana, 2005).

F. Instrumen Penelitian

Instrumen atau alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner yang dibuat dengan mengacu pada konsep dan teori terkait berisi tentang dukungan keluarga dan konsep diri dalam bentuk check list. Mengacu pada rencana pengukuran skala *Guttman*. Setiap pertanyaan disertai alternatif jawaban dalam bentuk pertanyaan positif atau negatif. Untuk pertanyaan positif diberi skor 2 untuk jawaban “Ya” dan 1 untuk jawaban “Tidak”, untuk pertanyaan negatif diberi bobot sebaliknya.

Pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner telah diuji validitas dan reliabilitasnya, untuk item dukungan keluarga dengan nilai reliabilitas yaitu 0,940 dan terdapat 16 pertanyaan yang valid, item gambaran diri (*body image*) dengan nilai reliabilitas yaitu 0,881 dan terdapat enam pertanyaan yang valid, item ideal diri (*self ideal*) dengan nilai reliabilitas 0,820 dan terdapat lima pertanyaan yang valid, item harga diri (*self esteem*) dengan nilai reliabilitas 0,812 dan terdapat lima pertanyaan yang valid, item peran diri (*self role*) dengan nilai reliabilitas 0,813 dan terdapat empat pertanyaan yang valid, item identitas diri (*self identity*) dengan nilai reliabilitas 0,844 dan terdapat lima pertanyaan yang valid.

Instrumen ini terdiri dari enam set yang masing-masing terdiri dari permohonan menjadi responden, persetujuan menjadi responden, petunjuk pengisian kuesioner, data demografi, kuesioner untuk menilai dukungan keluarga dan kuesioner untuk menilai konsep diri pasien gagal ginjal kronik.

G. Pengolahan dan Analisa Data

Prosedur pengolahan data yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Editing

Memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh responden. Pemeriksaan ini meliputi kelengkapan pengisian kuesioner, kesalahan pengisian kuesioner dan konsistensi dari setiap jawaban. Hasil dari pemeriksaan kelengkapan kuesioner didapatkan bahwa semua kuesioner diisi dengan lengkap baik data demografi maupun pertanyaan-pertanyaan untuk mengetahui dukungan keluarga dan konsep diri.

2. Koding

Dilakukan untuk memudahkan pengolahan data, semua hasil yang diperoleh disederhanakan dengan memberikan simbol pada setiap kriteria atau jawaban (pengkodean). Hasil dari pengkodean adalah sebagai berikut:

a) **Jenis Kelamin:**

1 = Laki-laki

2 = Perempuan

b) **Pendidikan:**

1 = Tidak Sekolah

2 = SD/Sederajat

3 = SLTP/Sederajat

4 = SLTA/Sederajat

5 = D3/S1

c) **Status:**

1 = Belum Menikah

2 = Menikah

3 = Janda/Duda

d) **Agama:**

1 = Islam

2 = Kristen

3 = Hindu

4 = Buddha

e) **Pekerjaan:**

1 = PNS

2 = Pegawai Swasta

3 = Wiraswasta

4 = Petani

5 = IRT

6 = Lainnya

f) **Lama Mengidap Penyakit:**

1 = < 1 tahun

2 = > 1 tahun

g) **Pengantar**

1 = Suami/Istri

2 = Anak/Keponakan

3 = Saudara

4 = Teman/Sahabat

5 = Lainnya

6 = Tidak Ada

3. Tabulasi data

Menyusun data-data ke dalam tabel yang sesuai dengan analisis dan selanjutnya data tersebut dianalisis.

4. Analisa Data

Setelah dilakukan editing, koding dan tabulasi, maka selanjutnya dilakukan analisis dengan beberapa cara :

a. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran umum dengan cara mendeskripsikan tiap variabel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu melihat distribusi frekuensinya. Variabel-variabel yang dimaksud adalah dukungan keluarga, gambaran diri, ideal diri, harga diri, peran diri dan identitas diri.

b. Analisis Bivariat

Analisis ini dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen dengan menggunakan uji *Chi-Square*.

H. Masalah Etika

KNEPK (2005) menjelaskan bahwa penelitian kesehatan dengan subjek penelitian manusia harus memperhatikan aspek etika dengan kaitannya terhadap kehormatan dan martabat manusia. Prinsip dasar dari etik penelitian kesehatan yang telah disepakati secara internasional adalah *respect for person*, *beneficence* dan *non-maleficence* serta *justice*.

1. *Respect For Person*

Penghargaan terhadap otonomi seseorang dimana hak-hak dalam pertimbangan untuk mengambil setiap keputusan tetap dihormati. Hal ini meliputi *informed consent* dan menjaga kerahasiaan responden dan informasi-informasi yang diperoleh (*confidentiality*) (CIOMS dalam KNEPK, 2005).

2. *Beneficence*

Penelitian dilaksanakan sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subjek penelitian dan meminimalkan kerugian serta kesalahan. Di samping itu peneliti juga mampu meneliti dan menjaga kesejahteraan subjek penelitian (CIOMS dalam KNPEK, 2005).

3. *Justice*

Dalam melakukan penelitian, setiap orang harus diberi perlakuan yang sama berdasarkan moral, martabat dan hak asasi manusia. Hak dan kewajiban peneliti maupun subjek penelitian atau responden juga harus seimbang (CIOMS dalam KNEPK, 2005).

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dengan tujuan mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan konsep diri pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo. Desain penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Penelitian dilaksanakan di RS DR Wahidin Sudirohusodo bagian Hemodialisis pada tanggal 24 Oktober 2011 sampai dengan 1 November 2011. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah sebanyak 37 orang.

Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu menjelaskan mengenai penelitian yang akan dilakukan, dan memberikan *informed consent* dan kuisisioner kepada responden. Data yang terkumpul selanjutnya dilakukan seleksi, *editing*, *koding*, dan analisis. Peneliti kemudian menentukan frekuensi dan persentasenya dalam bentuk tabel dan dianalisa sesuai variabel yang telah ditentukan.

1. Analisis Univariat

a) Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik individu dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status perkawinan, agama, pekerjaan, lama mengidap penyakit, dan yang paling sering mengantar dalam menjalani hemodialisis.

**Tabel 2 Hasil Uji Univariat Distribusi Karakteristik Responden
Oktober 2011 (n=37)**

Karakteristik Responden	Frekuensi	Persentase (%)
Usia		
19-30	1	3
31-45	9	24
46-60	22	60
>60	5	13
Jenis Kelamin		
Laki-laki	18	49
Perempuan	19	51
Pendidikan Terakhir		
Tidak Sekolah	1	3
SD/Sederajat	4	11
SLTP/Sederajat	6	16
SLTA/Sederajat	11	30
D3/S1	15	40
Status Perkawinan		
Belum Menikah	2	5
Menikah	33	90
Janda/Duda	2	5
Agama		
Islam	27	73
Kristen	9	24
Hindu	1	3
Pekerjaan		
PNS	15	41
Pegawai Swasta	2	5
IRT	13	35
Lainnya	7	19
Lama Mengidap Penyakit		
< 1 tahun	26	70
>1tahun	11	3
Yang Paling Sering Mengantar		
Suami/Istri	20	54
Anak/Keponakan	14	3
Saudara	3	8

Tabel 2 menunjukkan bahwa usia responden terbanyak berada pada rentang 46-60 tahun dengan jumlah sebanyak 22 orang atau dengan persentase sebesar 60% dengan jumlah perempuan lebih banyak daripada laki-laki yaitu perempuan sebanyak 19 orang dengan persentase 51% dan

laki-laki sebanyak 18 orang dengan persentase 49%. Sebagian besar responden memiliki pendidikan terakhir yaitu D3/S1 dengan jumlah responden sebanyak 15 orang atau dengan persentase 40%. Hasil analisis univariat tersebut juga masih menemukan responden yang tidak memiliki riwayat pendidikan yaitu satu orang (3%). Jumlah responden yang telah menikah memiliki persentase paling besar yaitu 90% atau sebanyak 33 orang. Sebagian besar responden beragama Islam dengan jumlah 27 orang dengan persentase 73%, selanjutnya responden yang beragama Kristen berjumlah 9 orang atau 24% dan sisanya beragama Hindu yaitu satu orang (3%).

Hasil analisis mengenai pekerjaan responden didapatkan hasil bahwa jumlah responden yang bekerja sebagai PNS dan IRT hanya memiliki sedikit perbedaan. Responden yang bekerja sebagai PNS sebanyak 15 orang (41%), sedangkan responden yang pekerjaannya sebagai IRT sebanyak 13 orang (35%). Jumlah responden yang mengidap penyakit gagal ginjal kronik kurang dari satu tahun lebih banyak daripada yang mengidap lebih dari satu tahun. Suami/istri merupakan orang yang paling sering mengantar responden dalam menjalani hemodialisis dengan persentase sebesar 54%.

b) **Gambaran Dukungan Keluarga pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo**

Hasil analisis yang diperoleh pada gambaran dukungan keluarga pada pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo adalah

sebanyak 32 orang (86,5%) dengan dukungan keluarga yang baik dan sebanyak 5 orang (13,5%) dengan dukungan keluarga yang kurang.

Tabel 3 Hasil Uji Univariat Gambaran Dukungan Keluarga Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011

Dukungan Keluarga	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	32	86,5
Kurang	5	13,5
Total	37	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo umumnya mendapatkan dukungan yang baik dari keluarga yang ditunjukkan oleh banyaknya sampel yang mendapatkan dukungan keluarga.

- c) Gambaran *Body Image* (Gambaran Diri) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo

Data yang telah diperoleh menunjukkan bahwa terdapat sebagian besar responden yang memiliki gambaran diri (*body image*) yang positif.

Tabel 4 Hasil Uji Univariat Gambaran *Body Image* (Gambaran Diri) Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011

Gambaran Diri	Frekuensi	Persentase (%)
Positif	25	67,6
Negatif	12	32,4
Total	37	100

Hasil uji analisis menunjukkan bahwa responden yang memiliki gambaran diri (*body image*) yang positif memiliki jumlah yang lebih banyak daripada yang memiliki gambaran diri (*body image*) yang negatif

yaitu 25 orang (67,6%) yang memiliki gambaran diri positif dan 12 orang (32,4%) yang memiliki gambaran diri negatif.

d) Gambaran Ideal Diri (*Self Ideal*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo

Gambaran ideal diri (*self ideal*) dari data yang diperoleh menunjukkan jumlah responden yang memiliki ideal diri yang realistis adalah lebih dari setengah jumlah responden.

Tabel 5 Hasil Uji Univariat Gambaran Ideal Diri (*Self Ideal*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011

Ideal Diri	Frekuensi	Persentase (%)
Realistis	22	60
Tidak Realistis	15	40
Total	37	100

Tabel 5 menunjukkan hasil analisis statistik dimana jumlah responden yang termasuk dalam kategori ideal diri realistis memiliki jumlah lebih banyak daripada responden yang memiliki ideal diri yang tidak realistis yaitu sebanyak 22 orang (60%) dan jumlah responden yang termasuk dalam kategori ideal diri tidak realistis sejumlah 15 orang (40%).

e) Gambaran Peran Diri (*Self Role*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo

Hasil yang diperoleh dari pengukuran peran diri (*self role*) pada 37 responden yang menjalani hemodialisis didapatkan jumlah yang cukup banyak untuk sampel yang tidak mengalami gangguan peran.

Tabel 6 Hasil Uji Univariat Gambaran Peran Diri (*Self Role*) Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011

Peran Diri	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak terjadi gangguan peran	24	65
Gangguan peran	13	35
Total	37	100

Hasil uji analisis dari tabel 13 diperoleh gambaran peran diri (*self role*) pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo yaitu responden yang tidak mengalami gangguan peran memiliki jumlah yang lebih banyak. Persentase responden yang tidak mengalami gangguan peran yaitu sebesar 65% atau 24 orang dan responden yang mengalami gangguan peran sebanyak 13 orang (35%).

- f) Gambaran Identitas Diri (*Self Identity*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo

Data yang diperoleh dari 37 responden didapatkan bahwa jumlah responden yang mengalami kerancuan identitas maupun yang memiliki identitas kuat jumlahnya hampir sama.

Tabel 7 Hasil Uji Univariat Gambaran Identitas Diri (*Self Identity*) Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011

Identitas Diri	Frekuensi	Persentasi (%)
Identitas Kuat	19	51
Kerancuan Identitas	18	49
Total	37	100

Hasil uji analisis di atas menunjukkan bahwa responden yang memiliki identitas yang kuat dengan sampel yang mengalami kerancuan

identitas jumlahnya hampir seimbang yaitu sebanyak 19 orang (51%) sampel yang memiliki identitas yang kuat dan sebanyak 18 orang (49%) sampel yang mengalami kerancuan identitas. Namun, responden dengan identitas yang kuat tetap memiliki jumlah yang lebih banyak.

g) **Gambaran Harga Diri (*Self Esteem*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo**

Gambaran harga diri pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo menunjukkan bahwa sampel yang tergolong harga diri tinggi jumlahnya sangat tinggi.

Tabel 8 Hasil Uji Univariat Gambaran Harga Diri (*Self Esteem*) Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011

Harga Diri	Frekuensi	Persentase (%)
Tinggi	31	84
Rendah	6	16
Total	37	100

Tabel 8 menunjukkan hasil analisis statistik dimana jumlah responden yang memiliki harga diri yang tinggi berjumlah lebih banyak yaitu 31 orang (84%) dibandingkan dengan responden yang memiliki harga diri rendah yaitu berjumlah 6 orang (16%).

2. Analisis Bivariat

a. **Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Konsep Diri**

Data karakteristik responden yang dihubungkan dengan masing-masing bagian konsep diri meliputi usia, jenis kelamin, dan lama mengidap penyakit. Variabel-variabel ini dianggap sebagai variabel perancu

sehingga perlu juga untuk dilakukan analisis bivariat terhadap masing-masing bagian konsep diri.

Tabel 9 Hasil Uji *Chi-square* Analisa Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Gambaran Diri (*Body Image*) Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011 (n=37)

Variabel	Gambaran Diri		Total	P
	n (%)		N (%)	
	Positif	Negatif		
Usia				
> 50 tahun	16 (43,24%)	6 (16,22%)	22 (59,46%)	
< 50 tahun	9 (24,32%)	6 (16,22%)	15 (40,54%)	0,488
Jenis Kelamin				
Laki-laki	12 (32,43%)	6 (16,22%)	18 (48,65%)	
Perempuan	13 (35,14%)	6 (16,22%)	19 (51,36%)	0,909
Lama Mengidap Penyakit				
< 1 Tahun	17 (45,95%)	9 (24,32%)	26 (70,27%)	
> 1 Tahun	8 (21,62%)	3 (8,11%)	11 (29,73%)	1,000

Dengan menggunakan uji *Chi-square* diperoleh nilai p untuk masing-masing variabel yakni untuk usia $p = 0,488$, jenis kelamin $p = 0,909$, dan lama mengidap penyakit $p = 1,000$ ($p < \alpha 0,05$) yang menunjukkan bahwa variabel-variabel tersebut tidak memiliki hubungan dengan gambaran diri (*body image*).

Tabel 10 Hasil Uji *Chi-square* Analisa Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Ideal Diri (*Self Ideal*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011 (n=37)

Variabel	Ideal Diri		Total N (%)	P
	n (%)			
	Realistis	Tidak Realistis		
Usia				
> 50 tahun	16 (43,24%)	6 (16,22%)	22 (59,46%)	
< 50 tahun	6 (16,22%)	9 (24,32%)	15 (40,54%)	0,047
Jenis Kelamin				
Laki-laki	14 (37,84%)	4 (10,81%)	18 (48,65%)	
Perempuan	8 (21,62%)	11 (29,73%)	19 (51,36%)	0,027
Lama Mengidap Penyakit				
< 1 Tahun	15 (40,54%)	11 (29,73%)	26 (70,27%)	
> 1 Tahun	7 (18,92%)	4 (10,81%)	11 (29,73%)	1,000

Dengan menggunakan uji Chi-square diperoleh nilai p untuk masing-masing variabel yakni untuk usia $p = 0,047$, jenis kelamin $p = 0,027$, dan lama mengidap penyakit $p = 1,000$ ($p < \alpha 0,05$) yang menunjukkan bahwa variabel-variabel tersebut memiliki hubungan dengan ideal diri (*self ideal*) kecuali variabel lama mengidap penyakit.

Tabel 11 Hasil Uji *Chi-square* Analisa Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Harga Diri (*Self Esteem*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011 (n=37)

Variabel	Harga Diri		Total N (%)	P
	n (%)			
	Tinggi	Rendah		
Usia				
> 50 tahun	18 (48,65%)	4 (10,81%)	22 (59,46%)	
< 50 tahun	13 (35,14%)	2 (5,41%)	15 (40,54%)	1,000
Jenis Kelamin				
Laki-laki	17 (45,95%)	1 (2,70%)	18 (48,65%)	
Perempuan	14 (37,84%)	5 (13,51%)	19 (51,36%)	0,180
Lama Mengidap Penyakit				
< 1 Tahun	22 (59,46%)	4 (10,81%)	26 (70,27%)	
> 1 Tahun	9 (24,32%)	2 (5,41%)	11 (29,73%)	1,000

Dengan menggunakan uji *Chi-square* diperoleh nilai p untuk masing-masing variabel yakni untuk usia $p = 1,000$, jenis kelamin $p = 0,180$, dan lama mengidap penyakit $p = 1,000$ ($p < \alpha 0,05$) yang menunjukkan bahwa variabel-variabel tersebut tidak memiliki hubungan dengan harga diri (*self esteem*).

Tabel 12 Hasil Uji *Chi-square* Analisa Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Peran Diri (*Self Role*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011 (n=37)

Variabel	Peran Diri		Total	p
	n (%)		N (%)	
	Tdk Terganggu	Gangguan Peran		
Usia				
> 50 tahun	17 (45,95%)	5 (13,51%)	22 (59,46%)	
< 50 tahun	7 (18,92%)	8 (21,62%)	15 (40,54%)	0,056
Jenis Kelamin				
Laki-laki	13 (35,14%)	5 (13,51%)	18 (48,65%)	
Perempuan	11 (29,73%)	8 (21,62%)	19 (51,35%)	0,362
Lama Mengidap Penyakit				
< 1 Tahun	16 (43,24%)	10 (27,03%)	26 (70,27%)	
> 1 Tahun	8 (21,62%)	3 (8,11%)	11 (29,73%)	0,711

Dengan menggunakan uji *Chi-square* diperoleh nilai p untuk masing-masing variabel yakni untuk usia $p = 0,056$, jenis kelamin $p = 0,362$, dan lama mengidap penyakit $p = 0,711$ ($p < \alpha 0,05$) yang menunjukkan bahwa variabel-variabel tersebut tidak memiliki hubungan dengan peran diri (*self role*).

Tabel 13 Hasil Uji *Chi-square* Analisa Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Identitas Diri (*Self Identity*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011 (n=37)

Variabel	Identitas Diri		Total N (%)	p
	n (%)			
	Kuat	Kerancuan Identitas		
Usia				
> 50 tahun	13 (35,14%)	9 (24,32%)	22 (59,46%)	
< 50 tahun	6 (16,22%)	9 (24,32%)	15 (40,54%)	0,254
Jenis Kelamin				
Laki-laki	11 (29,73%)	7 (18,92%)	18 (48,65%)	
Perempuan	8 (21,62%)	11 (29,73%)	19 (51,35%)	0,248
Lama Mengidap Penyakit				
< 1 Tahun	14 (37,84%)	12 (32,43%)	26 (70,27%)	
> 1 Tahun	5 (13,51%)	6 (16,22%)	11 (29,73%)	0,641

Dengan menggunakan uji *Chi-square* diperoleh nilai p untuk masing-masing variabel yakni untuk usia $p = 0,254$, jenis kelamin $p = 0,248$, dan lama mengidap penyakit $p = 0,641$ ($p < \alpha 0,05$) yang menunjukkan bahwa variabel-variabel tersebut tidak memiliki hubungan dengan identitas diri (*self identity*).

Beberapa variabel data karakteristik yang diukur kemudian dihubungkan dengan konsep diri pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis, maka dapat diketahui bahwa variabel data karakteristik responden yang dijadikan sebagai variabel perancu yang meliputi usia, jenis kelamin, dan lama mengidap penyakit tidak memiliki hubungan dengan konsep diri pasien gagal ginjal kronik yang

menjalani hemodialisis, kecuali untuk ideal diri dengan variabel usia dan jenis kelamin.

b. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Konsep Diri

Variabel dukungan keluarga dihubungkan dengan variabel-variabel konsep diri yang terdiri dari lima yaitu gambaran diri (*body image*), ideal diri (*self ideal*), harga diri (*self esteem*), peran diri (*self role*), dan identitas diri (*self identity*). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan konsep diri pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.

Tabel 14 Hasil Uji *Chi-square* Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Gambaran Diri (*Body Image*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011 (n=37)

Variabel	Gambaran Diri		Total N (%)	p
	n (%)			
	Positif	Negatif		
Dukungan Keluarga				
Baik	20 (54,05%)	12 (32,43%)	32 (86,48%)	
Kurang	5 (13,51%)	0	5 (13,51%)	0,152

Terdapat sebanyak 20 orang pasien gagal ginjal kronik yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik yang memiliki gambaran diri (*body image*) yang negatif, dan ada 12 orang pasien gagal ginjal kronik yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik memiliki gambaran diri (*body image*) yang positif. Lima orang responden mendapatkan dukungan keluarga yang kurang memiliki gambaran diri (*body image*) yang positif.

Tabel 15 Hasil Uji *Chi-square* Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Ideal Diri (*Self Ideal*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011 (n=37)

Variabel	Ideal Diri		Total N (%)	p
	n (%)			
	Realistis	Tidak Realistis		
Dukungan Keluarga				
Baik	19 (51,35%)	13 (35,14%)	32 (86,49%)	
Kurang	3 (8,11%)	2 (5,41%)	5 (13,52%)	1,000

Ada sebanyak 19 orang responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik memiliki ideal diri yang realistis dan sebanyak 13 responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik memiliki ideal diri yang tidak realistis. Responden dengan jumlah dukungan keluarga yang kurang ada 3 orang dan memiliki ideal diri yang realistis dan sebanyak 2 orang responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang kurang memiliki ideal diri yang tidak realistis.

Tabel 16 Hasil Uji *Chi-square* Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Harga Diri (*Self Esteem*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011 (n=37)

Variabel	Harga Diri		Total N (%)	p
	n (%)			
	Tinggi	Rendah		
Dukungan Keluarga				
Baik	28 (75,68%)	4 (10,61%)	32 (86,29%)	
Kurang	3 (8,11%)	2 (5,41%)	5 (13,52%)	0,177

Ada sebanyak 28 pasien gagal ginjal kronik yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik memiliki harga diri yang tinggi dan

sebanyak 4 orang pasien gagal ginjal kronik dengan dukungan keluarga yang baik memiliki harga diri yang rendah. Jumlah responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang kurang sebanyak 3 orang memiliki harga diri yang tinggi dan 2 orang pasien gagal ginjal kronik mendapatkan dukungan keluarga yang kurang memiliki harga diri rendah.

Tabel 17 Hasil Uji *Chi-square* Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Peran Diri (*Self Role*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011 (n=37)

Variabel	Peran Diri		Total N (%)	p
	Tidak Terganggu	Gangguan Peran		
Dukungan Keluarga				
Baik	20 (54,05%)	12 (32,43%)	32 (86,48%)	
Kurang	4 (10,81%)	1 (2,70%)	5 (13,51%)	0,638

Terdapat sebanyak 20 orang responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik tidak memiliki gangguan peran dan ada 12 orang responden yang juga mendapatkan dukungan keluarga yang baik mengalami gangguan peran. Jumlah responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang kurang sebanyak 4 orang tidak mengalami gangguan peran dan satu orang responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang kurang mengalami gangguan peran.

Tabel 18 Hasil Uji *Chi-square* Analisa Hubungan Dukungan Keluarga dengan Identitas Diri (*Self Identity*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo Oktober 2011 (n=37)

Variabel	Identitas Diri		Total	p
	n (%)			
	Kerancuan			
Identitas Kuat	Identitas			
Dukungan Keluarga				
Baik	16 (43,24%)	16 (43,24%)	32 (86,48%)	
Kurang	3 (8,11%)	2 (5,41%)	5 (13,52%)	1,000

Ada sebanyak 16 orang pasien gagal ginjal kronik yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik memiliki identitas yang kuat dan jumlah yang sama yaitu 16 orang pasien gagal ginjal kronik yang juga mendapatkan dukungan keluarga yang baik mengalami kerancuan identitas. Jumlah responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang kurang yaitu sebanyak 3 orang memiliki identitas yang kuat dan ada dua orang yang mendapatkan dukungan keluarga yang kurang yang mengalami kerancuan identitas.

B. Pembahasan

1. Gambaran Dukungan Keluarga pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden yang memperoleh dukungan keluarga yang baik memiliki jumlah yang lebih banyak daripada responden yang memperoleh dukungan keluarga yang kurang. Kuesioner penelitian yang diberikan kepada responden terdiri dari pertanyaan-pertanyaan untuk mengukur dukungan keluarga dan

konsep diri. Pertanyaan tentang dukungan keluarga pada kuesioner terdiri dari empat jenis dukungan keluarga yaitu dukungan infomasional, dukungan penilaian, dukungan instrumental dan dukungan emosional.

Hasil penelitian ini menunjukkan hasil bahwa dari keempat jenis dukungan keluarga, yang paling banyak diberikan keluarga kepada pasien yang gagal ginjal kronik adalah jenis dukungan emosional. Dukungan keluarga dapat berfungsi sebagai dukungan emosional, karena keluarga merupakan tempat yang baik, aman, dan damai dalam proses pemulihan dan penguasaan emosi (Friedman, 1998).

Hal ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Ambari (2010) mengenai hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia pasca perawatan di rumah sakit dimana ditemukan hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia. Dukungan keluarga ini dibutuhkan untuk mencegah terjadinya *relapse* pada pasien skizofrenia dimana ditemukan bahwa dukungan keluarga memiliki peran besar yang efektif yaitu sebanyak 69,9% dibandingkan dengan faktor-faktor yang lain. Penelitian lain yang pernah dilakukan oleh Anggina, Hamzah dan Pandhit (2010) mengenai hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan pasien diabetes mellitus dalam melaksanakan program diet menunjukkan bahwa terdapat sekitar 70% pasien yang mendapat dukungan positif dari keluarga patuh menjalani

diet, dan masih ada sekitar 30% pasien yang tidak didukung oleh keluarga tidak patuh menjalani diet.

Penelitian-penelitian tersebut memiliki konsistensi dengan teori yang mengatakan bahwa salah satu manfaat dari dukungan keluarga yaitu mempengaruhi kesehatan fisik, fungsi kognitif, dan kesehatan emosi. Sehingga efek dari pengaruh yang diberikan dari dukungan keluarga terhadap anggota keluarga menyebabkan lebih mudah sembuh dari sakit (Friedman, 1998).

Dukungan keluarga sangat penting dan bermanfaat untuk diberikan kepada anggota keluarga yang sedang sakit. Dukungan keluarga yang tinggi yang didapatkan oleh responden penelitian menggambarkan bahwa keluarga dari pasien gagal ginjal kronis umumnya menjalankan tugas dan fungsi dari keluarga sehingga bentuk dukungan keluarga yang diberikan serta manfaatnya bisa dirasakan oleh pasien gagal ginjal kronik.

2. Gambaran *Body Image* (Gambaran Diri) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah responden yang memiliki gambaran diri (*body image*) yang positif berjumlah lebih banyak daripada responden yang memiliki gambaran diri negatif.

Hal ini relevan dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Marga (2007) mengenai hubungan gambaran diri dan tingkat kecemasan ibu masa menopause di Kelurahan Lhok Keutapang Tapaktuan dimana

didapatkan responden yang memiliki gambaran diri (*body image*) yang positif berjumlah sangat banyak yaitu sekitar 90,6 %.

Salbiah (2003) menjelaskan bahwa munculnya stressor dapat mengganggu integritas gambaran diri seseorang. Stressor-stresor tersebut dapat berupa kegagalan fungsi tubuh, ketergantungan pada mesin, dan perubahan tubuh yang berkaitan dengan penyakit. Banyak faktor yang mempengaruhi gambaran diri (*body image*) seseorang, salah satunya adalah usia, dimana semakin matang usia seseorang maka semakin matang pula konsep dirinya (Potter & Perry, 2005).

Banyaknya jumlah responden yang memiliki gambaran diri (*body image*) yang positif terhadap tubuhnya dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, salah satunya usia. Rata-rata responden tergolong ke dalam usia dewasa dimana pada usia tersebut konsep diri seseorang telah stabil. Gambaran diri (*body image*) sebagai salah satu bagian dari konsep diri pun akan semakin direspon dengan baik seiring dengan kematangan usia.

3. Gambaran Ideal Diri (*Self Ideal*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jumlah responden yang memiliki ideal diri (*self ideal*) yang realistis berjumlah lebih banyak dibandingkan dengan responden yang memiliki ideal diri (*self ideal*) yang tidak realistis.

Penelitian yang mendukung hal tersebut telah dilakukan oleh Rizkiana (2010) yang telah meneliti mengenai penerimaan diri pada remaja penderita leukemia. Hasil penelitian tersebut menunjukkan hasil bahwa responden mampu menerima dirinya dengan baik dibuktikan dengan responden mampu memahami dirinya serta memiliki ideal diri yang realistis. Keluarga dan lingkungan yang bersikap baik turut membantu terwujudnya harapan-harapan dari responden.

Potter & Perry (2005) menjelaskan bahwa harapan yang menjadi ideal diri seseorang dengan penyakit kronik akan terganggu dan tidak dapat dipertahankan, apakah harapan tersebut tercapai atau tidak sangat tergantung dari persepsinya sekarang. Tarwoto & Wartonah (2003) dikutip dalam Widayanto (2010) juga menambahkan bahwa faktor resiko gangguan ideal diri adalah kehilangan harapan, keinginan dan cita-cita.

Responden yang memiliki ideal diri yang realistis jumlahnya lebih banyak daripada responden yang memiliki ideal diri yang tidak realistis. Hal tersebut dapat saja terjadi karena responden masih semangat dalam menjalani pengobatan, masih memiliki rasa optimis untuk dapat sembuh dari penyakit gagal ginjal kronik. Keluarga yang selalu menemani dalam melakukan pengobatan dan perawatan juga turut membantu dalam mewujudkan harapan-harapan dari responden.

4. Gambaran Harga Diri (*Self Esteem*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa sebagian besar responden masih memiliki harga diri yang tinggi walaupun mengidap penyakit gagal ginjal kronik, sedangkan jumlah responden yang memiliki harga diri rendah jumlahnya hanya sedikit.

Hal tersebut tidak sesuai dengan penelitian dari Sukarja, dkk mengenai harga diri dan koping pada pasien gagal ginjal kronis di RSUP Sanglah Denpasar tahun 2007. Hasil penelitian tersebut menjelaskan bahwa jumlah responden yang memiliki harga diri rendah lebih banyak daripada responden yang memiliki harga diri tinggi, yaitu sebesar 63% responden memiliki harga diri rendah dan 37% responden memiliki harga diri tinggi. Kristyaningsih (2009) juga menjelaskan bahwa pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisa beresiko mengalami harga diri rendah akibat faktor-faktor yang mendukung terjadinya perilaku harga diri rendah seperti mekanisme koping dan sumber koping yang dimiliki oleh pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Orth, Robin, dan Trzesniewski (2010) telah menemukan bahwa usia mempengaruhi harga diri seseorang.

Stuart (1998) mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi harga diri yang meliputi penolakan dari orang tua, harapan yang tidak realistis dari orang tua, kegagalan berulang kali, kurangnya tanggung jawab pribadi, tergantung pada orang lain dan ideal diri yang tidak

realistis. Ideal diri dan peran sangat menentukan harga diri seseorang, sehingga bila terjadi gangguan pada kedua hal tersebut serta komponen konsep diri yang lain dapat berakibat menurunnya harga diri seseorang (Potter & Perry, 2005).

Hasil penelitian yang didapatkan pada penelitian ini sebenarnya masih berhubungan dengan penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya. Perbedaan hasil pada penelitian ini dan penelitian-penelitian sebelumnya dapat terjadi akibat faktor-faktor yang dapat mempengaruhi harga diri seperti yang terdapat dalam teori-teori mengenai konsep diri, dimana faktor keluarga serta ideal diri dapat mempengaruhi harga diri seseorang. Peneliti juga berasumsi bahwa kesenjangan ini dapat saja terjadi akibat faktor usia.

5. Gambaran Peran Diri (*Self Role*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa responden yang tidak mengalami gangguan peran jumlahnya lebih banyak dibandingkan responden yang mengalami gangguan peran.

Hal ini tidak relevan dengan penelitian Widayanto (2010) yang mengatakan bahwa penderita penyakit kronik akan mengalami gangguan peran. Namun, sebagian besar responden mengakui bahwa mereka memiliki keterbatasan dalam menjalankan perannya akibat penyakit gagal ginjal kronik yang diderita.

Seseorang mengalami gangguan peran apabila terdapat konflik peran, yaitu apabila peran yang diinginkan seseorang sedang diduduki oleh orang lain, peran yang tidak jelas dimana individu diberikan peran yang kabur, peran yang tidak sesuai ketika individu berada dalam proses peralihan mengubah nilai dan sikap, peran berlebih yang terjadi ketika seseorang memiliki banyak peran dalam kehidupannya (Stuart, 1998). Sunaryo (2004) menambahkan bahwa peran yang memenuhi kebutuhan dan sesuai ideal diri, menghasilkan harga diri yang tinggi atau sebaliknya.

Peran yang tidak terganggu dari pasien gagal ginjal kronik yang menjadi responden pada penelitian ini pada umumnya dialami oleh sebagian besar responden. Hal ini disebabkan oleh peran-peran yang dimiliki oleh responden masih jelas, sesuai, dan tidak berlebihan. Di samping itu, teori yang menjelaskan mengenai keterkaitan antara peran diri, ideal diri dan harga diri sesuai dengan hasil penelitian ini dimana gambaran peran dari responden pada umumnya tidak mengalami gangguan. Namun, sebagian besar responden mengakui memiliki keterbatasan-keterbatasan tertentu dalam menjalankan perannya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat.

6. Gambaran Identitas Diri (*Self Identity*) pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa responden yang memiliki identitas yang kuat dengan responden yang mengalami kerancuan

identitas memiliki jumlah yang hampir sama. Responden dengan identitas yang kuat memiliki jumlah yang lebih banyak dibandingkan dengan responden yang mengalami kerancuan identitas.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Karnilowicz (2010) mengenai identitas dan kepemilikan psikologis pada penyakit kronis dimana hasil penelitiannya menerangkan bahwa identitas diri merupakan subjek perubahan terbesar saat dihadapkan dengan pengalaman epiphanic, seperti mengalami penyakit serius atau menjadi sasaran penyakit yang mengancam nyawa.

Ketidakmampuan seseorang menyesuaikan diri menunjukkan rasa identitas yang lemah (Sunaryo, 2004). Seseorang yang mengalami kerancuan identitas akan mengalami perubahan perilaku seperti tidak ada kode moral, memiliki sifat kepribadian yang bertentangan, hubungan interpersonal yang eksploitatif, merasakan perasaan hampa dan mengambang, kerancuan gender, tingkat kecemasan yang tinggi, dan tidak mampu berempati terhadap orang lain (Stuart, 1998). Faktor yang mempengaruhi identitas diri seseorang, yaitu ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari teman-teman yang sebaya dan struktur sosial yang berubah.

Kesenjangan yang terjadi antara hasil penelitian dengan penelitian-penelitian sebelumnya di mana ditemukan responden yang mengalami kerancuan identitas dan identitas yang kuat jumlahnya hampir sama dapat saja terjadi akibat banyaknya faktor-faktor yang dapat

mempengaruhi konsep diri seseorang, maupun identitas diri itu sendiri secara khusus.

7. Hubungan Data Karakteristik Responden dengan Konsep Diri

Penelitian ini memperlihatkan beberapa data karakteristik yang kemudian dihubungkan dengan konsep diri. Data karakteristik yang dihubungkan dengan masing-masing bagian konsep diri adalah usia, jenis kelamin, dan lama mengidap penyakit. Hasil penelitian menjelaskan bahwa data karakteristik tersebut tidak memiliki hubungan dengan empat bagian konsep diri, yaitu gambaran diri (*body image*), harga diri (*self esteem*), peran diri (*self role*), dan identitas diri (*self identity*). Selain itu, juga didapatkan hasil bahwa usia dan jenis kelamin berhubungan dengan ideal diri (*self ideal*), sedangkan lama mengidap penyakit tidak memiliki hubungan dengan ideal diri (*self ideal*).

Penelitian-penelitian mengenai konsep diri telah banyak dilakukan. Tobing (2004) dalam penelitiannya tentang hubungan antara jenis kelamin dan optimalisasi rehabilitasi konsep diri remaja mantan pecandu (*recovering addict*) di pusat rehabilitasi narkoba di Jakarta mendapatkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan optimalisasi rehabilitasi konsep diri dimana responden wanita menjalankan rehabilitasi konsep diri lebih optimal daripada responden pria. Wulandari (2011) juga menambahkan bahwa pria sering diharapkan untuk menjadi kuat, tidak cengeng dan tahan

menghadapi kehidupan sedangkan wanita dibenarkan untuk bersikap lembut atau menangis, dengan kata lain peran jenis kelamin turut mempengaruhi konsep diri. Beberapa penelitian juga telah membuktikan bahwa jenis kelamin mempengaruhi konsep diri, khususnya gambaran diri dimana wanita lebih negatif memandang citra tubuh dibandingkan pria (Satria, 2011).

Orth, Robin, dan Trzesniewski (2010) telah melakukan studi kohort mengenai perkembangan harga diri dengan judul *Self-Esteem Development From Young Adulthood to Old Age: A Cohort Sequential Longitudinal Study*. Hasil penelitian tersebut membuktikan bahwa kurva harga diri terus meningkat seiring dengan perkembangan usia mulai dari usia dewasa muda hingga dewasa pertengahan dan mencapai puncak pada sekitar usia 60 tahun kemudian menurun pada usia tua, dimana wanita memiliki harga diri lebih rendah daripada pria di usia dewasa muda.

Caninsti (2007) mendapatkan sebagian besar dari subjek penelitiannya telah mampu beradaptasi dari masalah psikologis dalam menjalani terapi hemodialisis. Responden-responden tersebut umumnya telah menjalani terapi hemodialisis selama lebih dari satu tahun dan telah merasakan manfaat dari hemodialisis.

Konsep diri dan citra tubuh pada anak, khususnya usia sekolah masih dapat berubah karena anak terus berubah secara fisik, emosional, mental, dan sosial. Usia remaja pun masih memiliki konsep

diri yang cenderung belum stabil, karena masa-masa tersebut membawa pergolakan fisik, emosional, dan sosial (Potter & Perry, 2005). Puspasari (2007) juga menambahkan bahwa perkembangan usia sangat mempengaruhi proses atau dinamika konsep diri pada individu itu sendiri. Pada beberapa individu, konsep diri dapat meningkat atau menurun sesuai kondisi atau pengalaman dari individu itu sendiri.

Terdapat beberapa perbedaan hasil penelitian antara penelitian-penelitian sebelumnya dan penelitian ini hal tersebut dapat terjadi akibat perbedaan dalam metode penelitian, sampel penelitian, lama penelitian atau jumlah sampel yang diteliti.

8. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Konsep Diri

a. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Gambaran Diri (*Body Image*)

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan gambaran diri (*body image*). Penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya oleh Livneh & Antonak (2005) mengenai adaptasi psikososial pada penyakit kronik dijelaskan bahwa keberhasilan adaptasi dari gambaran diri (*body image*) bisa disebabkan oleh beberapa hal, salah satunya dari penarikan dari lingkungan sosial, termasuk keluarga.

Hui & Ling (2003) dalam penelitiannya mengenai dukungan keluarga dan konsep diri didapatkan hasil bahwa dukungan keluarga tidak berhubungan dengan gambaran diri (*body*

image). Penelitian tersebut mendukung hasil penelitian yang didapatkan pada penelitian ini yang juga menemukan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan kelurgadan gambaran diri (*body image*). Sebaliknya, Satria (2011) menyebutkan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh pada gambaran diri adalah keluarga. Komentar yang dibuat oleh anggota keluarga berpengaruh besar dalam gambaran diri (*body image*) anggota keluarga yang lain.

Seperti yang dijelaskan teori dari Potter & Perry (2005) bahwa pasien dengan penyakit kronik akan mengalami perubahan pada fisik. Perubahan fisik tersebut akan menyebabkan perubahan pada citra tubuh (*body image*) dan dapat berakibat pada terpengaruhnya identitas dan harga diri.

Hasil penelitian yang didapatkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan gambaran diri (*body image*). Hal tersebut dapat terjadi akibat responden berhasil beradaptasi dengan keadaan yang sedang dialami.

b. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Ideal Diri (*Self Ideal*)

Hasil penelitian mengenai hubungan antara dukungan keluarga dan ideal diri (*self ideal*) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan ideal diri (*self ideal*).

Penelitian dari Hui & Ling (2003) yang juga meneliti tentang dukungan keluarga dan konsep diri menemukan bahwa terdapat hubungan positif yang signifikan antara dukungan

keluarga dan ideal diri. Hasil penelitian tersebut tidak sama dengan hasil penelitian ini. Rizkiana (2010) yang telah meneliti mengenai penerimaan diri pada remaja penderita leukemia. Hasil penelitian tersebut menunjukkan hasil bahwa responden mampu menerima dirinya dengan baik dibuktikan dengan responden mampu memahami dirinya serta memiliki ideal diri yang realistis. Keluarga dan lingkungan yang bersikap baik turut membantu terwujudnya harapan-harapan dari responden.

Sunaryo (2004) mengemukakan faktor-faktor yang mempengaruhi ideal diri secara khusus yang meliputi menetapkan ideal diri sebatas kemampuan, faktor kultur dibandingkan dengan standar orang lain, hasrat melebihi orang lain, hasrat untuk berhasil, hasrat memenuhi kebutuhan realistik, hasrat menghindari kegagalan, dan adanya perasaan cemas dan rendah diri. Namun, ideal diri secara umum apabila ditinjau sebagai bagian dari konsep diri secara utuh maka dukungan keluarga tetap memiliki pengaruh (Ruslan, 2010).

Hasil penelitian ini tidak relevan dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya yang dapat terjadi akibat jumlah sampel yang digunakan dalam penelitian ini masih dalam jumlah yang sedikit berbeda dengan jumlah sampel pada penelitian sebelumnya yang berjumlah lebih dari 100 orang. Di samping itu, faktor dalam

teknik pengambilan sampel, dapat berpengaruh terhadap hasil penelitian ini dan penelitian-penelitian sebelumnya.

c. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Harga Diri (*Self Esteem*)

Hasil penelitian mengenai hubungan dukungan keluarga dengan harga diri (*self esteem*) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dengan harga diri (*self esteem*).

Penelitian mengenai dukungan keluarga dan harga diri sudah pernah dilakukan sebelumnya. Penelitian yang telah dilakukan oleh Saragih (2011) mengenai dukungan keluarga dan harga diri pada pasien TB Paru menunjukkan hasil bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dan harga diri pada pasien TB Paru. Selain itu, Sukarja, dkk (2007) dalam penelitiannya terhadap pasien dengan gagal ginjal kronis mendapatkan jumlah lebih banyak untuk responden yang memiliki harga diri rendah daripada responden yang memiliki harga diri tinggi. Selain itu, pasien gagal ginjal yang menjalani terapi hemodialisa beresiko mengalami harga diri rendah akibat faktor-faktor yang mendukung terjadinya perilaku harga diri rendah (Kristyaningsih, 2009).

Harga diri bisa diperoleh melalui diri sendiri dan orang lain. Aspek utama harga diri adalah merasa dicintai, dikasihi dan disayangi oleh orang lain dan mendapat penghargaan dari orang lain. Harga diri seseorang rendah apabila kehilangan kasih sayang

atau cinta kasih dari orang lain, kehilangan penghargaan dari orang lain dan hubungan interpersonal yang buruk (Sunaryo, 2004). Beberapa faktor yang mempengaruhi gangguan harga diri antara lain ideal diri yang tidak realistis dan sistem keluarga yang tidak berfungsi (Salbiah, 2003).

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian-penelitian sebelumnya. Namun, jika diperhatikan dan disesuaikan dengan beberapa teori yang sempat diuraikan di atas, hasil penelitian ini masih sesuai, dimana telah disebutkan sebelumnya bahwa faktor yang mempengaruhi gangguan harga diri antara lain ideal diri yang tidak realistis dan sistem keluarga yang tidak berfungsi. Penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden masih memiliki ideal diri yang realistis dan system keluarga masih berfungsi dibuktikan dengan banyaknya jumlah responden yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik.

Perbedaan tersebut juga dapat terjadi kemungkinan akibat perbedaan jumlah sampel dimana sampel pada penelitian tersebut menggunakan 88 orang sampel, teknik pengambilan sampel yaitu *purposive sampling*, dan perbedaan penggunaan nilai standar pengukuran yaitu menggunakan korelasi Product Moment ($r = 0,05$), sedangkan penelitian ini menggunakan nilai $p < \alpha 0,05$.

d. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Peran Diri (*Self Role*)

Hasil penelitian mengenai hubungan dukungan keluarga dengan peran diri (*self role*) menunjukkan hasil bahwa antara dukungan keluarga dan peran diri tidak ditemukan adanya hubungan. Peran diri (*self role*) sebagai salah satu komponen dari konsep diri diketahui tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan dukungan keluarga.

Hal ini didukung oleh penelitian Latifah (2008) yang juga meneliti mengenai dukungan keluarga dengan konsep diri. Perubahan peran terjadi ketika seseorang sedang sakit dimana perubahan tersebut berdampak pada proses interaksi dengan keluarga, teman, atau orang lain. Penderita penyakit kronis juga mengalami perubahan peran yang berdampak pada pekerjaannya. Mayoritas orang memberikan dasar harga dirinya pada kemampuannya untuk bekerja dan produktivitasnya. Bila dipaksa pensiun atau menjalani masa penyembuhan akibat dari penyakit kronis yang diderita, seseorang akan merasa kehilangan dan terputus hubungannya dengan orang lain (Brunner & Suddarth, 2001).

Penelitian ini memiliki hasil penelitian yang sama dengan hasil pada penelitian sebelumnya yang sempat disebutkan di atas. Kesamaan ini terjadi kemungkinan akibat adanya kesamaan dalam

metode penelitian, jumlah sampel yang tidak jauh berbeda, serta waktu penelitian yang sama-sama singkat.

e. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Identitas Diri (*Self Identity*)

Hasil penelitian mengenai hubungan antara dukungan keluarga dengan identitas diri (*self identity*) menunjukkan hasil bahwa tidak terdapat hubungan antara dukungan keluarga dengan identitas diri (*self identity*).

Penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya menunjukkan hasil yang berbeda. Karnilowicz (2010) dalam penelitiannya mengenai identitas dan kepemilikan psikologis pada penyakit kronis mendapatkan hasil penelitian yang menjelaskan bahwa identitas diri merupakan subjek perubahan terbesar saat dihadapkan dengan pengalaman epiphanic, seperti mengalami penyakit serius atau menjadi sasaran penyakit yang mengancam nyawa.

Identitas diri (*self identity*), harga diri (*self esteem*), dan gambaran diri (*body image*) memiliki keterkaitan. Identitas diri dan harga diri dapat terpengaruh akibat perubahan pada gambaran tubuh yang disebabkan oleh perubahan fisik dalam tubuh (Potter & Perry, 2005). Sunaryo (2004) menambahkan bahwa Sunaryo (2004) ciri identitas diri yang kuat adalah memahami diri sendiri sebagai organisme yang utuh, berbeda dan terpisah dari orang lain, menilai diri sendiri sesuai dengan penilaian masyarakat, mengakui

jenis kelamin sendiri. menyadari hubungan masa lalu, sekarang, dan masa yang akan datang, memandang berbagai aspek dalam dirinya sebagai suatu keserasian dan keselarasan serta mempunyai tujuan hidup yang bernilai dan dapat direalisasikan.

Hasil penelitian yang didapatkan tidak sesuai dengan penelitian-penelitian sebelumnya, tetapi dilihat dari segi teori mengenai identitas diri masih memiliki kesesuaian. Seperti yang diketahui bahwa identitas diri, harga diri, dan gambaran diri memiliki keterkaitan satu sama lain. Jika diperhatikan, dari masing-masing gambaran identitas diri, harga diri, dan gambaran diri, ketiganya memiliki gambaran yang baik.

Secara keseluruhan, dukungan keluarga tidak berhubungan dengan konsep diri pasien gagal ginjal kronik. Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan kebanyakan hasil-hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, serta teori-teori terkait mengenai dukungan keluarga dan konsep diri.

Hal tersebut dapat saja terjadi akibat faktor-faktor teoritis seperti hal-hal yang dapat mempengaruhi konsep diri selain dari faktor dukungan keluarga, maupun faktor-faktor teknis seperti metode penelitian yang digunakan, maupun teknik pengambilan sampel atau teknik *sampling* serta perbedaan faktor alat ukur yang digunakan pada penelitian ini maupun penelitian-penelitian sebelumnya, dimana penelitian ini menggunakan alat ukur yang

tidak baku namun telah diuji validitas dan reliabilitas, akan tetapi porsi pertanyaan untuk jenis-jenis dukungan keluarga dalam kuesioner dukungan keluarga jumlahnya tidak sama untuk setiap jenis dukungan dan porsi pertanyaan untuk masing-masing bagian dari konsep diri jumlahnya tidak sama untuk setiap bagian konsep diri. Hal tersebut dapat saja berpengaruh terhadap hasil penelitian apabila dibandingkan dengan penggunaan alat ukur penelitian yang baku.

C. Keterbatasan Penelitian

Banyaknya sampel yang tidak memenuhi kriteria menjadi responden membuat jumlah sampel menjadi semakin berkurang. Jumlah sampel yang semakin berkurang ini menjadikan penelitian ini memiliki keterbatasan dalam segi jumlah sampel karena tidak memenuhi jumlah sampel yang telah ditetapkan dan mempengaruhi penelitian.

Penelitian ini juga memiliki keterbatasan dalam bidang referensi dari penelitian-penelitian sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh penelitian ini meneliti mengenai konsep diri sebagai variabel dependen dimana konsep diri yang terdiri dari lima bagian dihubungkan dengan dukungan keluarga sebagai variabel independen yang kemudian diteliti secara terpisah untuk masing-masing bagian konsep diri. Penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya kebanyakan meneliti mengenai konsep diri secara utuh atau membahas hanya satu bagian dan pada bagian-bagian tertentu.

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil penelitian mengenai “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Konsep Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo” dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo, khususnya yang sedang menjalani hemodialisis sebagian besar (87%) mendapatkan dukungan keluarga yang baik.
2. Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan gambaran diri (*body image*) pada pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.
3. Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan ideal diri (*self ideal*) pada pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.
4. Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan harga diri (*self esteem*) pada pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.
5. Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan peran diri (*self role*) pada pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.
6. Tidak ada hubungan antara dukungan keluarga dan identitas diri (*self identity*) pada pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo.

B. Saran

Peneliti menyarankan agar dalam melakukan penelitian, khususnya penelitian pengembangan dari penelitian ini sebaiknya memperbanyak jumlah sampel penelitian agar hasil penelitian yang didapatkan dapat lebih baik.

Peneliti juga menyarankan untuk memperbanyak referensi dari penelitian-penelitian sebelumnya untuk mendukung penelitian yang sedang dilakukan. Selain itu, peneliti menyarankan kepada peneliti selanjutnya yang ingin mengembangkan penelitian ini agar meneliti hubungan dukungan keluarga dengan konsep diri secara utuh tanpa harus memisahkan bagian-bagian dari konsep diri tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Alam, Syamsir. & Hadibroto, Iwan. (2007). *Gagal ginjal*. PT Gramedia Pustaka Utama: Jakarta.
- Ambari, Prinda Kartika Mayang. (2010). *Hubungan antara dukungan keluarga dengan keberfungsian sosial pada pasien skizofrenia pasca perawatan di rumah sakit*, diakses tanggal 14 November 2011, <eprints.undip.ac.id/10956/1/RINGKASAN_skripsi.pdf> .
- Anggina, dkk. (2010). 'Hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan kepatuhan pasien diabetes mellitus dalam melaksanakan program diet di poli penyakit dalam RSUD Cibabat Cimahi', *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, November 2010, diakses tanggal 14 Oktober 2011, <<http://isjd.pdii.lipi.go.id/admin/jurnal/edhknov1019.pdf>>.
- Brunner & Suddarth. (2001). *Buku ajar keperawatan medical-bedah Brunner & Suddarth*, ed.8. Vol.2. EGC: Jakarta.
- Budiarto, Eka. (2001). *Biostatistika untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. EGC: Jakarta.
- Caninsti, Riselligia. (2007). *Gambaran kecemasan dan depresi pada penderita gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa*, diakses tanggal 27 September 2011, <<http://eprints.lib.ui.ac.id/15175/>>.
- Corwin, Elizabeth J. (2009). *Buku saku patofisiologi*. EGC: Jakarta.
- Doengoes et al. (1999). *Rencana asuhan keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. EGC: Jakarta.
- Friedman, M M. (1998). *Keperawatan keluarga teori dan praktik*, ed. 3, EGC: Jakarta.
- Hui, Zeng. & Ling, Wu Ai. (2003). *Family support and self-concept of patients with chronic obstructive pulmonary disease*, diakses tanggal 16 November 2011, <<http://en.cnki.com.cn/Article/en/CJFDTOTAL-SYYY200304030.htm>>.
- Iskandarsyah, Aulia. (2006). *Hubungan antara health locus of control dan tingkat depresi pada pasien gagal ginjal kronis di RS. NY. R.A. Habibie Bandung*, diakses tanggal 27 September 2011, <resources.unpad.ac.id/unpad.../PENELITIAN%20AULIA-2.pdf>.

- Istiqomah, Nur. (2009). *Hubungan antara dukungan sosial dan penerimaan diri pada pasien hemodialisis di instalasi hemodialisis RSUD Dr. Soetomo Surabaya*, Digital Library Universitas Negeri Malang, diakses tanggal 2 Oktober 2011, <<http://library.um.ac.id/free-contents/index.php/pub/detail/hubungan-antara-dukungan-sosial-dan-penerimaan-diri-pada-pasien-hemodialisis-di-instalasi-hemodialisis-rsu-dr-soetomo-surabaya-nur-istiqomah-41344.html>>.
- Karmilowicz, W. (2010). 'Identity and Psychological Ownership in Chronic Illness and Disease State', *European Journal of Cancer Care*, vol. 20 issue 2, p. 276-282.
- Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan. (2005). *Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan*, diakses tanggal 11 Oktober 2011, <www.knepk.litbang.depkes.go.id/knepk>.
- Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan. (2005). *Pedoman etik internasional untuk penelitian biomedis yang melibatkan subyek manusia*, akses tanggal 11 Oktober 2011, <www.knepk.litbang.depkes.go.id/knepk/download%20dokumen/Pedoman?TERJEMAHAN%20CIOMS%201993.pdf>.
- Kristyaningsih, Tjahjanti. (2009). *Pengaruh terapi kognitif terhadap perubahan harga diri dan kondisi depresi pasien gagal ginjal kronik di ruang hemodialisa RSUP Fatmawati Jakarta Tahun 2009*, diakses tanggal 27 September 2011, <<http://eprints.lib.ui.ac.id/4166/>>.
- Latifah, Ayx. (2008). *The correlation between family support and self concept in chronic renal failure patient in hemodialysis unit PKU Muhammadiyah Hospital of Yogyakarta*, diakses tanggal 15 November 2011, <publikasi.umy.ac.id/index.php/psik/article/view/419>.
- Livneh, Hanoch. & Antonak, Richard F. (2005). 'Psychosocial Adaption to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors', *Journal of Counseling and Development*, vol. 83, p. 12-20.
- Mansjoer, Arif. (2001). *Kapita selekta kedokteran*, ed. 3. Media Aesculapius: Jakarta.
- Marga, Praju Susiana. (2007). *Hubungan gambaran diri dengan tingkat kecemasan ibu di Kelurahan Lhok Keutapang Tapaktuan*, diakses tanggal 15 November 2011, <<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/14287/1/08E00729.pdf>>.

- Mubarak, Wahit iqbal. (2007). *Buku ajar kebutuhan dasar manusia: teori & aplikasi dalam praktik*. EGC: Jakarta.
- Muharni,SI. (2010). *Pola hidup penderita gagal ginjal kronik sebelum menjalani terapi hemodialisa di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Langsa*, diakses tanggal 20 November 2011, <repositoty.usu.ac.id/bitstream/123456789/17097/5/Chapter%20I.pdf>.
- Orth, Ulrich, Richard W. Robins, Kali H. Trzesniewski (2010). 'Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort sequential longitudinal study', *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 98(4), p. 645-658.
- Potter & Perry. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan : konsep, proses, dan praktik*, ed.4. Vol.2. EGC: Jakarta.
- Price, S A. & Wilson, L M. (2005). *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit*, ed.6. EGC: Jakarta.
- Puspasari, Amaryllia. (2007). *Mengukur konsep diri anak. cara praktis bagi orang tua untuk mengukur dan mengembangkan konsep diri anak*. PT Elex Media Komputindo: Jakarta.
- Rizkiana, Ulfa. 2010. *Penerimaan diri pada remaja penderita leukimia*, diakses tanggal 15 November 2011, <http://www.gunadarma.ac.id/library/articles/graduate/psychology/2008/Artikel_10504186.pdf>.
- Ruslan, Djeny. (2010). *Sudahkah anda mengenal diri anda sendiri?* BKKBN Banten, diakses tanggal 28 September 2011, <<http://banten.bkkbn.go.id/rubrik/115>>.
- Salbiah. (2003). *Konsep diri*. USU Digital Library: Sumatera Utara.
- Saragih, Safrida Wati. (2011). *Hubungan dukungan keluarga dengan harga diri pasien TB Paru yang dirawat di RSUD Sidikalang*, diakses tanggal 16 November 2011, <<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/26518>>.
- Satria. (2011). *Faktor-faktor yang mempengaruhi body image (citra tubuh)*, diakses tanggal 14 Oktober 2011, <<http://id.shvoong.com/medicine-and-health/diet-and-exercise/2183446-faktor-faktor-yang-mempengaruhi-body/>>.
- Stuart, Gail Wiscarz. (1998). *Buku saku keperawatan jiwa*. EGC: Jakarta.

- Suba, Sukardi. (2010). *Gambaran lima fungsi keluarga menurut Friedman pada keluarga yang memiliki anggota keluarga skizofrenia yang dirawat di rumah di wilayah kerja Puskesmas Jongaya Tahun 2010*. Skripsi tidak diterbitkan. Makassar: Universitas Hasanuddin.
- Sudjana. (2005). *Metode statistika dasar*. Tarsito: Bandung.
- Sukarja, I Made, I Wayan Suardana, V.M. Endang S.P. Rahayu. (2008). 'Harga diri dan koping pada pasien gagal ginjal kronis di RSUP Sanglah Denpasar tahun 2007', *Jurnal Skala Husada*, vol. 5(2), p. 132-136.
- Suliswati et.al. (2005). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. EGC: Jakarta.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk keperawatan*. EGC: Jakarta.
- Tobing, Tambok Pingkan Fiona. (2004). *Hubungan antara jenis kelamin dan optimalisasi rehabilitasi konsep diri remaja mantan pecandu (recovering addict) di Pusat Rehabilitasi Narkoba di Jakarta*, atmalib Perpustakaan Unika Atma Jaya, diakses tanggal 14 Oktober 2011, <<http://lib.atmajaya.ac.id/default.aspx?tabID=61&src=k&id=40866>>.
- Wahyuni, Sri. (2010). *Analisis motivasi terapi hemodialisis pada penderita gagal ginjal (studi kasus di Rumah Sakit Islam Klaten Tahun 2010)*, Diponegoro University Institutional Repository, diakses tanggal 29 September 2011, <<http://eprints.undip.ac.id/7751/>>.
- Wasis. (2008). *Pedoman riset praktis untuk profesi perawat*. EGC: Jakarta.
- Wibowo, Taufik Agung. (2010). *Penyakit ginjal kronik; definisi-patofisiologi*, Exomed Indonesia, diakses tanggal 18 September 2011, <<http://www.exomedindonesia.com/referensi-kedokteran/artikel-ilmiah-kedokteran/nefrology-hypertension-ginjal-renal-penyakit-dalam/2010/12/08/penyakit-ginjal-kronik-2/>>.
- Widayanto, Doto. (2010). *Hubungan konsep diri dengan tingkat depresi pada penderita diabetes mellitus tipe II Di RSUD Tugurejo Semarang*, diakses tanggal 12 Oktober 2011, <digilib.unimus.ac.id/download.php?id=1061>.
- Wulandari, LH. (2011). *Hubungan konsep diri dan penyesuaian diri terhadap prestasi belajar*, diakses tanggal 14 Oktober 2011, <repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/23634/.../Chapter%20II.pdf>.
- (2011). *Data Rekam Medik RS DR Wahidin Sudirohusodo Makassar*.

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth

Bapak/Ibu calon responden

Di

Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar,

Nama : Fajriani Candra

NIM : C 121 08 283

Alamat: Jl. Perintis Kemerdekaan 7

Akan mengadakan penelitian dengan judul “*Hubungan dukungan keluarga dengan konsep diri pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo*”

Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian bagi Bapak/Ibu sebagai responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika Bapak/Ibu tidak bersedia menjadi responden dan terjadi hal-hal yang merugikan maka Bapak/Ibu diperbolehkan mengundurkan diri untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Apabila Bapak/Ibu menyetujui maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya sertakan pada surat ini. Atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu sebagai responden saya ucapkan terima kasih.

Makassar, Oktober 2011

Peneliti,

Fajriani Candra

Lampiran 2

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca dan memahami isi penjelasan pada lembar pertama, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh Fajriani Candra, mahasiswi Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul “***Hubungan dukungan keluarga dengan konsep diri pasien gagal ginjal kronik di RS DR Wahidin Sudirohusodo***”.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif bagi saya dan keluarga saya. Oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Makassar, Oktober 2011

Responden

(.....)

Lampiran 3

Kuesioner Penelitian

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN KONSEP DIRI PASIEN
GAGAL GINJAL KRONIK DI RS DR WAHIDIN SUDIROHUSODO**

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah dengan cermat semua pertanyaan yang ada dalam kusioner ini.
2. Berikan tanda silang (x) pada jawaban yang tersedia sesuai dengan pendapat dan keadaan yang sebenarnya.
3. Mohon untuk menjawab seluruh pertanyaan yang tersedia

Lampiran 4

A. Data Demografi

Usia :

Jenis Kelamin :

Penyakit Penyerta :

No Responden (diisi oleh peneliti) :

Pendidikan

Tidak tamat / tidak sekolah

SLTA

SD / sederajat

D3/D4/S1/sederajat

SLTP

Status perkawinan

Belum menikah

Menikah

Janda/Duda

Agama

Islam

Hindu

Kristen

Budha

Pekerjaan

PNS

Petani

Pegawai swasta

Wirausaha

Lainnya

Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik

Kurang dari satu tahun

Lebih dari satu tahun

Yang paling sering mengantar untuk menjalani cuci darah

Suami/Istri

Teman/Sahabat

Anak/Keponakan

Lainnya

Saudara

Tidak Ada

Lampiran 5

Kuesioner Dukungan Keluarga

No	Pertanyaan yang berkaitan dengan dukungan keluarga	Ya	Tidak
1.	Keluarga selalu memberitahukan tentang hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter yang merawat saya.		
2.	Keluarga selalu mengingatkan kepada saya untuk kontrol, minum obat, latihan dan makan.		
3.	Keluarga selalu mengingatkan saya tentang perilaku-perilaku yang memperburuk penyakit saya.		
4.	Keluarga selalu menjelaskan ketika saya bertanya tentang penyakit saya sesuai dengan penjelasan dokter atau perawat.		
5.	Keluarga selalu memberi tahu saya bahwa keadaan saya akan baik-baik saja.		
6.	Keluarga selalu memberi pujian dan perhatian kepada saya.		
7.	Keluarga selalu menanyakan perkembangan kondisi kesehatan saya.		
8.	Keluarga selalu mendukung setiap keputusan yang saya ambil.		
9.	Keluarga selalu memperlakukan saya sama seperti sebelum saya mengidap penyakit gagal ginjal kronik.		
10.	Keluarga selalu menyediakan waktu mereka jika saya memerlukan mereka untuk keperluan pengobatan.		

11.	Keluarga selalu menyediakan fasilitas mereka jika saya memerlukan mereka untuk keperluan pengobatan.		
12.	Keluarga bersedia membantu membiayai perawatan dan pengobatan saya.		
13.	Keluarga berusaha mencari sarana/peralatan yang saya perlukan untuk keperluan pengobatan dan perawatan saya.		
14.	Keluarga selalu mengantar saya untuk melakukan pengobatan atau perawatan.		
15.	Keluarga selalu mendampingi saya dalam perawatan.		
16.	Keluarga memberikan saya perasaan tenang, tentram, nyaman dan damai.		

Lampiran 6

Kuesioner Konsep Diri

No	Pertanyaan yang berkaitan dengan konsep diri	Ya	Tidak
	Gambaran Diri (<i>Body Image</i>)		
1.	Saya masih bisa menggunakan potensi anggota tubuh saya yang lain walaupun saya sedang sakit.		
2.	Saya tidak dapat menerima perubahan fungsi tubuh saya sekarang.		
3.	Saya merasa malu karena penampilan fisik saya berubah semenjak mengidap penyakit gagal ginjal kronik.		
4.	Saya merasa malas untuk memperhatikan penampilan saya.		
5.	Saya merasa malu karena tubuh saya sangat tergantung pada mesin cuci darah.		
6.	Saya tidak mau mendiskusikan dengan keluarga mengenai keterbatasan fungsi tubuh saya sekarang		
	Ideal Diri (<i>Self Ideal</i>)		
1.	Saya kehilangan gairah hidup pada saat saya mengetahui mengidap penyakit ini.		
2.	Saya akan berhasil untuk mencapai kondisi yang lebih baik.		
3.	Saya sering menarik diri dari lingkungan.		

4.	Saya tidak mampu menetapkan harapan diri saya		
5.	Saya pasrah terhadap situasi yang saya alami sekarang		
Harga Diri (<i>Self Esteem</i>)			
1.	Saya diterima oleh keluarga dan orang-orang di sekitar saya walaupun saya mengidap penyakit gagal ginjal kronik.		
2.	Saya diakui oleh keluarga dan orang-orang di sekitar saya walaupun saya mengidap penyakit gagal ginjal kronik.		
3.	Saya merasa malu terhadap keluarga dan orang-orang di sekitar saya dengan kondisi saya sekarang.		
4.	Keluarga tidak menghargai saya karena saya mengidap penyakit gagal ginjal kronik.		
5.	Saya merasa tidak mampu mencapai tujuan hidup yang telah saya tentukan.		
Peran Diri (<i>Self Role</i>)			
1.	Saya masih dapat menjalankan peran saya di lingkungan keluarga sebagai istri/suami/ayah/ibu		
2.	Saya terlibat kegiatan-kegiatan sosial.		
3.	Saya memiliki keterbatasan dalam menjalankan peran saya sebagaimana mestinya dalam keluarga.		
4.	Saya tidak diberikan kepercayaan lagi dalam mengambil keputusan dalam keluarga/kelompok.		

	Identitas Diri (<i>Self Identity</i>)		
1.	Saya tidak bisa menerima keadaan dari diri saya sekarang.		
2.	Saya memiliki ketergantungan kepada orang lain semenjak saya mengidap penyakit ini.		
3.	Saya percaya dengan kemampuan diri saya sendiri.		
4.	Saya menyesal tidak menjaga kesehatan pada masa lalu.		

Lampiran 7

Hasil Analisis Data

A. Univariat

1. Gambaran Karakteristik Responden

a. Usia

Statistics

Kelompok Usia Responden

N	Valid	37
	Missing	0

Kelompok Usia Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 19-30 Tahun	1	2.7	2.7	2.7
31-45 Tahun	9	24.3	24.3	27.0
46-60 Tahun	22	59.5	59.5	86.5
> 60 Tahun	5	13.5	13.5	100.0
Total	37	100.0	100.0	

b. Jenis Kelamin

Statistics

Jenis Kelamin

N	Valid	37
	Missing	0

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	18	48.6	48.6	48.6
	Perempuan	19	51.4	51.4	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

c. Pendidikan

Statistics

Pendidikan Terakhir

N	Valid	37
	Missing	0

Pendidikan Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak sekolah	1	2.7	2.7	2.7
	SD/ sederajat	4	10.8	10.8	13.5
	SLTP? sederajat	6	16.2	16.2	29.7
	SLTA/ sederajat	11	29.7	29.7	59.5
	D3/S1	15	40.5	40.5	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

d. Status Perkawinan

Statistics

Status Perkawinan

N	Valid	37
	Missing	0

Status Perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Belum menikah	2	5.4	5.4	5.4
Menikah	33	89.2	89.2	94.6
Janda/Duda	2	5.4	5.4	100.0
Total	37	100.0	100.0	

e. Agama

Statistics

Agama Responden

N	Valid	37
	Missing	0

Agama Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Islam	27	73.0	73.0	73.0
Kristen	9	24.3	24.3	97.3
Hindu	1	2.7	2.7	100.0
Total	37	100.0	100.0	

f. Pekerjaan

Statistics

Pekerjaan Responden

N	Valid	37
	Missing	0

Pekerjaan Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	PNS	15	40.5	40.5	40.5
	Pegawai Swasta	2	5.4	5.4	45.9
	IRT	13	35.1	35.1	81.1
	Lainnya	7	18.9	18.9	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

g. Lama mengidap penyakit

Statistics

Lama mengidap penyakit

N	Valid	37
	Missing	0

Lama mengidap penyakit

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 tahun	26	70.3	70.3	70.3
	> 1 tahun	11	29.7	29.7	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

h. Pengantar

Statistics

Yang paling sering mengantar

N	Valid	37
	Missing	0

Yang paling sering mengantar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Suami/Istri	20	54.1	54.1	54.1
	Anak/Keponakan	14	37.8	37.8	91.9
	Saudara	3	8.1	8.1	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

2. Gambaran Dukungan Keluarga dan Konsep Diri Pasien Gagal Ginjal Kronik

a. Dukungan Keluarga

Statistics

Dukungan Keluarga

N	Valid	37
	Missing	0

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	32	86.5	86.5	86.5
Kurang	5	13.5	13.5	100.0
Total	37	100.0	100.0	

b. Gambaran Diri (*Body Image*)

Statistics

Gambaran Diri

N	Valid	37
	Missing	0

Gambaran Diri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Positif	25	67.6	67.6	67.6
Negatif	12	32.4	32.4	100.0
Total	37	100.0	100.0	

c. Ideal Diri (*Self Ideal*)

Statistics

Ideal Diri

N	Valid	37
	Missing	0

Ideal Diri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Realistis	22	59.5	59.5	59.5
	Tidak Realistis	15	40.5	40.5	100.0
Total		37	100.0	100.0	

d. Harga Diri (*Self Esteem*)

Statistics

Harga Diri

N	Valid	37
	Missing	0

Harga Diri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tinggi	31	83.8	83.8	83.8
	Rendah	6	16.2	16.2	100.0
Total		37	100.0	100.0	

e. Peran Diri (*Self Role*)

Statistics

Peran Diri

N	Valid	37
	Missing	0

Peran Diri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak terjadi gangguan peran	24	64.9	64.9	64.9
	Terjadi gangguan peran	13	35.1	35.1	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

f. Identitas Diri (*Self Identity*)

Statistics

Identitas Diri

N	Valid	37
	Missing	0

Identitas Diri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Identitas Kuat	19	51.4	51.4	51.4
	Kerancuan Identitas	18	48.6	48.6	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

B. Analisis Bivariat

1. Hubungan Usia, Jenis Kelamin, dan Lama Mengidap Penyakit dengan Gambaran Diri (*Body Image*)

a. Usia

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Klp Usia * Gambaran Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Klp Usia * Gambaran Diri Crosstabulation

			Gambaran Diri		Total
			Positif	Negatif	
Klp Usia > 50 tahun	Count		16	6	22
	Expected Count		14.9	7.1	22.0
< 50 tahun	Count		9	6	15
	Expected Count		10.1	4.9	15.0
Total	Count		25	12	37
	Expected Count		25.0	12.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.659 ^a	1	.417		
Continuity Correction ^b	.206	1	.650		
Likelihood Ratio	.654	1	.419		
Fisher's Exact Test				.488	.323
Linear-by-Linear Association	.641	1	.423		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.86.

b. Computed only for a 2x2 table

b. Jenis Kelamin

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Gambaran Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Jenis Kelamin * Gambaran Diri Crosstabulation

			Gambaran Diri		Total
			Positif	Negatif	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	12	6	18
		Expected Count	12.2	5.8	18.0
	Perempuan	Count	13	6	19
		Expected Count	12.8	6.2	19.0
Total		Count	25	12	37
		Expected Count	25.0	12.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.013 ^a	1	.909	1.000	.593
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.013	1	.909		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.013	1	.911		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.84.

b. Computed only for a 2x2 table

c. Lama Mengidap Penyakit

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik * Gambaran Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik * Gambaran Diri Crosstabulation

			Gambaran Diri		Total
			Positif	Negatif	
Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik	< 1 tahun	Count	17	9	26
		Expected Count	17.6	8.4	26.0
	> 1 tahun	Count	8	3	11
		Expected Count	7.4	3.6	11.0
Total		Count	25	12	37
		Expected Count	25.0	12.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.190 ^a	1	.663	1.000	.487
Continuity Correction ^b	.003	1	.959		
Likelihood Ratio	.194	1	.660		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.185	1	.667		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.57.

b. Computed only for a 2x2 table

2. Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Lama Mengidap Penyakit dengan Ideal Diri (*Self Ideal*)

a. Usia

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Klp Usia * Ideal Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Klp Usia * Ideal Diri Crosstabulation

			Ideal Diri		Total
			Realistis	Tidak Realistis	
Klp Usia > 50 tahun	Count	16	6	22	
	Expected Count	13.1	8.9	22.0	
< 50 tahun	Count	6	9	15	
	Expected Count	8.9	6.1	15.0	
Total	Count	22	15	37	
	Expected Count	22.0	15.0	37.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.963 ^a	1	.047	.087	.049
Continuity Correction ^b	2.722	1	.099		
Likelihood Ratio	3.988	1	.046		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3.856	1	.050		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.08.

b. Computed only for a 2x2 table

b. Jenis Kelamin

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Ideal Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Jenis Kelamin * Ideal Diri Crosstabulation

			Ideal Diri		Total
			Realistis	Tidak Realistis	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	14	4	18
		Expected Count	10.7	7.3	18.0
	Perempuan	Count	8	11	19
		Expected Count	11.3	7.7	19.0
Total		Count	22	15	37
		Expected Count	22.0	15.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.880 ^a	1	.027		
Continuity Correction ^b	3.512	1	.061		
Likelihood Ratio	5.027	1	.025		
Fisher's Exact Test				.045	.030
Linear-by-Linear Association	4.748	1	.029		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.30.

b. Computed only for a 2x2 table

c. Lama Mengidap Penyakit

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik * Ideal Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik * Ideal Diri Crosstabulation

			Ideal Diri		Total
			Realistis	Tidak Realistis	
Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik	< 1 tahun	Count	15	11	26
		Expected Count	15.5	10.5	26.0
	> 1 tahun	Count	7	4	11
		Expected Count	6.5	4.5	11.0
Total	Count		22	15	37
	Expected Count		22.0	15.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.113 ^a	1	.736		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.114	1	.735		
Fisher's Exact Test				1.000	.516
Linear-by-Linear Association	.110	1	.740		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.46.

b. Computed only for a 2x2 table

3. Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Lama Mengidap Penyakit, dengan Harga Diri (*Self Esteem*)

a. Usia

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Klp Usia * Harga Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Klp Usia * Harga Diri Crosstabulation

			Harga Diri		Total
			Tinggi	Rendah	
Klp Usia > 50 tahun	Count	18	4	22	
	Expected Count	18.4	3.6	22.0	
Klp Usia < 50 tahun	Count	13	2	15	
	Expected Count	12.6	2.4	15.0	
Total	Count	31	6	37	
	Expected Count	31.0	6.0	37.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.154 ^a	1	.694	1.000	.532
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.157	1	.692		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.150	1	.698		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.43.

b. Computed only for a 2x2 table

b. Jenis Kelamin

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Harga Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Jenis Kelamin * Harga Diri Crosstabulation

			Harga Diri		Total
			Tinggi	Rendah	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	17	1	18
		Expected Count	15.1	2.9	18.0
	Perempuan	Count	14	5	19
		Expected Count	15.9	3.1	19.0
Total		Count	31	6	37
		Expected Count	31.0	6.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.932 ^a	1	.087		
Continuity Correction ^b	1.603	1	.205		
Likelihood Ratio	3.175	1	.075		
Fisher's Exact Test				.180	.102
Linear-by-Linear Association	2.853	1	.091		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.92.

b. Computed only for a 2x2 table

c. Lama Mengidap Penyakit

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik * Harga Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik * Harga Diri Crosstabulation

			Harga Diri		Total
			Tinggi	Rendah	
Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik	< 1 tahun	Count	22	4	26
		Expected Count	21.8	4.2	26.0
	> 1 tahun	Count	9	2	11
		Expected Count	9.2	1.8	11.0
Total		Count	31	6	37
		Expected Count	31.0	6.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.045 ^a	1	.833		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.044	1	.834		
Fisher's Exact Test				1.000	.590
Linear-by-Linear Association	.043	1	.835		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.78.

b. Computed only for a 2x2 table

4. Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Lama Mengidap Penyakit dengan Peran Diri (*Self Role*)

a. Usia

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Klp Usia * Peran Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Klp Usia * Peran Diri Crosstabulation

			Peran Diri		Total
			Tidak terjadi gangguan peran	Terjadi gangguan peran	
Klp Usia > 50 tahun	Count		17	5	22
	Expected Count		14.3	7.7	22.0
< 50 tahun	Count		7	8	15
	Expected Count		9.7	5.3	15.0
Total	Count		24	13	37
	Expected Count		24.0	13.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.666 ^a	1	.056		
Continuity Correction ^b	2.446	1	.118		
Likelihood Ratio	3.663	1	.056		
Fisher's Exact Test				.083	.059
Linear-by-Linear Association	3.567	1	.059		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.27.

b. Computed only for a 2x2 table

b. Jenis Kelamin

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Peran Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Jenis Kelamin * Peran Diri Crosstabulation

			Peran Diri		Total
			Tidak terjadi gangguan peran	Terjadi gangguan peran	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	13	5	18
		Expected Count	11.7	6.3	18.0
	Perempuan	Count	11	8	19
		Expected Count	12.3	6.7	19.0
Total		Count	24	13	37
		Expected Count	24.0	13.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.833 ^a	1	.362		
Continuity Correction ^b	.323	1	.570		
Likelihood Ratio	.838	1	.360		
Fisher's Exact Test				.495	.286
Linear-by-Linear Association	.810	1	.368		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.32.

b. Computed only for a 2x2 table

c. Lama Mengidap Penyakit

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik * Peran Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik * Peran Diri Crosstabulation

			Peran Diri		Total
			Tidak terjadi gangguan peran	Terjadi gangguan peran	
Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik	< 1 tahun	Count	16	10	26
		Expected Count	16.9	9.1	26.0
	> 1 tahun	Count	8	3	11
		Expected Count	7.1	3.9	11.0
Total		Count	24	13	37
		Expected Count	24.0	13.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.425 ^a	1	.515		
Continuity Correction ^b	.076	1	.783		
Likelihood Ratio	.435	1	.509		
Fisher's Exact Test				.711	.398
Linear-by-Linear Association	.413	1	.520		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.86.

b. Computed only for a 2x2 table

5. Hubungan Usia, Jenis Kelamin, Lama Mengidap Penyakit dengan Identitas Diri (*Self Identity*)

a. Usia

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Klp Usia * Identitas Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Klp Usia * Identitas Diri Crosstabulation

			Identitas Diri		Total
			Identitas Kuat	Kerancuan Identitas	
Klp Usia > 50 tahun	Count		13	9	22
	Expected Count		11.3	10.7	22.0
< 50 tahun	Count		6	9	15
	Expected Count		7.7	7.3	15.0
Total	Count		19	18	37
	Expected Count		19.0	18.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.301 ^a	1	.254		
Continuity Correction ^b	.649	1	.420		
Likelihood Ratio	1.308	1	.253		
Fisher's Exact Test				.325	.210
Linear-by-Linear Association	1.266	1	.261		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.30.

b. Computed only for a 2x2 table

b. Jenis Kelamin

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Identitas Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Jenis Kelamin * Identitas Diri Crosstabulation

			Identitas Diri		Total
			Identitas Kuat	Kerancuan Identitas	
Jenis Kelamin	Laki-laki	Count	11	7	18
		Expected Count	9.2	8.8	18.0
	Perempuan	Count	8	11	19
		Expected Count	9.8	9.2	19.0
Total		Count	19	18	37
		Expected Count	19.0	18.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1.337 ^a	1	.248		
Continuity Correction ^b	.684	1	.408		
Likelihood Ratio	1.345	1	.246		
Fisher's Exact Test				.330	.204
Linear-by-Linear Association	1.300	1	.254		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.76.

b. Computed only for a 2x2 table

c. Lama Mengidap Penyakit

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik * Identitas Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik * Identitas Diri Crosstabulation

			Identitas Diri		Total
			Identitas Kuat	Kerancuan Identitas	
Lama mengidap penyakit gagal ginjal kronik	< 1 tahun	Count	14	12	26
		Expected Count	13.4	12.6	26.0
	> 1 tahun	Count	5	6	11
		Expected Count	5.6	5.4	11.0
Total		Count	19	18	37
		Expected Count	19.0	18.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.218 ^a	1	.641		
Continuity Correction ^b	.011	1	.915		
Likelihood Ratio	.218	1	.641		
Fisher's Exact Test				.728	.457
Linear-by-Linear Association	.212	1	.645		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.35.

b. Computed only for a 2x2 table

6. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Gambaran Diri (*Body Image*)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Gambaran Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Dukungan Keluarga * Gambaran Diri Crosstabulation

			Gambaran Diri		Total
			Positif	Negatif	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	20	12	32
		Expected Count	21.6	10.4	32.0
	Kurang	Count	5	0	5
		Expected Count	3.4	1.6	5.0
Total		Count	25	12	37
		Expected Count	25.0	12.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.775 ^a	1	.096		
Continuity Correction ^b	1.328	1	.249		
Likelihood Ratio	4.286	1	.038		
Fisher's Exact Test				.152	.122
Linear-by-Linear Association	2.700	1	.100		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.62.

b. Computed only for a 2x2 table

7. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Ideal Diri (*Self Ideal*)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Ideal Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Dukungan Keluarga * Ideal Diri Crosstabulation

			Ideal Diri		Total
			Realistis	Tidak Realistis	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	19	13	32
		Expected Count	19.0	13.0	32.0
	Kurang	Count	3	2	5
		Expected Count	3.0	2.0	5.0
Total	Count	22	15	37	
	Expected Count	22.0	15.0	37.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001 ^a	1	.979	1.000	.683
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.979		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	.001	1	.979		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.03.

b. Computed only for a 2x2 table

8. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Harga Diri (*Self Esteem*)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Harga Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Dukungan Keluarga * Harga Diri Crosstabulation

			Harga Diri		Total
			Tinggi	Rendah	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	28	4	32
		Expected Count	26.8	5.2	32.0
	Kurang	Count	3	2	5
		Expected Count	4.2	.8	5.0
Total	Count	31	6	37	
	Expected Count	31.0	6.0	37.0	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2.407 ^a	1	.121		
Continuity Correction ^b	.808	1	.369		
Likelihood Ratio	1.956	1	.162		
Fisher's Exact Test				.177	.177
Linear-by-Linear Association	2.342	1	.126		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .81.

b. Computed only for a 2x2 table

9. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Peran Diri (*Self Role*)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Peran Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Dukungan Keluarga * Peran Diri Crosstabulation

			Peran Diri		Total
			Tidak terjadi gangguan peran	Terjadi gangguan peran	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	20	12	32
		Expected Count	20.8	11.2	32.0
	Kurang	Count	4	1	5
		Expected Count	3.2	1.8	5.0
Total		Count	24	13	37
		Expected Count	24.0	13.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.581 ^a	1	.446		
Continuity Correction ^b	.067	1	.796		
Likelihood Ratio	.629	1	.428		
Fisher's Exact Test				.638	.414
Linear-by-Linear Association	.565	1	.452		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.76.

b. Computed only for a 2x2 table

10. Hubungan Dukungan Keluarga dengan Identitas Diri (*Self Identity*)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dukungan Keluarga * Identitas Diri	37	100.0%	0	.0%	37	100.0%

Dukungan Keluarga * Identitas Diri Crosstabulation

			Identitas Diri		Total
			Identitas Kuat	Kerancuan Identitas	
Dukungan Keluarga	Baik	Count	16	16	32
		Expected Count	16.4	15.6	32.0
	Kurang	Count	3	2	5
		Expected Count	2.6	2.4	5.0
Total		Count	19	18	37
		Expected Count	19.0	18.0	37.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.173 ^a	1	.677		
Continuity Correction ^b	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.174	1	.676		
Fisher's Exact Test				1.000	.527
Linear-by-Linear Association	.168	1	.682		
N of Valid Cases ^b	37				

a. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.43.

b. Computed only for a 2x2 table