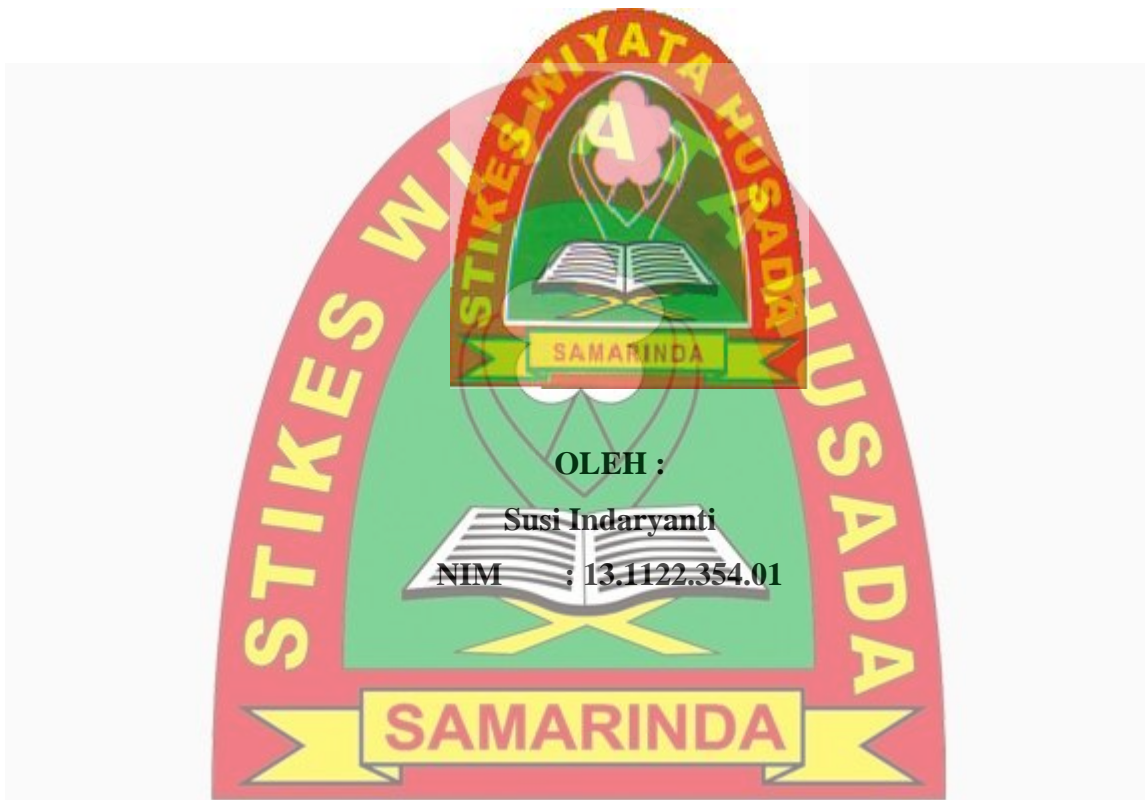


SKRIPSI

**HUBUNGAN PELAKSANAAN *ACTIVITY DAILY LIVING* DENGAN
HARGA DIRI PADA PASIEN HARGA DIRI RENDAH
DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA
HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA**



OLEH :

Susi Indaryanti

NIM : 13.1122.354.01

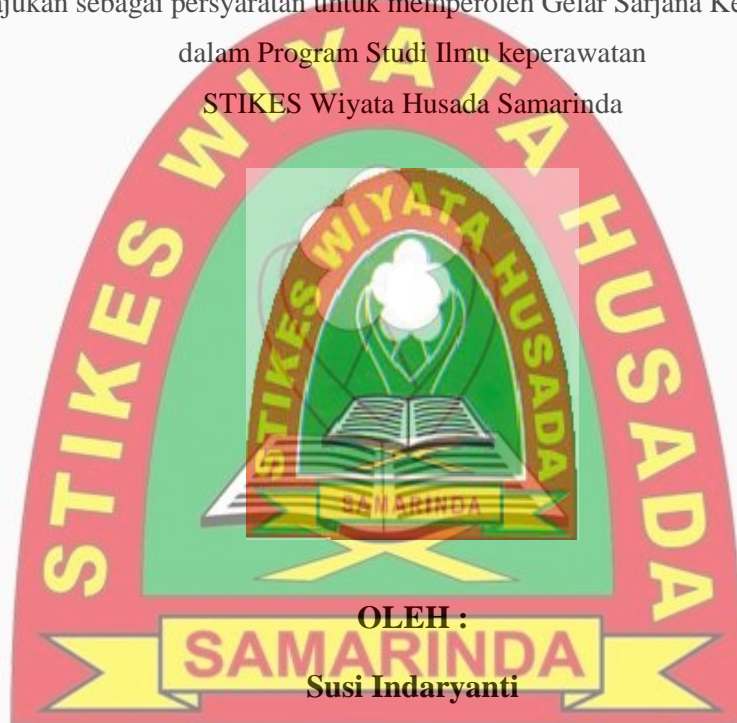
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2015

**HUBUNGAN PELAKSANAAN *ACTIVITY DAILY LIVING* DENGAN
HARGA DIRI PADA PASIEN HARGA DIRI RENDAH
DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH ATMA
HUSADA MAHAKAM
SAMARINDA**

SKRIPSI

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
dalam Program Studi Ilmu keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda



NIM : 13.1122.354.01

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2015

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

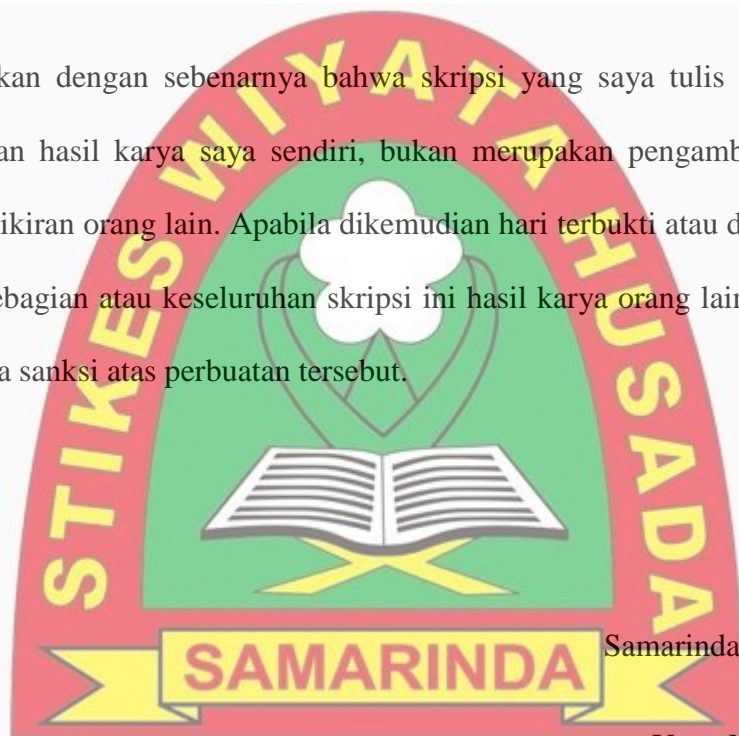
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Susi Indaryanti

NIM : 13.1122.354.01

Program Studi : S1 Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.



Samarinda, Agustus 2015

Yang Menyatakan,

Susi Indaryanti

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

HUBUNGAN PELAKSANAAN *ACTYVITY DAILY LIVING* DENGAN HARGA DIRI
PADA PASIEN HARGA DIRI RENDAH DI RUMAH SAKIT JIWA
DAERAH ATMA HUSADA MAHAKAM SAMARINDA

Disusun Oleh:

SUSI INDARYANTI

13.1122.354.01

Telah dipertahankan didepan dewan penguji
Pada tanggal 08 Agustus 2015

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. **Linda Dwi Novial Fitri, S.Kp., M.Kep. Sp. Jiwa**

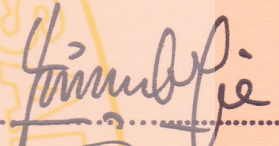
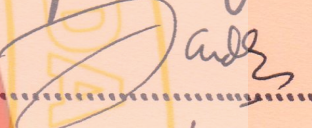
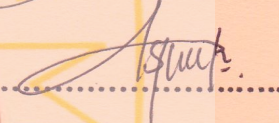
NIP:19731103.199503.2.004

2. **Ns. Zaenuddin Shaleh, S.Kep., M.Kep**

NIP:19720125.199703.1.004

3. **Ns. Nur asih D, S.Kep**

NIK.113072.90.14.055

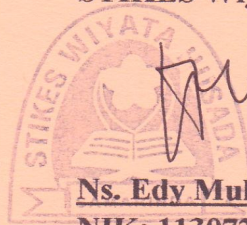

(.....)

(.....)

(.....)

Mengetahui,

SAMARINDA

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda



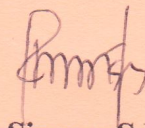
Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi

S1 Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep

NIK:113072.82.09.006

Hubungan Pelaksanaan *Activity Daily Living* Dengan Harga Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

Susi Indaryanti¹ ; Ns. Zaenuddin Shaleh, S.Kep, M.Kep² ; Ns. Nur Asih D, S.Kep³

ABSTRAK

Penerapan pelaksanaan strategi komunikasi harga diri rendah dapat membantu meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor pasien dalam meningkatkan harga diri. Pelaksanaan *Activity Daily Living* (ADL) merupakan bagian dari terapi individu asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah. Berdasarkan tinjauan awal peneliti lakukan pada 5 ruang rawat inap di RSJD Atma Husada Mahakam yaitu ruang Tiung, ruang Enggang, ruang Punai, Belibis dan ruang Gelatik pada tanggal 5 Januari 2015 jumlah pasien yang mendapat diagnosa keperawatan harga diri rendah 47 orang. Hasil wawancara dengan perawat ruangan didapatkan data 46% dari jumlah tersebut yang melakukan ADL rutin. Berdasarkan fenomena diatas peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Tujuan Penelitian untuk melihat hubungan pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Jenis penelitian ini adalah deskriptif korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dilakukan dengan *total sampling*, dengan jumlah sampel sebanyak 35 responden pada bulan April 2015. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner penelitian. Pengolahan dan analisa data menggunakan analisa univariat dengan distribusi frekuensi dan analisa bivariat dengan uji statistik *Chi Square* dengan taraf signifikan 0,05.

Dari penelitian ini didapatkan Pelaksanaan ADL pasien sebagian besar responden melaksanakan ADL sebanyak 19 orang (54,3%) dan yang tidak melaksanakan sebanyak 16 orang (45,7%). Harga diri pasien sebagian besar responden memiliki harga diri rendah yang positif sebanyak 23 orang (65,7%) dan harga diri rendah yang negatif sebanyak 12 orang (34,3%). Hasil uji hipotesa nol (Ho) ditolak yaitu ada hubungan pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda (p value $0,004 < \alpha 0,05$).

Kesimpulan dan Saran ada hubungan pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda. Saran untuk RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda memberikan dukungan terhadap program-program rehabilitasi seperti sarana dan dana sangat diperlukan untuk meningkatkan ketrampilan atau kemampuan positif yang dimiliki pasien gangguan jiwa.

Kata kunci : Harga Diri Rendah, *Activity Daily Living*,

The Relationship Implementation of Daily Living Activity With Self Esteem To Low Self - Esteem Patients at Mental Hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda

Susi Indaryanti ¹ ; Ns. Zaenuddin Shaleh,S.Kep, M.Kep ² ; Ns. Nur Asih D, S.Kep ³

Abstract

Application of the implementation of the communication strategy of low self esteem can help improve cognitive and psychomotor abilities of patients to improve self-esteem. Activity implementation of Daily Living (ADL) is part of the nursing care of individual therapy in patients with low self esteem. Based on preliminary review of researchers did on 5 of wards in RSJD Atma Husada Mahakam which Tiung space, space Hornbill, space pigeon, grouse and Wren room on January 5, 2015 the number of patients who got the low self esteem of nursing diagnoses 47 people. The results of interviews with the nurses room data obtained 46% of the amount that does ADL routine. Based on the above phenomenon researchers are interested to know the relationship implementation of daily living activity with self esteem low self-esteem patients at mental hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda

Objective to see the relationship implementation of daily living activity with self esteem low self-esteem patients at mental hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda

This research is a descriptive correlational cross sectional approach. Sampling was done by total sampling, with a total sample of 35 respondents on April, 2015. Data collection techniques using a questionnaire study. Data processing and analysis using univariate analysis with frequency distribution and bivariate analysis with statistical test Chi Square with significance level of 0.05.

The implementation of this study, patients ADL ADL most respondents carry as many as 19 people (54.3%) and who do not carry as many as 16 people (45.7%). Esteem of patients most respondents have a low self esteem was positive in 23 (65.7%) and low self esteem are negative as many as 12 people (34.3%). The test results of the null hypothesis (Ho) is rejected is the relationship implementation of daily living activity with self esteem low self-esteem patients at mental hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda (p value $0.004 < \leq 0,05$).

Conclusions and Recommendations the relationship implementation of daily living activity with self esteem low self-esteem in patients at mental hospital of Atma Husada Mahakam Samarinda. Suggestions for RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda provide support for rehabilitation programs such as the means and funds urgently needed to improve the skills or abilities possessed positive mental patients.

Keywords: *Low Self-Esteem, Activity Daily Living,*

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur saya panjatkan Kehadirat Allah SWT karena atas berkat Rahmah dan HidayahNya skripsi yang berjudul “Hubungan Pelaksanaan *Activity Daily Living* dengan Harga Diri pada Pasien Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Atma Husada Mahakam Samarinda” telah diselesaikan.

Skripsi penelitian ini disusun untuk memenuhi persyaratan akademik dalam menyelesaikan program studi sarjana keperawatan di Stikes Wiyata Husada Samarinda jurusan Ilmu Keperawatan Samarinda.

Pada kesempatan ini saya akan menyampaikan rasa terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan bimbingan dan bantuan selama penyusunan skripsi penelitian ini, diantaranya :

1. Mujito Hadi, MD, selaku Ketua Yayasan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns Edy Mulyono, S.Pd, S.Kep, M.Kep, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda
3. dr Padilah Mante Runa M.Si, selaku Direktur RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
4. Ns. Sumiati Sinaga, M.Kep. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
5. Ns. Zaenuddin Shaleh, S.Kep, M.kep selaku pembimbing I dan sekaligus penguji II dalam ujian skripsi penelitian ini.

6. Ns. Nur Asih D, S.Kep selaku pembimbing II dan sekaligus penguji III dalam ujian skripsi penelitian ini.
7. Seluruh Kepala Ruangan dan seluruh staf ruang rawat inap RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
8. Seluruh Dosen dan Staf Pendidikan pada STIKES Wiyata Husada Samarinda.
9. Orang tua, Suami, Anak dan seluruh keluarga tercinta yang selalu memberikan motivasi dan doa agar selalu sukses dalam menjalani studi.
10. Teman-teman seperjuangan di STIKES Wiyata Husada Samarinda, terima kasih atas masukan dan motivasinya.
11. Semua pihak yang turut membantu pelaksanaan pembuatan skripsi ini yang mana tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa skripsi penelitian ini masih jauh dari sempurna oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari berbagai pihak dalam rangka perbaikan penelitian ini dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan keperawatan di masa yang akan datang.

Dan akhirnya penulis berharap agar skripsi penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Samarinda, Agustus 2015

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Halaman Persetujuan Pembimbing.....	ii
Halaman Penetapan Panitia Penguji	iii
Intisari	iv
Abstrak	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi.....	viii
Daftar Skema.....	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus	6
D. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
A. Landasan Teori	9
1. Konsep Harga Diri (<i>Self Esteem</i>)	9
2. Konsep Harga Diri Rendah	17
3. Konsep <i>Activity Daily Living</i>	29
B. Kerangka Teori	32
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL, HIPOTESA DAN DEFENISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konseptual	34

B. Hipotesis Penelitian	35
C. DefenisiOperasional	36
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	38
B. Populasi dan Sampel	38
C. Tempat dan Waktu Penelitian	40
D. Alat Pengumpul Data	40
E. Uji Validitas dan Reliabilitas	42
F. Prosedur Pengumpul Data	47
G. Analisa Data	48
H. Etika Penelitian	55
BAB V HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Tempat Penelitian	56
B. Hasil Analisa Data	58
BAB VI PEMBAHASAN	
A. Karakteristik Responden	64
B. Analisa Univariat	68
C. Analisa Bivariat	70
D. Keterbatasan Penelitian	73
BAB VII PENUTUP	
A. Kesimpulan	74
B. Saran	75

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN - LAMPIRAN

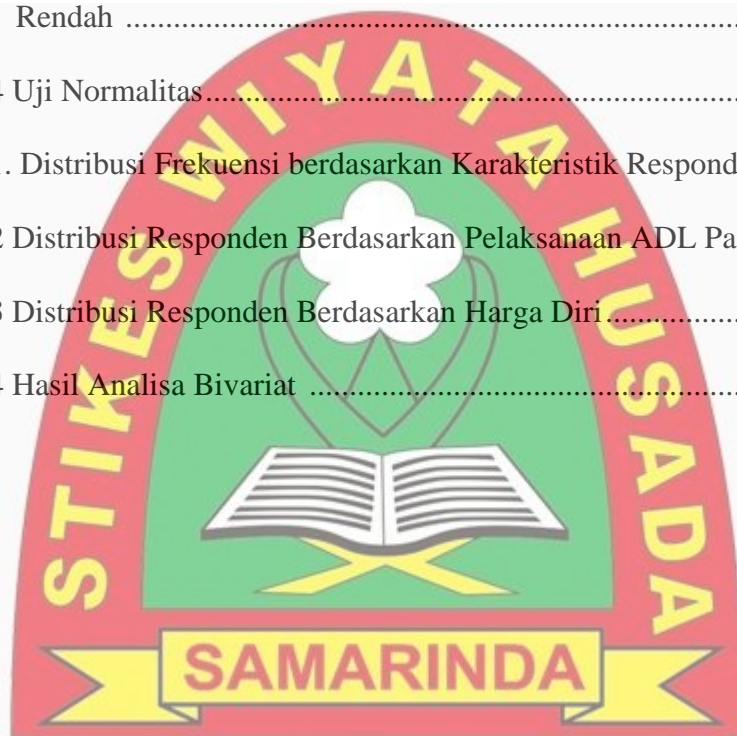
DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Rentang Respon Konsep Diri.....	14
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian.....	33
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	34



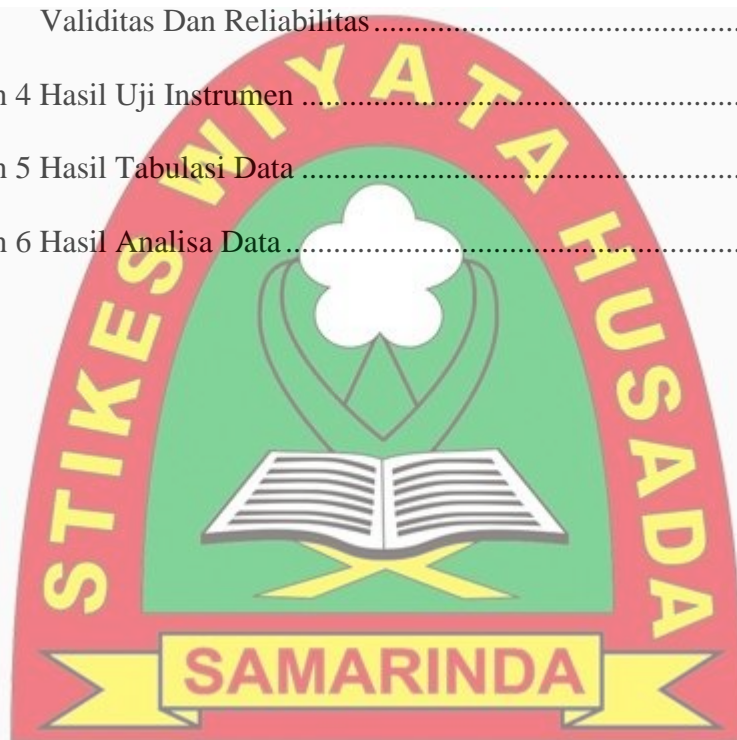
DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional	31
Tabel 4.1 Pernyataan <i>Favorable</i> dan <i>Unfavorable</i>	42
Tabel 4.2 Hasil Uji Validitas Variabel Pelaksanaan ADL.....	44
Tabel 4.3 Hasil Uji Validitas Variabel Harga Diri pada pasien Harga Diri Rendah	45
Tabel 4.4 Uji Normalitas.....	52
Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi berdasarkan Karakteristik Responden	59
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan ADL Pasien..	61
Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Harga Diri.....	61
Tabel 5.4 Hasil Analisa Bivariat	62



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Lembar Menjadi Responden.....	A-1
Lampiran 2 Lembar Permintaan Menjadi Responden Penelitian	B-1
Lampiran 3 Lembar Kuesioner Pelaksanaan <i>Activity Daily Living</i> Dan Harga Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah Sebelum Uji Validitas Dan Reliabilitas	C-1
Lampiran 4 Hasil Uji Instrumen	D-1
Lampiran 5 Hasil Tabulasi Data	E-1
Lampiran 6 Hasil Analisa Data	F-1



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU Kesehatan No. 36 tahun 2009, BAB I pasal 1). Berdasarkan pengertian diatas maka dapat dipahami bahwa kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh dari unsur fisik, mental, spiritual dan sosial dan didalamnya terdapat kesehatan jiwa yang merupakan bagian integral kesehatan.

Kesehatan jiwa menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan dan gangguan jiwa (UU Kesehatan no. 36 tahun 2009, BAB IX pasal 144). Dapat disimpulkan bahwa kesehatan jiwa bukan sekedar bebas dari gangguan tetapi lebih kepada perasaan bahagia dan ada keserasian antara pikiran, perasaan dan perilaku. Setiap individu biasanya mempunyai cara sendiri untuk menyelesaikan masalahnya, tapi ada sebagian manusia yang tidak dapat menyelesaikan masalahnya. Ketidakmampuan dalam beradaptasi tersebut berdampak pada kecemasan dan gangguan emosional yang beresiko bagi tumbuhnya gangguan mental atau gangguan jiwa.

Gangguan jiwa adalah respon maladaptif terhadap stressor dari dalam atau luar lingkungan yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang

tidak sejalan dengan budaya, kebiasaan atau norma setempat dan mempengaruhi interaksi sosial individu, kegiatan atau fungsi tubuh (Depkes, 2003). *World Health Organization* (WHO) tahun 2001 menyatakan sekitar 450 juta orang di dunia memiliki gangguan mental (Yosep, 2007). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 menyebutkan rata-rata prevalensi gangguan jiwa berat dan kronis atau skizofrenia yang diderita masyarakat Indonesia tanpa batasan umur adalah 1,7 per 1.000 orang dimana di Kalimantan Timur prevalensinya 1,4 per 1.000 orang naik 0,1 dari sebelumnya 1,3 per 1.000 orang pada tahun 2007. Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda yang merupakan RS rujukan psikiatri bagi klien gangguan jiwa, mempunyai pelayanan pengobatan dan rehabilitasi klien dengan gangguan jiwa. Menurut rekapitulasi pasien di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda dari tahun ke tahun penderita yang dirawat mengalami peningkatan yaitu pada tahun 2012 sebesar 79.005 orang, tahun 2013 sebesar 89.153 orang dan pada bulan Januari sampai dengan Juni 2014 sebesar 47.520 orang. Dari data rawat inap pada bulan Desember 2014 adalah 273 orang. Angka ini menunjukkan bahwa masyarakat Kalimantan Timur yang mengalami gangguan jiwa berat cukup besar dan gangguan jiwa berat yang paling banyak ditemukan adalah skizofrenia.

Skizofrenia adalah sekumpulan sindroma klinik yang ditandai dengan perubahan kognitif, emosi, persepsi dan aspek lain dari perilaku (Kaplan & Sadock, 2007). Gejala positif pada skizofrenia adalah waham, halusinasi,

gaduh gelisah, perilaku aneh, sikap bermusuhan, gangguan berpikir normal dan gejala negatif meliputi sulit memulai pembicaraan, afek tumpul atau datar, berkurangnya motivasi, berkurangnya atensi, pasif, apatis, penarikan diri secara sosial dan rasa tidak nyaman (Videbech, 2006). Dalam kehidupan sehari-hari individu harus menempatkan diri di tengah-tengah realita. Apabila individu tersebut memiliki perasaan ketakutan atau kekhawatiran hal ini dapat menghambat perkembangan harga diri (Dariuszky, 2004).

Harga diri adalah penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang dengan ideal diri (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi dan Purwanto, 2009). Tanggapan tersebut ada yang mampu menghadapi sesuai dengan fakta kehidupan tetapi adapula yang menanggapi dengan tidak berdaya, ketakutan, merasa diri tak berarti yang merupakan tanggapan negatif terhadap diri. Jika individu sering mengalami kegagalan maka gangguan jiwa yang sering muncul adalah gangguan konsep diri misal harga diri rendah (Riyadi & Purwanto, 2009).

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjang akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri, adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri (Keliat, 2009). Sedangkan menurut Videbech (2006), gangguan harga diri rendah adalah penilaian negatif seseorang terhadap diri dan kemampuan, yang diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung. Termasuk di

dalam harga diri rendah ini evaluasi diri yang negatif dan dihubungkan dengan perasaan lemah, tidak tertolong, tidak ada kopping adekuat. Selain pemberian farmakologi anti psikotik, banyak mode terapi lain dapat bermanfaat bagi penderita yaitu terapi individual, terapi kelompok dan terapi keluarga.

Terapi-terapi yang diberikan dapat membantu pasien untuk mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. Penerapan pelaksanaan strategi komunikasi harga diri rendah dapat membantu meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor pasien dalam meningkatkan harga diri, hal ini sesuai dengan penelitian Arya Dwi Pangga (2013). Pelaksanaan *Activity Daily Living* (ADL) merupakan bagian dari terapi individu asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah.

ADL adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari (Brunner & Suddarth, 2002). Aktivitas harian dapat membantu klien mengembangkan mekanisme coping dalam memecahkan masalah terkait masa lalu yang tidak menyenangkan dan melatih kemampuan yang masih dimiliki pasien sehingga semua kemampuan dapat dilatih. Setiap kemampuan yang dimiliki akan meningkatkan harga diri pasien (Keliat, 2009). Tetapi pada penelitian hubungan konsep diri dengan pelaksanaan ADL pada klien harga diri rendah RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang dilakukan oleh Sulastri (2012) dengan menggunakan tipe studi korelasi tehnik purposive sampling didapatkan hasil bahwa tidak ada hubungan antara konsep diri dengan

pelaksanaan ADL pada klien harga diri rendah. Penelitian tersebut menunjukkan suatu kesenjangan dengan teori yang ada.

Tinjauan awal peneliti lakukan pada 5 ruang rawat inap di RSJD Atma Husada Mahakam yaitu ruang Tiung, ruang Enggang, ruang Punai, Belibis dan ruang Gelatik pada tanggal 5 Januari 2015 jumlah pasien yang mendapat diagnosa keperawatan harga diri rendah 47 orang. Hasil wawancara dengan

perawat ruangan didapatkan data 46% dari jumlah tersebut yang melakukan ADL rutin. Pasien-pasien yang melakukan ADL rutin terlihat lebih mampu mengidentifikasi aspek positif yang dimiliki. Mereka lebih percaya diri dan tidak mudah pesimis. Sedangkan pada pasien yang tidak rutin melakukan ADL, mereka terlihat mudah pesimis, sering mengeluh, dan memiliki kesulitan dalam menilai kemampuan diri.

Tindakan yang dilakukan perawat dalam mengurangi resiko masalah yang terjadi pada kasus harga diri rendah salah satunya dengan membantu klien mengembangkan mekanisme koping, dampak yang terjadi bila tidak dilakukan koping adaptif maka dapat mengakibatkan gangguan interaksi sosial : menarik diri, perubahan penampilan peran, keputusan maupun munculnya perilaku kekerasan yang beresiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan (Keliat, 2006). Berdasarkan fenomena diatas peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Adakah hubungan pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda ?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Husada Mahakam Samarinda.

2. Tujuan Khusus

a. Mengidentifikasi karakteristik pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

b. Mengidentifikasi pelaksanaan *activity daily living* pada pasien harga diri rendah di RSJD Husada Mahakam Samarinda.

c. Mengidentifikasi harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

d. Menganalisa hubungan pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD AHM Samarinda.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritis

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai informasi dan perbandingan untuk penelitian berikutnya.

2. Manfaat praktis

a. Bagi RSJD Atma Husada Mahakam

Sebagai bahan masukan dalam menentukan kebijakan asuhan keperawatan untuk meningkatkan Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa (MPKP Jiwa) terutama pada pasien harga diri rendah dengan menggunakan *activity daily living*, sehingga mutu pelayanan rumah sakit dapat terlaksana secara optimal.

b. Bagi Perawat Pelaksana di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Memberikan masukan pentingnya melakukan motivasi dan bimbingan secara maksimal pelaksanaan ADL pada pasien HDR yang hal ini berguna untuk peningkatan harga diri pasien.

c. Bagi Institusi Pendidikan Stikes Wiyata Husada Samarinda.

Sebagai bahan masukan bagi institusi pendidikan untuk memberikan motivasi kepada mahasiswa yang menjalankan praktek klinik keperawatan jiwa untuk terus membudayakan pelaksanaan ADL pada pasien HDR guna meningkatkan harga diri.

d. Bagi responden.

Membantu klien mengembangkan mekanisme coping adaptif sesuai dengan aspek positif yang dimiliki yang hal ini berguna untuk peningkatan harga diri pasien.



BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Landasan Teori

1. Konsep Harga Diri (*Self Esteem*)

a. Pengertian

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (Riyadi & Purwanto, 2009). Sedangkan menurut Stuart & Sundeen (2008) harga diri adalah penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang dengan ideal diri. Dari beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa harga diri adalah penilaian individu terhadap perilaku memenuhi ideal diri.

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi Harga Diri

Faktor-faktor yang mempengaruhi harga diri yaitu penolakan orang tua, harapan orang tua yang tidak realistis, kegagalan yang berulang kali, kurang mempunyai tanggung jawab personal, ketergantungan pada orang lain dan ideal diri yang tidak realistis (Stuart & Sundeen, 2008).

c. Komponen Konsep Diri

Harga diri merupakan bagian komponen dari konsep diri. Adapun komponen konsep diri menurut Stuart & Sundeen (2008)

yaitu gambaran diri (*body image*), ideal diri (*self ideal*), harga diri (*self esteem*), peran diri (*self role*), dan identitas diri (*self identity*).

1) Gambaran diri atau citra tubuh (*body image*)

Gambaran diri atau citra tubuh adalah kumpulan dari sikap individu terhadap tubuhnya yang disadari atau tidak disadari. Termasuk persepsi dan perasaan masa lalu dan sekarang tentang ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan, dan potensi (Stuart dan Sundeen, 2008). Gangguan gambaran diri (*body image*) adalah persepsi negatif tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan obyek yang sering berhubungan dengan tubuh.

Tanda dan gejala gangguan gambaran diri yaitu:

- a) Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah.
- b) Tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau akan terjadi.
- c) Menolak penjelasan perubahan tubuh.
- d) Persepsi negatif terhadap tubuh.
- e) Preokupsi dengan bagian tubuh yang hilang.
- f) Mengungkapkan keputusan dan ketakutan.

2) Ideal diri (*self ideal*)

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana dia seharusnya berperilaku berdasarkan standar pribadi, aspirasi, tujuan atau nilai personal tertentu (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009). Ideal diri mulai berkembang pada masa kanak-kanak yang dipengaruhi oleh orang penting dari dirinya yang memberikan tuntutan dan harapan. Pada masa remaja, ideal diri akan dibentuk melalui proses identifikasi pada orang tuanya, guru dan teman terdekat.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi individu dalam membentuk ideal diri yaitu:

- a) Kecenderungan individu menetapkan ideal diri dari batas kemampuannya.
- b) Faktor budaya, pembentukan standar ini dibandingkan dengan standar kelompok teman dan norma yang ada dimasyarakat.
- c) Ambisi dan keinginan untuk melebihi dan berhasil, kebutuhan yang realistis, keinginan untuk menghindari kegagalan, perasaan cemas dan rendah diri.

3) Harga diri (*self esteem*)

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku

memenuhi ideal diri. Frekuensi pencapaian tujuan akan menghasilkan harga diri rendah atau tinggi. Jika individu selalu sukses maka cenderung harga diri tinggi tetapi apabila individu sering gagal maka kecenderungan memiliki harga diri rendah (Riyadi & Purwanto, 2009).

4) Peran (*role*)

Peran adalah serangkaian pola perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu di berbagai kelompok sosial (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009). Peran ini diperlukan individu untuk aktualisasi diri. Harga diri yang tinggi merupakan hasil dari peran yang memenuhi kebutuhan dan kesesuaian dengan ideal diri. Stres peran terdiri dari konflik peran, peran yang tidak jelas, peran yang tidak sesuai dan peran yang berlebihan.

Faktor-faktor yang harus dilakukan dalam menyesuaikan diri dengan peran (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009) :

- a) Kejelasan perilaku dan pengetahuan yang sesuai dengan peran.
- b) Konsistensi respon orang yang berarti terhadap peran yang dilakukan.

- c) Kesesuaian dan keseimbangan antar peran yang diemban.
- d) Keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran.
- e) Pemisahan situasi yang akan menciptakan ketidaksesuaian perilaku peran.

5) Identitas diri (*identity*)

Identitas adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian, yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sebagai suatu kesatuan yang utuh (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009). Identitas berkembang sejak masa kanak-kanak bersamaan dengan perkembangan konsep diri.

Enam ciri identitas ego (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009):

- a) Mengenal diri sendiri sebagai organisme utuh dan terpisah dari orang lain.
- b) Mengakui jenis kelamin diri sendiri.
- c) Memandang berbagai aspek dalam dirinya sebagai suatu keselarasan.
- d) Menilai diri sendiri sesuai dengan penilaian masyarakat.
- e) Menyadari hubungan masa lalu, sekarang dan yang akan datang.

- f) Mempunyai tujuan yang bernilai yang dapat direalisasikan.

d. Rentang Respon konsep Diri

Berikut adalah rentang respon konsep diri menurut Stuart & Sundeen (2008) :

Skema 2.1 Rentang Respon Konsep Diri



stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan dalam diri sendiri.

3) Aktualisasi diri

Merupakan respon adaptif yang tertinggi karena individu dapat mengekspresikan kemampuan yang dimiliki.

4) Konsep diri positif

Individu mampu mengidentifikasi kemampuan dan kelemahannya secara jujur dan dalam menilai suatu masalah individu berpikir secara positif dan realistis.

5) Harga diri rendah

Merupakan transisi antara respon konsep diri adaptif dan maladaptif.

6) Kerancuan identitas

Merupakan suatu kegagalan individu untuk mengintegrasikan berbagai identifikasi masa kanak-kanak kedalam kepribadian psikososial dewasa yang harmonis.

7) Depersonalisasi

Suatu perasaan yang tidak realistis dan keasingan dirinya dari lingkungan. Hal ini berhubungan dengan tingkat ansietas panik dan kegagalan dalam pengujian realitas. Individu mengalami kesulitan dalam membedakan diri sendiri dari orang lain, dan tubuhnya sendiri merasa tidak nyata dan asing baginya.

e. Jenis-jenis Harga Diri

Coopersmith (dalam Rahmawati, 2006) menggolongkan harga diri menjadi 3 golongan :

1) Harga Diri Tinggi

Harga diri tinggi adalah penilaian seseorang bahwa dirinya penting dan berharga. Harga diri tinggi identik dengan harga diri positif yang merupakan harga diri yang paling sehat. Ciri-ciri harga diri tinggi adalah :

- a) Mereka menilai diri sebagai pribadi yang berhasil dalam hidup.
- b) Lebih mampu memenuhi harapan lingkungan.
- c) Menerima diri sendiri dengan segala keterbatasan dan memandang keterbatasan sebagai realita diri.
- d) Tingkah laku lebih aktif, ekspresif, tidak mudah cemas,
- e) Lebih berhasil dalam kehidupan sosial maupun dalam bidang akademis.

2) Harga diri menengah

Harga diri menengah mempunyai ciri-ciri yang hampir sama dengan harga diri tinggi, adapun ciri-cirinya yaitu :

- a) Optimis, ekspresif dan mampu menerima kritik.
- b) Memiliki kebimbangan dalam menilai dirinya sehingga dukungan sosial sangat dibutuhkan.

3) Harga diri rendah

Orang dengan harga diri rendah biasanya tidak menyukai dirinya sendiri, menghina diri dan menganggap

bahwa dirinya tidak cakap menghadapi lingkungan dengan efektif.

2. Konsep Harga Diri Rendah

a. Pengertian Harga Diri Rendah

Harga diri rendah adalah penilaian subjektif individu terhadap dirinya; perasaan sadar atau tidak sadar dan persepsi terhadap fungsi, peran, dan tubuh (Kusumawati, 2010). Gangguan harga diri adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami evaluasi diri negatif tentang kemampuan atau diri (Carpenito, 2000). Menurut Keliat (2009) harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjang akibat evaluasi yang negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan diri, adanya perasaan hilang kepercayaan diri, merasa gagal karena tidak mampu mencapai keinginan sesuai ideal diri. Sedangkan menurut Videbech (2006) gangguan harga diri rendah adalah penilaian negatif seseorang terhadap diri dan kemampuan, yang diekspresikan secara langsung maupun tidak langsung.

Kesimpulan penulis dari beberapa pengertian di atas, harga diri rendah adalah perasaan sadar atau tidak sadar yang menilai diri sendiri negatif dan lebih rendah dari orang lain.

b. Etiologi harga diri rendah

Penyebab HDR menurut Stuart & Sundeen (2008) adalah :

1) Faktor biologis

Meliputi riwayat menderita penyakit fisik, genetik, terpapar zat kimia.

2) Faktor psikologis

Meliputi kepribadian tertutup, riwayat kegagalan dan pengalaman yang tidak menyenangkan.

3) Faktor sosial budaya

Misalnya pendidikan rendah, status ekonomi rendah, masalah pekerjaan.

c. Proses terjadinya masalah

Menurut Stuart & Sundeen (2008) harga diri rendah dapat terjadi karena individu tidak pernah mendapat *feed back* dari lingkungan tentang perilaku klien sebelumnya bahkan mungkin kecenderungan lingkungan yang selalu memberi respon negatif untuk mendorong individu menjadi harga diri rendah. Awalnya individu berada pada suatu situasi yang penuh dengan *stressor* (krisis), individu berusaha menyelesaikan krisis tetapi tidak tuntas sehingga timbul pikiran bahwa diri tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan peran. Penilaian individu terhadap diri sendiri karena kegagalan menjalankan fungsi dan peran adalah kondisi harga diri rendah

d. Manifestasi klinis

Menurut NANDA (2009) tanda dan gejala harga diri rendah kronik adalah:

- 1) Bergantung pada pendapat orang lain
- 2) Evaluasi diri bahwa individu tidak mampu menghadapi peristiwa
- 3) Melebih-lebihkan umpan balik negatif tentang diri sendiri
- 4) Secara berlebihan mencari penguatan
- 5) Ekspresi rasa bersalah
- 6) Ekspresi rasa malu
- 7) Sering kali kurang berhasil dalam peristiwa hidup
- 8) Enggan mencoba situasi baru
- 9) Enggan mencoba hal baru
- 10) Perilaku bimbang
- 11) Kontak mata kurang
- 12) Perilaku tidak asertif
- 13) Sering kali mencari penegasan
- 14) Pasif
- 15) Menolak umpan balik positif tentang diri sendiri

Menurut Stuart & Sundden (2008) perilaku klien HDR ditunjukkan tanda-tanda sebagai berikut :

- 1) Produktivitas menurun
- 2) Mengukur diri sendiri dan orang lain

- 3) Destructif pada orang lain
- 4) Gangguan dalam berhubungan
- 5) Perasaan tidak mampu
- 6) Rasa bersalah
- 7) Mudah tersinggung atau marah yang berlebihan
- 8) Perasaan negatif terhadap tubuhnya sendiri
- 9) Ketegangan peran yang dirasakan
- 10) Pandangan hidup yang pesimis
- 11) Keluhan fisik
- 12) Pandangan hidup yang bertentangan
- 13) Penolakan terhadap kemampuan personal
- 14) Destruktif terhadap diri sendiri
- 15) Menolak diri secara sosial
- 16) Penyalahgunaan obat
- 17) Menarik diri dari realitas
- 18) Khawatir

Menurut Keliat (2009) tanda dan gejala HDR yaitu :

- 1) Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan tindakan medis
- 2) Rasa bersalah terhadap diri sendiri (mengkritik/ menyalahkan diri sendiri)
- 3) Gangguan hubungan sosial (menarik diri)
- 4) Percaya diri kurang (sukar mengambil keputusan)

- 5) Mencederai diri (akibat dari harga diri yang rendah harapan yang suram, mungkin klien akan mengakhiri kehidupannya)

Menurut Carpenito, L.J (2000) perilaku yang berhubungan dengan harga diri rendah, antara lain :

- 1) Mengkritik diri sendiri atau orang lain
- 2) Perasaan dirinya sangat penting yang berlebih-lebihan
- 3) Perasaan tidak mampu
- 4) Rasa bersalah
- 5) Sikap negatif pada diri sendiri
- 6) Sikap pesimis pada kehidupan
- 7) Keluhan sakit fisik
- 8) Pandangan hidup yang terpolarisasi
- 9) Menolak kemampuan diri sendiri
- 10) Pengurangan diri/ mengejek diri sendiri
- 11) Perasaan cemas dan takut
- 12) Merasionalisasi penolakan/ menjauh dari umpan balik positif
- 13) Mengungkapkan kegagalan pribadi
- 14) Ketidakmampuan menentukan tujuan

e. Penatalaksanaan Harga Diri Rendah

- 1) Terapi individu

Terapi individu adalah penanganan klien gangguan jiwa dengan pendekatan hubungan individual antara seorang terapis dengan seorang klien yang terstruktur untuk

mengubah perilaku klien. Salah satu terapi individu pada pasien HDR adalah Asuhan Keperawatan dengan menggunakan strategi pertemuan. Strategi pertemuan adalah pelaksanaan standar asuhan keperawatan terjadwal yang diterapkan pada klien dan keluarga pasien yang bertujuan untuk mengurangi masalah keperawatan jiwa yang ditangani (Fitria, 2009).

2) Asuhan Keperawatan pada pasien HDR

a) Pengkajian

Bagian ini berisi pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan berdasarkan tanda dan gejala HDR yaitu : mengkritik diri sendiri, perasaan tidak mampu, pandangan hidup yang pesimis, penurunan produktivitas, penolakan terhadap kemampuan diri. Selain itu dari pengamatan pasien HDR tampak kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapi, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk dan bicara lambat dengan nada suara lemah.

b) Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan tanda dan gejala yang didapat melalui observasi, wawancara atau pemeriksaan fisik bahkan melalui sumber sekunder, perawat dapat merumuskan

diagnosis keperawatan gangguan konsep diri : harga diri rendah.

c) Tindakan Keperawatan

Setelah diagnosis keperawatan, perawat melakukan beberapa tindakan keperawatan pada pasien.

Tujuan :

- (1) Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.
- (2) Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan.
- (3) Pasien dapat memilih kegiatan sesuai kemampuan.
- (4) Pasien dapat melatih kegiatan yang dipilih sesuai dengan kemampuan.
- (5) Pasien dapat melakukan kegiatan yang sudah dilatih sesuai jadwal.

Tindakan keperawatan :

- (1) Identifikasi aspek dan kemampuan positif yang masih dimiliki pasien.
 - (a) Diskusikan tentang sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien.
 - (b) Beri pujian yang realistis dan hindarkan penilaian yang negatif.

(2) Bantu pasien menilai kemampuan yang dapat digunakan dengan cara berikut :

- (a) Diskusikan mengenai kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini.
- (b) Beri penguatan terhadap kemampuan yang diungkapkan pasien.

(c) Perhatikan respon yang kondusif dan upayakan menjadi pendengar yang aktif.

(3) Membantu pasien memilih kemampuan yang akan dilatih.

- (a) Diskusikan kegiatan yang akan dipilih.
- (b) Bantu pasien memilih kegiatan yang dapat pasien lakukan dengan mandiri atau dengan bantuan minimal.

(4) Latih kemampuan yang dipilih pasien dengan cara :

- (a) Diskusikan langkah-langkah pelaksanaan kegiatan.
- (b) Bersama pasien, peragakan kegiatan yang ditetapkan.
- (c) Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan pasien.

(5) Bantu pasien menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang dilatih.

(a) Beri kesempatan pasien mencoba kegiatan yang dilatih.

(b) Beri pujian atas kegiatan yang dilakukan.

(c) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan

tingkatan toleransi dan perubahan setiap kegiatan.

(d) Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih.

(e) Berikan pasien kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.

f. Berikut strategi pertemuan pada pasien HDR

Tujuan ; Pasien mampu :

1) Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki.

2) Menilai kemampuan yang dapat digunakan.

3) Menetapkan atau memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan.

4) Merencanakan kegiatan yang sudah dilatihnya.

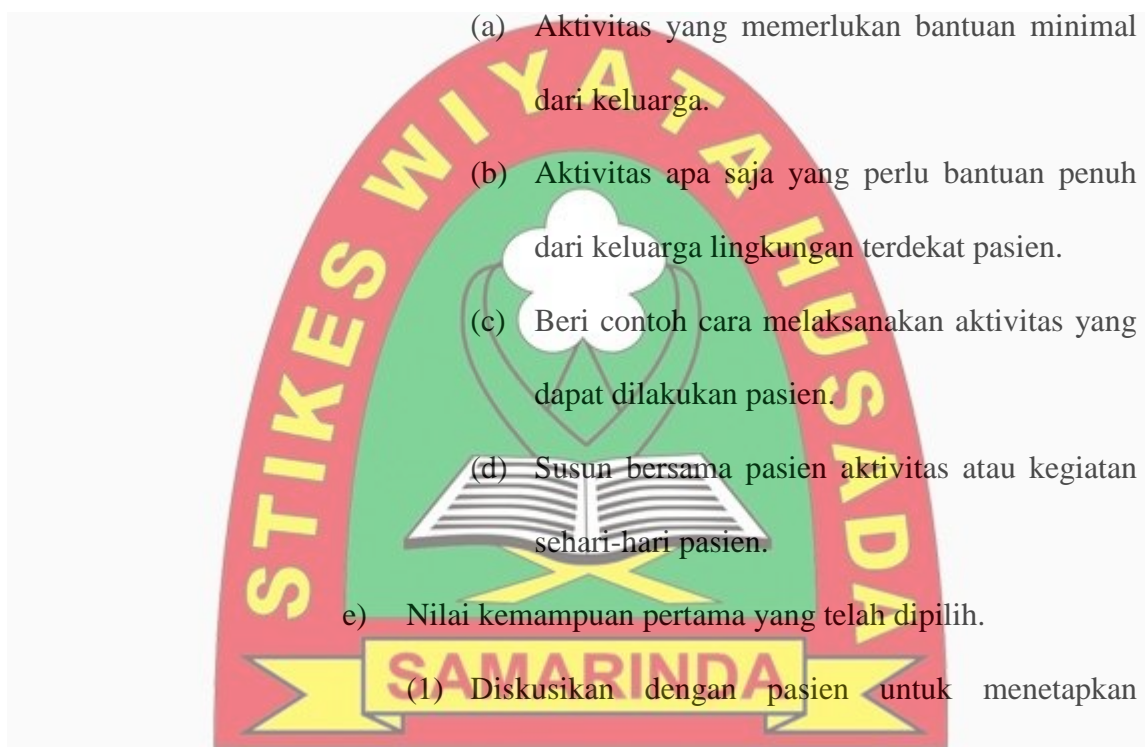
Kriteria evaluasi :

Setelah ... kali pertemuan klien dapat mengidentifikasi kemampuan aspek positif yang dimiliki, memiliki kemampuan yang dapat digunakan, memilih kegiatan sesuai kemampuan, melakukan kegiatan yang sudah dipilih dan merencanakan kegiatan yang sudah dilatih.

Intervensi :

- 1) SP 1 : Identifikasi kemampuan positif yang dimiliki.
 - a) Diskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif seperti kegiatan pasien di rumah, adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien.
 - b) Beri pujian yang realistis dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negatif.
 - c) Nilai kemampuan yang dapat dilakukan saat ini.
 - (1) Diskusikan dengan pasien kemampuan yang masih digunakan saat ini.
 - (2) Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.
 - (3) Perhatikan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif.

- d) Pilih kemampuan yang akan dilatih.
- (1) Diskusikan dengan pasien beberapa aktifitas yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan yang akan pasien lakukan sehari-hari.
 - (2) Bantu pasien menetapkan aktivitas mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri.



- (1) Diskusikan dengan pasien untuk menetapkan urutan kegiatan (yang sudah dipilih pasien) yang akan dilatihkan.
- (2) Bersama pasien dan keluarga memperagakan beberapa kegiatan yang akan dilakukan pasien.
- (3) Berikan dukungan dan pujian yang nyata sesuai kemajuan yang diperlihatkan pasien.

- f) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.
- (1) Beri kesempatan kepada pasien untuk mencoba kegiatan.
 - (2) Beri pujian atas aktivitas / kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari.
 - (3) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi dan perubahan setiap pasien.

- (4) Susun daftar aktivitas yang sudah dilakukan bersama pasien dan keluarga.
- (5) Berikan kesempatan mengungkapkan perasaannya setelah pelaksanaan kegiatan.
- (6) Yakinkan bahwa keluarga mendukung setiap aktivitas yang dilakukan pasien

2) SP 2 : Menilai kemampuan yang dapat digunakan.

- a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1).
- b) Pilih kemampuan kedua yang dapat dilakukan.
- c) Latih kemampuan yang dipilih.

d) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.

3) SP 3 : Menetapkan atau memilih kegiatan yang sesuai dengan kemampuan.

- a) Evaluasi kegiatan yang lalu (SP 1 & SP 2).
- b) Memilih kemampuan ketiga yang dapat dilakukan.
- c) Masukkan dalam jadwal kegiatan pasien.

g. Terapi keluarga

Terapi keluarga adalah terapi yang diberikan kepada seluruh anggota keluarga sebagai unit penanganan yang bertujuan agar keluarga mampu melaksanakan fungsinya dalam perawatan klien dengan harga diri rendah.

h. Terapi aktivitas kelompok

Terapi aktivitas kelompok adalah terapi modalitas yang dilakukan perawat kepada sekelompok klien yang mengalami masalah keperawatan yang sama. Aktivitas yang digunakan sebagai terapi dan kelompok digunakan sebagai target asuhan. Di dalam kelompok terjadi dinamika interaksi yang saling bergantung, saling membutuhkan dan menjadi laboratorium tempat klien berlatih perilaku baru yang adaptif untuk memperbaiki perilaku lama yang maladaptif. TAK untuk meningkatkan harga diri rendah ini terbagi menjadi dua sesi yaitu sesi pertama identifikasi hal positif pada diri dan sesi ke-2 melatih hal positif pada diri.

3. Konsep *Activity Daily Living*

a. Pengertian

ADL adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari (Brunner & Suddarth, 2002, dalam Suparyanto, 2012). Sedangkan menurut Hardywinoto & Setiabudi, 2005 (dalam

Suparyanto, 2012) ADL adalah kegiatan melakukan kegiatan rutin sehari-hari dan merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. Sedangkan menurut Sugiarto, 2005 (dalam Suparyanto, 2012) ADL adalah ketrampilan dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri sehari-hari dengan tujuan untuk memenuhi sesuai peran sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat.

Dari beberapa pendapat tersebut peneliti menyimpulkan bahwa ADL adalah kegiatan sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan hidup.

b. Penggolongan ADL

Menurut Sugiarto, 2005 (dalam Suparyanto, 2012) ADL dibedakan menjadi :

- 1) ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan & minum, toileting, mandi, berhias, BAK & BAB.
- 2) ADL Instrumental yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menulis, mencuci baju dll.
- 3) ADL Vokasional yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan.

- 4) ADL Non Vokasional yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobby dan mengisi waktu luang.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi ADL

Menurut Sugiarto (2005) ADL terdiri dari aspek motorik yaitu kombinasi gerakan volunter yang terkoordinasi dan aspek propioseptif sebagai umpan balik gerakan yang dilakukan. ADL dasar dipengaruhi oleh : ROM sendi, kekuatan otot, tonus otot, propioseptif, persepsi visual, kognitif, koordinasi dan keseimbangan.

Menurut Hadywinoto (2005) faktor yang mempengaruhi ADL adalah :

- 1) Kondisi fisik misalnya penyakit menahun, gangguan mata dan telinga.
- 2) Kapasitas mental.
- 3) Status mental seperti kesedihan dan depresi.
- 4) Penerimaan terhadap fungsinya anggota tubuh.
- 5) Dukungan anggota keluarga.

d. Tingkat kemampuan klien dalam menjalankan ADL

Keliat (2006) mengklasifikasikan kemampuan pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari dalam 3 kategori yaitu, mandiri jika aktivitas harian mampu dijalankan secara mandiri, partial jika aktivitas harian dijalankan dengan bantuan sebagian dari perawat

atau orang lain dan total jika aktivitas harian dibantu sepenuhnya oleh perawat atau orang lain.

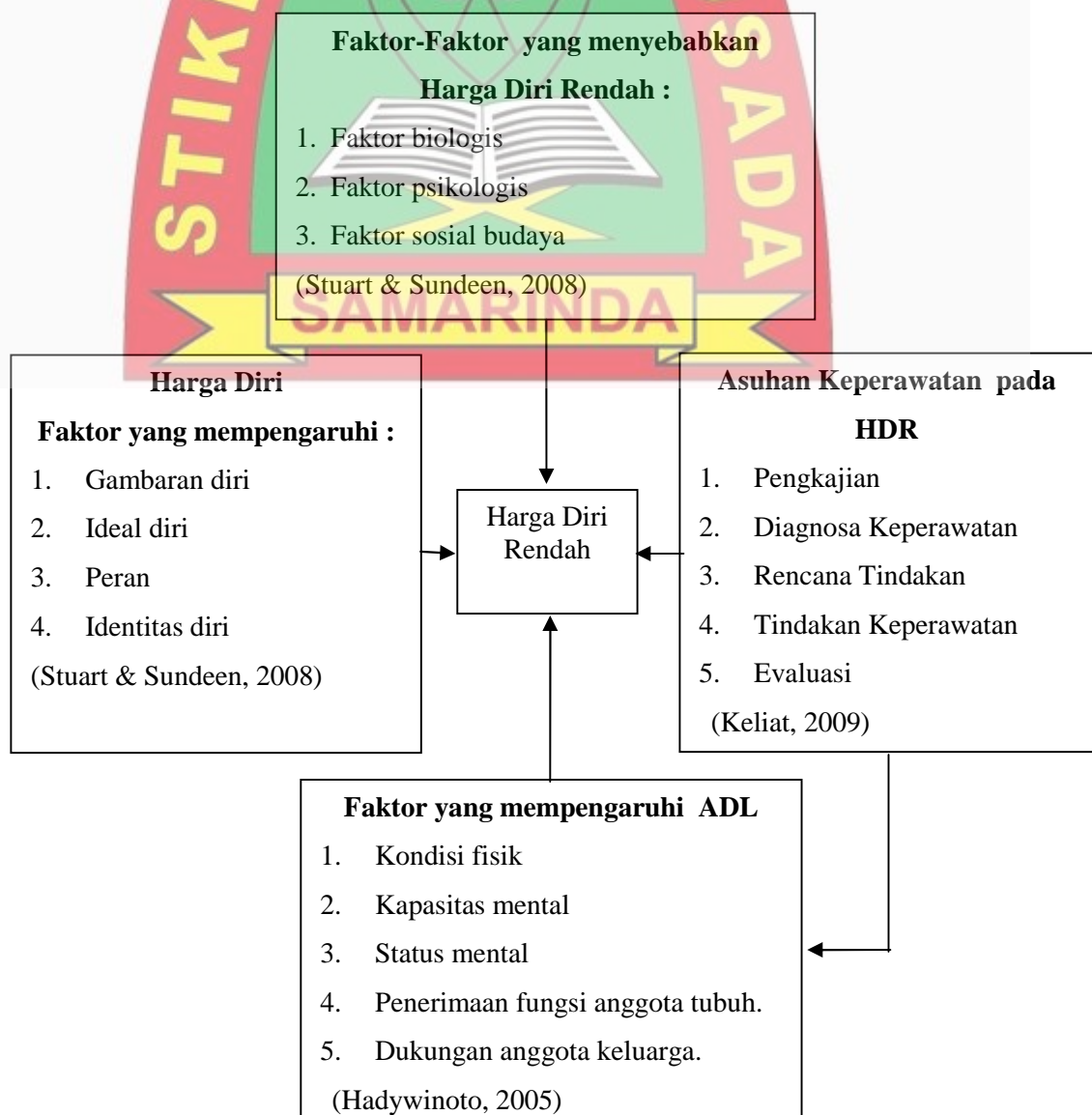
B. Kerangka Teori Penelitian

Harga diri adalah penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang dengan ideal diri (Stuart & Sundeen, 2006, dalam Riyadi & Purwanto, 2009). Jika individu dalam menanggapi hal tersebut dengan tidak berdaya, ketakutan, merasa diri tak berarti yang merupakan tanggapan negatif terhadap diri maka gangguan konsep diri yang terjadi yaitu harga diri rendah (Riyadi & Purwanto, 2009). Banyak faktor yang menyebabkan harga diri rendah menurut Stuart & Sundeen (2008) yaitu ; faktor biologis meliputi riwayat menderita penyakit fisik, genetik, terpapar zat kimia. Faktor psikologis meliputi kepribadian tertutup, riwayat kegagalan dan pengalaman yang tidak menyenangkan dan faktor sosial budaya misalnya pendidikan rendah, status ekonomi rendah, masalah pekerjaan. Pada pasien HDR mengalami ketidakmampuan mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki sehingga tindakan perawat dalam mengurangi resiko masalah yang terjadi pada kasus HDR salah satunya membantu klien mengembangkan mekanisme koping yang adaptif.

ADL adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari (Brunner & Suddarth, 2002, dalam Suparyanto, 2012). ADL bagian dari terapi individu

asuhan keperawatan pada pasien harga diri rendah. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi ADL adalah kondisi fisik, kapasitas mental, status mental, penerimaan terhadap fungsinya anggota tubuh dan dukungan anggota keluarga (Hadywinoto, 2005, dalam Suparyanto, 2012). Aktivitas harian dapat membantu klien mengembangkan mekanisme coping dalam memecahkan masalah terkait masa lalu yang tidak menyenangkan dan melatih kemampuan yang masih dimiliki pasien sehingga semua kemampuan dapat dilatih. Setiap kemampuan yang dimiliki akan meningkatkan harga diri pasien (Keliat, 2009). Kerangka teori penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut :

Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian



BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka Konsep merupakan model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah. Kerangka konsep penelitian pada hakikatnya adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variabel-variabel yang akan diukur/diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep penelitian ini dapat dilihat pada gambar berikut :



Keterangan

- = Diteliti
□ (dashed) = Tidak Diteliti
→ = Mempengaruhi

B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis berasal dari kata *hypo* yg berarti belum atau di bawah dan *thesis* yang berarti dalil atau hukum. Hipotesis adalah suatu perumusan sementara mengenai suatu hal yang dibuat untuk menjelaskan hal itu dan juga dapat menuntun/mengarahkan penyelidikan selanjutnya. Menurut Riyanto (2012) Hipotesa terbagi dua (2) yaitu :

1. Hipotesa Alternatif (Ha)

Merupakan hipotesa yang menyatakan ada hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya atau ada perbedaan suatu kejadian antara dua kelompok. Dalam penelitian ini hipotesa alternatif (Ha) yaitu :

Ada hubungan antara pelaksanaan *Activity Daily Living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

2. Hipotesa Nol (Ho)

Merupakan hipotesa yang menyatakan tidak ada hubungan antara variabel satu dengan variabel lainnya atau tidak ada perbedaan suatu antara dua kelompok. Dalam penelitian ini hipotesa Nol (Ho) yaitu :

Tidak ada hubungan antara pelaksanaan *Activity Daily Living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda.

C. Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dengan sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2011).

1. Variabel Bebas (independen)

Variabel bebas (independen) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti untuk menciptakan suatu dampak pada dependen variabel (Nursalam, 2011). Variabel independen dalam penelitian ini yaitu pelaksanaan *Activity Daily Living*.

2. Variabel terikat (dependen)

Variabel terikat (dependen) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain atau merupakan variabel respon atau *output*, yang berarti variabel ini akan muncul sebagai akibat dari manipulasi suatu variabel-variabel independen (Nursalam, 2011). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah harga diri pada pasien harga diri rendah.

Definisi Operasional pada Penelitian ini adalah sebagai berikut :

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Variabel independen : Pelaksanaan <i>activity dailiy living</i> .	Kegiatan pasien sehari-hari untuk memenuhi kebutuhan.	Kuesioner pernyataan nomor 1-14	0 : Tidak dilaksanakan jika median < 10 1 : Dilaksanakan jika median 10	Ordinal

Variabel dependen: Harga diri pada pasien harga diri rendah	Penilaian individu (pasien) tentang nilai diri yang diperoleh seberapa baik perilaku memenuhi ideal diri.	Kuesioner a. Kemampuan personal : pernyataan nomor 15-27 b. Keyakinan positif : pernyataan nomor 28-35.	0: Harga diri negatif jika mean < 13,77 1: Harga diri positif jika mean 13,77	Ordinal
---	---	---	--	---------



BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Pada penelitian ini menggunakan rancangan *Descriptive Correlation* yaitu penelitian yang bertujuan untuk mengungkapkan hubungan korelatif antara variabel independen dan variabel dependen (Nursalam, 2011), dengan metode pendekatan *Cross Sectional* yaitu penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada suatu saat (Nursalam, 2011). Artinya tidak semua subjek penelitian harus diobservasi pada hari atau pada waktu yang sama, akan tetapi baik variabel independen maupun variabel dependen dinilai hanya satu kali saja. Dalam penelitian ini akan diperoleh prevalensi atau efek suatu fenomena (harga diri pada pasien harga diri rendah) dihubungkan dengan penyebab (pelaksanaan *activity daily living*).

B. Populasi dan Sampel

Populasi adalah keseluruhan dari unit didalam pengamatan yang akan kita lakukan (Hastono, 2010). Populasi penelitian merupakan keseluruhan (*universum*) dari obyek penelitian yang dapat berupa manusia, hewan, tumbuh-tumbuhan, udara, gejala, nilai, peristiwa, sikap hidup, dan sebagainya. Sehingga objek-objek ini dapat menjadi sumber data penelitian. Populasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah Pasien dengan masalah

utama harga diri rendah yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda yang dirawat di ruang Tiung, ruang Enggang, ruang Gelatik, ruang Punai dan ruang Belibis. Data populasi yang didapatkan dari instalasi rawat inap pada bulan Desember 2014 berjumlah 47 orang.

Sampel adalah merupakan bagian populasi yang akan diteliti (Prasetyo, 2005). Teknik pengambilan *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling*. *Total Sampling* karena semakin banyak sampel maka hasil penelitian akan lebih representatif (Nursalam, 2011). Pada saat pelaksanaan penelitian yang dilakukan pada bulan April 2015 didapatkan sampel sebanyak 35 pasien yang mengalami harga diri rendah sesuai kriteria inklusi dan eksklusi seperti yang tertera dibawah ini:

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum setiap penelitian dari suatu populasi suatu target dan terjangkau untuk diteliti atau karakteristik sampel yang layak diteliti (Nursalam, 2011). Adapun kriteria inklusi sampel yang akan diteliti adalah

- a. Pasien rawat inap di RSJD AHM Samarinda yang masih mengalami harga diri rendah.
- b. Pasien yang telah berhasil mendapatkan asuhan keperawatan minimal SP 1 harga diri rendah.
- c. Pasien dapat diajak kerjasama (kooperatif).
- d. Usia maksimal 55 tahun

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah keadaan yang menyebabkan subyek memenuhi kriteria inklusi namun tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian yang meliputi:

- a. Pasien dengan masalah harga diri rendah tapi dalam kondisi gelisah, perilaku agresif atau mengamuk.
- b. Pasien yang berada di ruang isolasi atau dalam keadaan fiksasi.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian telah dilakukan di RSJD AHM Samarinda yaitu ruang Tiung, ruang Enggang, ruang Gelatik, ruang Punai dan ruang Belibis. Rumah Sakit ini dipilih sebagai tempat penelitian karena rumah sakit ini sebagai pusat rujukan Psikiatri, yang memberikan pelayanan pengobatan dan rehabilitasi pasien dengan gangguan jiwa di wilayah Kalimantan Timur.

2. Waktu Penelitian

Waktu Penelitian telah dilakukan dilakukan selama 1 bulan pada bulan April 2015.

D. Alat dan Pengumpul Data

Pada penelitian ini digunakan beberapa alat ukur. Adapun alat ukur yang digunakan adalah :

1. Alat ukur pelaksanaan *activity daily living*

Keberhasilan subyek penelitian dalam melakukan ADL diukur berdasarkan kriteria dilaksanakan dan tidak dilaksanakan dengan menggunakan alat lembar kuesioner.

2. Alat ukur harga diri pada pasien harga diri rendah

Berupa lembar kuesioner berbentuk pertanyaan terbuka tentang harga diri positif atau negatif yang dialami pasien sesudah pelaksanaan ADL. Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian adalah kuesioner.

Instrumen penelitian ini terdiri atas dua bagian:

1. Data karakteristik responden yang berisikan nomer responden, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan.
2. Lembar kuesioner yang berisikan tentang pernyataan pelaksanaan pasien dalam menjalankan ADL yang terdiri dari 14 item dan kuesioner tentang pernyataan harga diri pada pasien harga diri rendah yang terdiri dari 21 item. Kuesioner ini disusun dan dikembangkan oleh peneliti

berdasarkan penggolongan ADL menurut Sugiarto (2005) terdiri dari ADL dasar yang berhubungan dengan merawat diri (pernyataan no 2), ADL instrumental yang berhubungan dengan alat penunjang untuk pemenuhan kebutuhan (pernyataan no 4, 5, 6 dan 7), ADL Vokasional yang berhubungan dengan kegiatan (pernyataan no 3, 10, 11, 12, 13, 14 dan 15) dan ADL non vokasional yang berhubungan dengan mengisi waktu luang (pernyataan no 8 dan 9). Pilihan jawaban pada pedoman

kuesioner adalah “ya dan tidak” dengan penilaian 0 jika pasien tidak melaksanakan dan 1 jika pasien melaksanakan. Semua pernyataan bersifat *favorable*. Lembar kuesioner yang berisikan tentang harga diri positif atau negatif yang dialami pada pasien HDR setelah pelaksanaan ADL yang terdiri dari 21 pernyataan yaitu 13 pernyataan kemampuan personal dan 8 pernyataan keyakinan positif. Kuesioner ini peneliti susun berdasarkan tindakan keperawatan pada pasien harga diri rendah menurut Keliat (2009). Dari 21 pernyataan ada 13 pernyataan *favorable* (nomor 17, 18, 19, 20, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 39, 40 dan 41) dan 8 pernyataan *unfavorable* (nomor 22, 23, 26, 27, 31, 37, 42 dan 43). Pilihan jawaban pada pedoman kuesioner adalah berbentuk “ya dan tidak”. Pada pernyataan *favorable*, “ya” nilainya 1 dan tidak nilainya 0. Pada pernyataan *unfavorable*, “ya” nilainya 0 dan tidak nilainya 1.

Tabel 4.1 Pernyataan *Favorable* dan *Unfavorable*

Kuesioner Harga Diri pada Pasien Harga Diri Rendah	Pernyataan <i>Favorable</i>	Pernyataan <i>Unfavorable</i>
1. Kemampuan Personal	17, 18, 19, 20, 28, 29, 30 dan 33.	22, 23, 26, 27 dan 31.
2. Keyakinan Positif	35, 36, 39, 40 dan 41.	37, 42 dan 43.

E. Uji Validitas Dan Reabilitas

1. Uji validitas

Validitas didefinisikan sebagai ukuran seberapa cermat suatu test melakukan fungsi ukurnya (Riwidikdo, 2006). Test hanya dapat melakukan fungsinya kalau ada “sesuatu” yang diukurnya. Validitas

adalah ukuran yang menunjukkan sejauh mana instrumen pengukur mampu mengukur apa yang ingin diukur.

Uji validitas kuesioner penelitian ini telah dilakukan di ruang Elang dan ruang Pergam RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda, dengan jumlah peserta sebanyak 20 orang (Notoatmodjo, 2005). Ruang tersebut dipilih karena mempunyai karakteristik yang sama dengan tempat yang akan peneliti lakukan. Uji validitas ini telah dilakukan pada bulan Maret 2015.

Menurut Riyanto (2012), uji validitas kuesioner jika butir pertanyaan menggunakan skala *Guttman* maka diolah dengan menggunakan rumus *Koefisien Korelasi Biserial*, yaitu :

$$r_{bis(i)} = \frac{(X_i - X_t) \sqrt{\frac{p_i}{q_i}}}{S_t}$$

Keterangan :

$r_{bis(i)}$: koefisien korelasi biserial antara skor butir soal nomor i dengan skor total.

X_i : rata-rata skor total responden yang menjawab benar pertanyaan nomor i

X_t : rata-rata skor total semua responden

S_t : standar deviasi skor total semua responden

p_i : proporsi jawaban yang benar untuk butir nomor i

q_i : proporsi jawaban yang salah untuk butir soal nomor i

Keputusan Uji :

Bila r hitung (r biserial) konstanta (0,6), maka pernyataan tersebut valid. Bila r hitung (r biserial) < konstanta (0,6), maka pernyataan tidak valid. Menurut Sekaran (2003) konstanta 0,6 merupakan validitas tinggi (baik).

Pada hasil uji validitas yang telah dilakukan pada tiap-tiap kuesioner hasil yang didapatkan valid dan tidak valid yaitu :

a. Uji validitas kuesioner ADL

Tabel 4.2 Hasil Uji Validitas Variabel ADL

No	Item	R-hitung	R tabel	Keterangan
1	ADL1	0.1724	0,6	Tidak Valid
2	ADL2	0.7287	0,6	Valid
3	ADL3	0.7526	0,6	Valid
4	ADL4	0.5493	0,6	Valid
5	ADL5	0.5625	0,6	Valid
6	ADL6	0.6924	0,6	Valid
7	ADL7	0.8490	0,6	Valid
8	ADL8	0.6137	0,6	Valid
9	ADL9	0.7414	0,6	Valid
10	ADL10	0.7959	0,6	Valid
11	ADL11	0.5837	0,6	Valid
12	ADL12	0.6679	0,6	Valid
13	ADL13	0.7694	0,6	Valid
14	ADL14	0.7429	0,6	Valid
15	ADL15	0.8755	0,6	Valid
16	ADL16	0.1412	0,6	Tidak Valid

Pada item kuesioner no 1 dan 16 nilai r hitung lebih kecil dari r tabel sehingga tidak valid. Item soal kuesioner yang tidak valid ini dikeluarkan. Sedangkan pada item kuesioner no 4, 5, dan 11 diambil sebagai data yang valid tetapi pernyataan pada no item tersebut diganti.

b. Uji validitas kuesioner HDR

Tabel 4.3 Hasil Uji Validitas Variabel HDR

No	Item	R-hitung	R tabel	Keterangan
17	HDR17	0.8436	0,6	Valid
18	HDR18	0.9545	0,6	Valid
19	HDR19	0.5804	0,6	Valid
20	HDR20	0.8652	0,6	Valid
21	HDR21	0.1556	0,6	Tidak Valid
22	HDR22	0.9084	0,6	Valid
23	HDR23	0.8976	0,6	Valid
24	HDR24	0.5009	0,6	Tidak Valid
25	HDR25	0.2719	0,6	Tidak Valid
26	HDR26	0.8976	0,6	Valid
27	HDR27	0.8652	0,6	Valid
28	HDR28	0.7485	0,6	Valid
29	HDR29	0.9084	0,6	Valid
30	HDR30	0.8652	0,6	Valid
31	HDR31	0.7928	0,6	Valid
32	HDR32	0.2267	0,6	Tidak Valid
33	HDR33	0.5866	0,6	Valid
34	HDR34	0.2414	0,6	Tidak Valid
35	HDR35	0.8593	0,6	Valid
36	HDR36	0.8164	0,6	Valid
37	HDR37	0.8164	0,6	Valid
38	HDR38	0.9084	0,6	Valid
38	HDR39	0.0123	0,6	Tidak Valid
40	HDR40	0.9545	0,6	Valid
41	HDR41	0.8652	0,6	Valid
42	HDR42	0.8976	0,6	Valid
43	HDR43	0.8436	0,6	Valid

Pada item kuesioner no 21, 24, 25, 32, 34, dan 38 nilai r

hitung lebih kecil dari r tabel sehingga tidak valid. Sedangkan pada item kuesioner no 19 dan 33 diambil sebagai data yang valid tetapi pernyataan pada no item tersebut diganti.

2. Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Alat dan cara mengukur atau mengamati

sama-sama memegang peranan yang penting dalam waktu yang bersamaan.

Menurut Riyanto (2012), untuk mengetahui tingkat reliabilitas suatu kuesioner dengan menggunakan skala *guttman* atau berbentuk pertanyaan “ya” dan “tidak”, maka uji reliabilitasnya dengan menggunakan rumus KR-20, sebagai berikut :

$$r_{ii} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum p_i \cdot q_i}{s_t^2} \right]$$

Keterangan :

r_{ii} = Koefisien reliabilitas tes

k = cacah butir

$P_i \cdot q_i$ = Varians skor butir

P_i = Proporsi jawaban yang benar untuk butir nomor i

q_i = Proporsi jawaban yang salah untuk butir nomor i

s_t^2 = varians skor total

Keputusan Uji

a. Bila nilai KR-20 \geq konstanta (0,6), maka pernyataan reliabel.

b. Bila nilai KR-20 $<$ konstanta (0,6) maka pernyataan tidak reliabel.

Setelah uji validitas dilakukan langkah selanjutnya adalah melakukan uji realibilitas dengan hasil sebagai berikut

a. Uji reliabilitas kuesioner ADL

Hasil yang diperoleh kuesioner tentang ADL nilai KR-20 adalah 0,96 lebih besar dari konstanta (0,6), sehingga semua item sangat reliabel.

b. Uji reliabilitas kuesioner HDR

Hasil yang diperoleh kuesioner tentang HDR nilai KR-20 adalah 0,99 lebih besar dari konstanta (0,6), sehingga semua item sangat reliabel.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011). Metode yang digunakan untuk mengumpulkan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Peneliti meminta surat izin penelitian kepada Stikes Wiyata Husada Samarinda yang kemudian di serahkan kepada RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
2. Peneliti mengidentifikasi semua klien yang mendapat diagnosa keperawatan harga diri rendah melalui catatan rekam medik masing-masing klien dan memilahnya sesuai kriteria inklusi dan eksklusi.
3. Peneliti membina hubungan saling percaya serta menjelaskan secara terperinci kepada klien tentang tujuan, manfaat penelitian, untung-rugi, serta kerahasiaan klien sebagai responden seperti yang tertera di *inform consent* (terlampir).
4. Setelah klien setuju dan menanda tangani surat persetujuan menjadi responden, peneliti membagikan kuesioner dan mendampingi responden dalam mengisinya.

G. Analisa Data

Agar analisa penelitian menghasilkan informasi yang benar, maka data diolah dengan melalui tahapan-tahapan. Menurut Nursalam (2011), tahapan-tahapan tersebut meliputi:

1. Metode Pengolahan Data

Adapun langkah-langkah dari pengolahan data meliputi:

a. *Editing*

Merupakan pengecekan kelengkapan data, diantaranya kelengkapan ketentuan identitas dan hanya mencantumkan kode saja (*anonym*), mengisi kelengkapan data yaitu memeriksa instrumen pengumpulan data dan kelengkapan isian data jika didalam instrumen terdapat sebuah atau beberapa item yang tidak dikehendaki peneliti. Yang perlu dilakukan pada saat *editing* yaitu:

- 1) Lengkap yaitu semua pertanyaan sudah terisi jawabannya
- 2) Jelas yaitu jawaban pertanyaan apakah tulisannya cukup jelas terbaca.
- 3) Relevan yaitu jawaban yang tertulis apakah relevan dengan pertanyaan
- 4) Konsisten yaitu apakah antara beberapa pertanyaan yang berkaitan isi jawabannya konsisten.

b. *Coding*

Kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Adapun cara memberi kode pada data yaitu :

- 1) Umur : 1 = 17-25 tahun, 2 = 26-35 tahun, 3 = 36-45 tahun, 4 = 46-55 tahun.
- 2) Jenis kelamin : 1 = Laki-laki, 2 = perempuan
- 3) Pendidikan : 1 = TS, 2 = SD, 3 = SMP, 4 = SMA, 5 = PT
- 4) Pekerjaan : 1= tidak bekerja, 2= bekerja
- 5) Status perkawinan : 1= belum menikah, 2= menikah, 3= duda, 4= janda
- 6) Pelaksanaan ADL: 0 = tidak dilakukan, 1 = dilakukan
- 7) Harga diri : 0 = negatif, 1= positif

c. *Entry Data*

Entry data adalah proses memasukan data yang telah di editing sebelumnya. Langkah-langkah dalam entry data yaitu :

- 1) Pada *variabel view* terdapat kolom *name*
- 2) Pada kolom *name* ketik umur
- 3) Kemudian klik di *type* kata *numeric* diganti dengan *string*
- 4) Kolom *width* biarkan angka 8
- 5) Kolom *decimal* klik angka 0
- 6) Kolom label ketik umur responden
- 7) Klik kolom *values* kemudian muncul tabel *value labels* pada

kolom value ketik 1 kemudian kolom label ketik 17-25 tahun kemudian klik *add* dan ok

- 8) Selanjutnya langkah tersebut dilanjutkan pada variabel jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status, ADL dan HDR.

Pada saat memasukkan data peneliti harus tetap teliti karena salah sekali dalam memasukkan data, maka hasil yang yang didapatkan tidak sesuai.

d. *Tabulating*

Tabulasi adalah proses penyusunan dan analisa data dalam bentuk table. Dengan memasukan data ke dalam table, akan memudahkan dalam melakukan analisis. Pembuatan suatu table sangat tergantung pada tujuan penelitian dan hipotesis yang dibuat. Setelah data dikelompokan dan ditabulasikan maka dicari frekuensi dari masing-masing variabel.

e. *Cleaning*

Merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang telah di entry apakah ada kesalahan atau tidak, dan untuk meyakinkan bahwa data yang akan dianalisis benar-benar merupakan data yang sebenarnya.

2. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Analisa ini digunakan untuk mendeskripsikan frekuensi distribusi sampel atau karakteristik responden menurut usia, jenis

kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, dan status perkawinan serta mendeskripsikan frekuensi dari masing-masing variabel, baik variabel independen maupun variabel dependen melalui persentase dan distribusi frekuensi. Dalam penelitian ini analisa univariat digunakan untuk mengetahui proporsi dari masing-masing variabel penelitian dan karakteristik responden harga diri rendah. Tingkat kepercayaan yang digunakan dalam penelitian ini adalah 95% atau $\alpha = 0,05$. Rumusnya sebagai berikut :

$$P = \frac{F}{n} \times 100\%$$

Keterangan:

P = Persentase yang dicari

F = Frekuensi sampel untuk setiap item yang diobservasi

n = Jumlah keseluruhan sampel

b. Uji Normalitas Data

Menguji apakah sebaran dari data berdistribusi normal atau tidak maka perlu diuji dengan uji statistik (Riwidikdo, 2006):

- 1) Dengan mengetahui nilai *standar skewness/ standar kurtosis*, yang diperoleh dari nilai *skewness/ kurtosis* dibagi *standar error of skewness/ standar error of kurtosis*. Apabila nilainya antara -2 sampai 2 maka dapat dikatakan bahwa data tersebut dalam distribusi normal.
- 2) Uji normalitas data dilakukan dengan menggunakan uji *one sample kolmogorov-smimov/shapiro-wilk*. Caranya dengan

melihat besarnya nilai signifikansi (*Asymp.Sig.*), apabila nilai signifikansi $> 0,05$ (:5%) maka data dalam distribusi normal. Pada penelitian ini jumlah sampel adalah 35 maka digunakan *shapiro-wilk* dengan nilai signifikansi 0,05 sehingga dapat disimpulkan data dalam distribusi tidak normal maka sebagai nilai tengah (*central tendency*) adalah median.

Setelah dilakukan uji normalitas *shapiro-wilk* diperoleh hasil sebagai berikut :

Tabel 4.4 Uji Normalitas

Variabel Penelitian	<i>shapiro-wilk</i>	Keterangan
	P value	(p) $> 0,05$
Pelaksanaan ADL	0,018	Tidak Normal
Harga Diri pada pasien HDR	0,073	Normal

Variabel ADL nilai $p = 0,018$. Karena nilai $p < 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa ADL berdistribusi tidak normal.

Variabel HDR nilai $p = 0,073$. Karena nilai $p > 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa HDR berdistribusi normal.

c. Analisa Bivariat

Sebelum dilakukan analisis data maka perlu diketahui distribusi kenormalan datanya terlebih dahulu seperti yang sudah dijelaskan diatas, jika ditemukan distribusi data tidak normal maka digunakan prosedur uji nonparametrik. Analisa bivariat digunakan untuk mencari hubungan antara variabel *independent* yaitu pelaksanaan ADL dengan variabel *dependent* yaitu harga diri pada

pasien harga diri rendah jika masing-masing data berjenis kategorik maka

$$x^2 = \sum \frac{(fo - fh)^2}{fh} \quad df = (k-1)(b-1)$$

Keterangan:

x^2 : Chi kuadrat

fo : Frekuensi yang diobservasi

fh : Frekuensi yang diharapkan

k : Jumlah kolom

b : Jumlah baris.

Syarat lain yang harus dipenuhi pada uji ini adalah:

- 1) Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai $E < 1$
- 2) Tidak boleh ada sel yang mempunyai nilai $E < 5$ lebih dari 20% dari jumlah sel.

Aturan-aturan yang berlaku pada uji ini, yaitu:

- 1) Bila table 2x2 tidak ada nilai $E < 5$ maka uji yang digunakan adalah *Continuity Correction*, dengan rumus:

$$x^2 = \sum \frac{(|O - E| - 0.5)^2}{E}$$

Keterangan :

O_i : frekuensi yang diamati

E_i : frekuensi yang diharapkan

- 2) Bila table 2x2 dijumpai nilai $E < 5$ maka digunakan *Fisher Exact Test*.

Rumus yang digunakan:

$$P_{(a,b,c,d)} = \frac{(A+B)!(C+D)!(A+C)!(B+D)}{N!(A)!(B)!(C)!(D)!}$$

- 3) Bila table lebih dari 2x2 misal 2x3,3x3 dan sebagainya maka digunakan uji *Person Chi Square*

Karena pada uji Chi Square dengan tabel 2x2 tidak ditemukan nilai $E < 5$ maka digunakanlah *Continuity Correction* dalam penelitian ini, dengan menggunakan rumus *Yet Correction* seperti yang tertera diatas.

Hasil perhitungan yang didapatkan akan dibandingkan dengan tabel nilai x^2 apabila hasil uji ternyata signifikan (P value $< 0,05$) atau x^2 hitung lebih besar x^2 dari tabel, maka terdapat hubungan yang positif / signifikan antara variabel independent dan variabel dependent.

Keputusan Uji:

- 1) Apabila P value $< a$ (0,05) dan x hitung $> x$ tabel, maka H_0 ditolak.
- 2) Apabila P value $> (0,05)$ dan x hitung $< x$ tabel, maka H_0 gagal ditolak.

F. Etika Penelitian

Etika penelitian bertujuan untuk melindungi hak-hak responden untuk menjamin kerahasiaan identitas responden dan kemungkinan terjadinya ancaman terhadap responden. Sebelum penelitian dilakukan, responden akan

dijelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta jaminan kerahasiaan responden. Setelah penjelasan diberikan dan apabila responden bersedia maka responden dipersilahkan menandatangani surat pernyataan persetujuan tersebut. Adapun penandatanganan tersebut dilakukan pada saat responden tenang, sadar, cukup waktu untuk berfikir dan memahaminya. Menurut Alimul (2007) dalam penelitian ini, peneliti akan memperhatikan etika dalam penelitian yang dilakukan dengan langkah-langkah:

1. *Informend Consent* atau lembar persetujuan ini diberikan pada responden yang diteliti yang memenuhi kriteria, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan. Subyek yang bersedia menjadi responden menandatangani lembar persetujuan untuk dijadikan sebagai responden.
2. Anonimitas yaitu untuk menjaga kerahasiaan responden, tetapi lembar persetujuan diberi kode yang hanya diketahui oleh peneliti
3. *Confidentiality* atau kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan sebagai hasil suatu penelitian.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Tempat Penelitian

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM) Samarinda berdiri pada tahun 1933 di atas tanah seluas 20.157 m² dengan nama awal Rumah Sakit Jiwa Pusat (RSJP) Samarinda yang pembangunannya di biayai oleh Kesultanan Kutai dan merupakan Rumah Keperawatan Sakit Jiwa.

Pada awalnya Rumah Sakit Jiwa Pusat (RSJP) Samarinda didirikan bersama dengan Rumah Sakit Umum ditetapkan Ketua *Bestwer College* Samarinda, tanggal 20 April 1949 No. 558/IH-9-Fed. Masalah pembiayaan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Jiwa Samarinda diserahkan oleh Kesultanan Kutai kepada Dewan Kesultanan dan Kerajaan di Kalimantan Timur. Pada tanggal 01 Januari 1951, pembiayaan diambil alih oleh pemerintah pusat. Berdasarkan surat keputusan bulan November 1951, tahun 1952 Kantor Rumah Sakit Jiwa dipisahkan dari Rumah Sakit Umum.

Struktur Organisasi berdasarkan SK Menkes No.35/Menkes/SK/IV/1978, tanggal 28 April 1978 Rumah Sakit Jiwa ditetapkan sebagai Rumah Sakit Jiwa kelas B. UPTD Rumah Sakit Jiwa Pusat Samarinda dilimpahkan kepada pemerintah daerah sesuai surat Menkes No.1732/Menkes-Kesos/XII/2000 tentang pengalihan UPTD kepada pemerintah kabupaten/kota, dan surat revisi Depkes

No.196/Menkes-Sos/III/2001, tanggal 7 Maret 2001 tentang revisi penataan kelembagaan UPTD kepada pemerintah provinsi, pengoperasian Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Samarinda dalam tahun 2001 di bawah pemerintah provinsi Kalimantan Timur. Pada tahun 2005 untuk menghilangkan stigma di masyarakat, Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Samarinda berubah nama menjadi Rumah Sakit Atma Husada Mahakam (RS AHM) dengan Surat Keputusan Gubernur No.03 tahun 2005 tanggal 17 Januari 2005.

The logo of RSJ Samarinda is a circular emblem with a red border. Inside the border, the words "RSJ SAMARINDA" are written in yellow, with "RSJ" on the left and "SAMARINDA" on the right. The center of the logo features a green field with a white flower at the top, a white book in the middle, and a yellow cross at the bottom.

Sesuai dengan Peraturan Daerah No.10 tahun 2008 tentang organisasi dan tata kerja Rumah Sakit Daerah Kalimantan Timur tanggal 23 Juli 2008 menetapkan perubahan nama Rumah Sakit Atma Husada Mahakam (RS AHM) menjadi Rumah Sakit Khusus Daerah Atma Husada Mahakam (RSKD AHM) sesuai keputusan Kementerian Kesehatan No.231/MENKES/SK/II/2011 nama Rumah Sakit Khusus Daerah Atma Husada Mahakam (RSKD AHM) berubah menjadi Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam (RSJD AHM).

Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam melaksanakan pelayanan kesehatan jiwa intramural dan ektramural serta melakukan pembinaan dan integrasi ke Puskesmas dan Rumah Sakit di provinsi Kalimantan Timur dengan cara mengirim psikiater ke Puskesmas dan Rumah Sakit umum secara berkala. Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam bertujuan memberikan pelayanan kesehatan jiwa untuk seluruh masyarakat Kaltim yang tersebar di 4 Kota dan 10 Kabupaten.

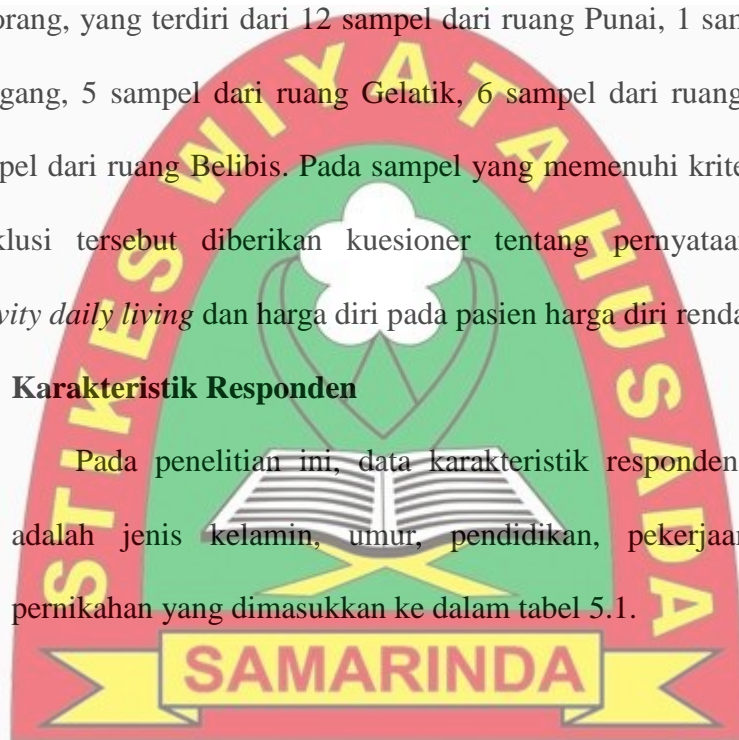
B. Hasil Analisa Data

Dalam hal ini penulis akan menjelaskan hasil penelitian penulis yaitu Hubungan Pelaksanaan *Activity Daily Living* dengan Harga Diri pada Pasien Harga Diri Rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

Penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 1 sampai dengan 30 April 2015 dengan responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi adalah 35 orang, yang terdiri dari 12 sampel dari ruang Punai, 1 sampel dari ruang Enggang, 5 sampel dari ruang Gelatik, 6 sampel dari ruang Tiung dan 11 sampel dari ruang Belibis. Pada sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi tersebut diberikan kuesioner tentang pernyataan pelaksanaan *activity daily living* dan harga diri pada pasien harga diri rendah.

1. Karakteristik Responden

Pada penelitian ini, data karakteristik responden yang diambil adalah jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, dan status pernikahan yang dimasukkan ke dalam tabel 5.1.



Tabel 5.1. Distribusi Frekuensi berdasarkan Karakteristik Responden di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda (n = 35)

NO	KARAKTERISTIK	JUMLAH	PRESENTASE
1.	Umur		
	▪ 17-25 Tahun	2	5,7
	▪ 26-35 Tahun	13	37,1
	▪ 36-45 Tahun	10	28,6
	▪ 46-55 Tahun	10	28,6
2.	Jenis Kelamin		
	▪ Laki-laki	22	62,9
	▪ Perempuan	13	37,1
3.	Pendidikan		
	▪ SD	12	34,3
	▪ SLTP	5	14,3
	▪ SLTA	13	37,1
	▪ PT	2	5,7
	▪ Tidak sekolah	3	8,6
4.	Pekerjaan		
	▪ Bekerja	14	40,0
	▪ Tidak bekerja	21	60,0
5.	Status pernikahan		
	▪ Belum menikah	16	45,7
	▪ Menikah	11	31,4
	▪ Duda	3	8,6
	▪ Janda	5	14,3

Berdasarkan tabel 5.1 di atas didapatkan data bahwa responden berdasarkan kelompok umur hampir setengahnya berusia 26-35 tahun sebanyak 13 orang (37,1%), 36-45 tahun sebanyak 10 orang (28,6%), 46-55 tahun sebanyak 10 orang (28,6%) dan 17-25 tahun sebanyak 2 orang (5,7%).

Responden berdasarkan jenis kelamin sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 22 orang (62,9%) dan hampir setengahnya berjenis kelamin perempuan sebanyak 13 orang (37,1%).

Responden berdasarkan pendidikan hampir setengahnya berpendidikan SLTA sebanyak 13 orang (37,1%), SD sebanyak 12 orang (34,3%), SLTP sebanyak 5 orang (14,3%), tidak sekolah sebanyak 3 orang (8,6%) dan Perguruan Tinggi sebanyak 2 orang (5,7%).

Responden berdasarkan pekerjaan sebagian besar responden tidak bekerja sebanyak 21 orang (60%) dan hampir setengahnya tidak bekerja sebanyak 14 orang (40%).

Responden berdasarkan status hampir setengahnya responden belum menikah sebanyak 16 orang (45,7%), menikah sebanyak 11 orang (31,4%), janda sebanyak 5 orang (14,3%) dan duda sebanyak 3 orang (8,6%).

2. Analisa Univariat

Analisa univariat dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Dalam penelitian ini variabel bebasnya adalah pelaksanaan *activity daily living* dan variabel terikat adalah harga diri pada pasien harga diri rendah.

a. Pelaksanaan *Activity Daily Living*

Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan *Activity Daily Living* Pasien Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

Pelaksanaan Activity Daily Living	Frekuensi	Prosentase
Dilaksanakan	19	54,3
Tidak dilaksanakan	16	45,7
Total	35	100

Berdasarkan tabel 5.2 di atas didapatkan data bahwa sebagian besar responden melaksanakan ADL sebanyak 19 orang (54,3%) dan hampir setengahnya yang tidak melaksanakan sebanyak 16 orang (45,7%).

b. Harga Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah

Tabel 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Harga Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda

Harga Diri pada Pasien Harga Diri Rendah	Frekuensi	Prosentase
Positif	23	65,7
Negatif	12	34,3
Total	35	100,0

Berdasarkan tabel 5.3 di atas didapatkan data bahwa sebagian besar responden memiliki harga diri rendah yang positif sebanyak 23 orang (65,7%) dan hampir setengahnya harga diri rendah yang negatif sebanyak 12 orang (34,3%).

3. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan bertujuan untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda

Tabel 5.4 Hasil Analisa Bivariat Distribusi Responden Antar Hubungan Pelaksanaan *Activity Daily Living* Dengan Harga Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah Di RSJD Husada Mahakam Samarinda

ADL	HDR				Total		OR 95% CI	P Value
	Positif		Negatif		N	%		
	N	%	N	%				
Dilaksanakan	17	89,5	2	10,5	19	100	14,167 (2,387- 84,070)	0,004
Tidak Dilaksanakan	6	37,5	10	62,5	16	100		
Total	23	65,7	12	34,3	35	100		

Berdasarkan tabel 5.4 tentang hubungan pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam menemukan ada 17 responden (89,5%) dari 19 responden ADL terlaksana dan pasien memiliki harga diri yang positif.

Ada 10 responden (62,5%) dari 16 responden ADL tidak terlaksana dan pasien memiliki harga diri yang negatif.

Pelaksanaan ADL dengan HDR pasien menemukan ada 6 reponden (37,5%) dari 16 responden ADL tidak terlaksana dan pasien memiliki harga diri yang positif. Ada 2 responden (10,5%) dari 19 responden ADL terlaksana dan pasien memiliki harga diri yang negatif.

Hasil uji statistik di peroleh p value 0,004 lebih kecil dari nilai (0,05), berarti hipotesa nol (H_0) ditolak dengan kesimpulan ada hubungan pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Husada Mahakam Samarinda.

Hasil analisis diperoleh nilai *Odds Ratio* (OR) sebesar 14,167 artinya pasien yang melaksanakan ADL berpotensi 14,167 kali lebih positif harga dirinya dibandingkan pasien yang tidak melaksanakan ADL.



BAB VI

PEMBAHASAN

Pembahasan merupakan pemikiran yang original peneliti yang dilakukan dengan mengkaitkan antara temuan penelitian dengan teori-teori (hasil penelitian terdahulu) yang digunakan.

A. Karakteristik Responden

1. Umur

Hasil penelitian yang didapatkan data bahwa responden berdasarkan kelompok umur hampir setengahnya berusia 26-35 tahun sebanyak 13 orang (37,1%), 36-45 tahun sebanyak 10 orang (28,6%), 46-55 tahun sebanyak 10 orang (28,6%) dan 17-25 tahun sebanyak 2 orang (5,7%). Kelompok umur pada penelitian ini dibagi menurut Depkes RI (2009), dimana kategori umur menurut Depkes RI adalah kelompok umur biologis yaitu perhitungan usia berdasarkan kematangan biologis yang dimiliki oleh seseorang. Kategori umur ini dimulai dari masa balita sampai dengan masa manula.

Menurut Teori Erikson, tahap dewasa awal yaitu mereka di dalam lingkungan umur 20 an ke 30 an. Pada tahap ini manusia mulai menerima dan memikul tanggung jawab yang lebih berat. Pada tahap ini juga hubungan intim mulai berlaku dan berkembang. Hal ini kemungkinan menjadi penyebab kesulitan pasien membuat keputusan secara luas tentang karir, nilai-nilai, keluarga dan hubungan, serta

tentang gaya hidup. Yang dalam hal ini akan mempengaruhi konsep diri pasien terganggu.

2. Jenis Kelamin

Hasil penelitian berdasarkan jenis kelamin sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 22 orang (62,9%) dan hampir setengahnya berjenis kelamin perempuan sebanyak 13 orang (37,1%).

Menurut Papalia (2001), satu-satunya dimensi yang menunjukkan perbedaan signifikan antara laki-laki dan perempuan adalah dimensi hubungan positif dengan orang lain. Sejak kecil, anak laki-laki digambarkan sebagai sosok yang agresif dan mandiri, sementara itu perempuan digambarkan sebagai sosok yang pasif dan tergantung, serta sensitif terhadap perasaan orang lain.

Menurut asumsi peneliti laki-laki cenderung tidak mampu mengekspresikan masalah yang terjadi pada dirinya sehingga pasien laki-laki lebih banyak menyendiri dan membuat dirinya jauh dari lingkungan sekitarnya. Disamping itu dari hasil penelitian responden laki-laki lebih banyak dikarenakan pasien laki-laki lebih banyak dirawat dibandingkan perempuan.

3. Pendidikan

Hasil penelitian berdasarkan pendidikan hampir setengahnya responden berpendidikan SLTA sebanyak 13 orang (37,1%), SD sebanyak 12 orang (34,3%), SLTP sebanyak 5 orang (14,3%), TS

sebanyak 3 orang (8,6%) dan PT sebanyak 2 orang (5,7%).

Menurut hipotesis perkembangan saraf, perubahan patologis gangguan ini terjadi pada awal kehidupan, mungkin sekali akibat pengaruh genetik, dan kemudian dimodifikasi oleh faktor maturasi dan lingkungan (Maramis & Maramis, 2009). Hal ini kemungkinan menjadi sebab kesulitan bagi pasien dalam belajar sehingga pasien hanya dapat bersekolah sampai Sekolah Dasar saja.

Selain itu menurut Lazarus dan Folkman (1984), dalam Nasir dan Muhith (2011) strategi koping dipengaruhi oleh keyakinan atau pandangan positif, ketrampilan memecahkan masalah, ketrampilan sosial, dukungan sosial dan kesehatan fisik. Sehingga bila individu tak memiliki kemampuan atau faktor tersebut akan berdampak pada konsep dirinya.

4. Pekerjaan

Hasil penelitian berdasarkan pekerjaan sebagian besar responden tidak bekerja sebanyak 21 orang (60%) dan hampir setengahnya bekerja sebanyak 14 orang (40%).

Hal ini kemungkinan disebabkan oleh kesulitan pasien untuk menemukan pekerjaan yang sesuai dengan keadaannya. Menurut Maramis & Maramis (2009), penderita dapat bekerja lagi tergantung pada keadaannya setelah pengobatan berjalan beberapa bulan, kemudian dianjurkan bekerja di tempat yang tanggung jawabnya kurang atau mungkin dapat menyesuaikan diri dengan pekerjaan yang lebih

sederhana.

Menurut Buchanan (2001) pasien yang tidak memiliki pekerjaan kebanyakan meluangkan waktu untuk tidak melakukan apapun. Dalam hal ini keluarga harus memberikan dukungan nyata meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti, pelayanan, bantuan finansial, material berupa bantuan nyata, dimana benda atau jasa yang diberikan akan membantu memecahkan masalah, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, menyediakan transportasi, menjaga dan merawat saat sakit, menyediakan peralatan yang dibutuhkan oleh penderita gangguan jiwa dan menyediakan obat-obatan yang dibutuhkan. Pada dukungan nyata keluarga merupakan sumber untuk mencapai tujuan praktis dan konkrit.

Menurut asumsi peneliti pasien yang tidak memiliki pekerjaan harus diberikan dukungan dan motivasi agar mampu memanfaatkan waktu dengan melakukan kegiatan yang bermanfaat.

5. Status

Hasil penelitian status hampir setengahnya responden belum menikah sebanyak 16 orang (45,7%), menikah sebanyak 11 orang (31,4%), janda sebanyak 5 orang (14,3%) dan duda sebanyak 3 orang (8,6%). Status perkawinan seseorang mempengaruhi kemampuan seseorang untuk melakukan *activity daily living* dimana seseorang yang belum menikah membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, atau pengawasan.

Menurut Stuart (2009) adalah ketidakmampuan mengungkapkan keinginan, termasuk keinginan hidup berumah tangga. Berdasarkan pendapat ini dapat dikatakan klien merasa frustrasi dengan kondisinya yang sendiri dan merasa iri jika melihat orang pacaran dan menikah, Klien merasa malu dan marah pada diri sendiri, orang lain dan lingkungan. Jika dikaitkan dengan usia, klien berada dalam rentang dewasa muda dimana klien mempunyai tugas perkembangan yang harus dilalui yaitu mengembangkan hubungan intim dengan lawan jenis dalam ikatan pernikahan. Tidak terpenuhinya atau kegagalan dalam memenuhi tugas perkembangan ini merupakan stresor bagi individu yang berujung pada kurang terpenuhinya kebutuhan *activity daily living*.

Menurut analisis peneliti pasien harga diri rendah yang mengalami kurang terpenuhinya kebutuhan *activity daily living* diperlukan bantuan seseorang yang mampu mendampingi untuk memelihara kesehatan. Seseorang yang belum menikah perlu adanya dukungan keluarga dalam merawat dirinya sendiri.

B. Analisa Univariat

1. Pelaksanaan *Activity Daily Living* Pasien

Hasil penelitian didapatkan data bahwa sebagian besar responden melaksanakan ADL sebanyak 19 orang (54,3%) dan hampir setengahnya yang tidak melaksanakan sebanyak 16 orang (45,7%).

ADL adalah aktivitas perawatan diri yang harus pasien lakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari.

Menurut Hardywinoto & Setiabudi, 2005 (dalam Suparyanto, 2012) ADL adalah kegiatan melakukan kegiatan rutin sehari-hari dan merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. Sedangkan menurut Sugiarto, 2005 (dalam Suparyanto, 2012) ADL adalah ketrampilan

dasar dan tugas okupasional yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya secara mandiri sehari-hari dengan tujuan untuk memenuhi sesuai peran sebagai pribadi dalam keluarga dan masyarakat.

2. Harga Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah

Hasil penelitian didapatkan data bahwa sebagian besar responden memiliki harga diri rendah yang positif sebanyak 23 orang (65,7%) dan hampir setengahnya harga diri rendah yang negatif sebanyak 12 orang (34,3%). Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (Riyadi & Purwanto, 2009).

Menurut Stuart & Sundeen (2008) harga diri adalah penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang dengan ideal diri. Dari beberapa pendapat tersebut dapat disimpulkan bahwa harga diri adalah penilaian individu terhadap perilaku memenuhi ideal diri.

C. Analisa Bivariat

Uji statistik penelitian dilakukan dengan menggunakan analisis *Chi-Square* dan diperoleh data antara Pelaksanaan ADL dan harga diri pada pasien HDR terdapat hubungan yang signifikan ($p\ value\ 0.004 < 0.05$).

Hal ini sesuai teori Purba (2008), ada empat cara dalam meningkatkan harga diri yaitu ; Memberikan kesempatan berhasil, menanamkan gagasan, mendorong aspirasi dan membantu membentuk coping. Pada pasien HDR mengalami ketidakmampuan mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki. Sehingga dilakukan upaya membantu klien mengembangkan mekanisme coping yang adaptif, salah satu cara tersebut dengan pelaksanaan ADL.

Demikian pula dengan teori menurut Peplau dan Sullivan dalam Yosep (2009) mengatakan bahwa harga diri berkaitan dengan pengalaman interpersonal, dalam tahap perkembangan dari bayi sampai lanjut usia.

Berdasarkan hasil penelitian ini pada hubungan pelaksanaan ADL dengan harga diri pada pasien harga diri rendah sebanyak 17 responden (89,5%) dari 19 responden ADL terlaksana dan pasien memiliki harga diri yang positif. Ada 10 responden (62,5%) dari 16 responden ADL tidak terlaksana dan pasien memiliki harga diri yang negatif.

Pelaksanaan ADL dengan harga diri pada pasien harga diri rendah menemukan ada 6 reponden (37,5%) dari 16 responden ADL tidak terlaksana dan pasien memiliki harga diri yang positif. Menurut asumsi peneliti hal ini karena pada beberapa pasien tersebut dirawat di ruang kelas

dengan fasilitas yang lebih memadai dan kamar yang lebih kondusif dibandingkan di ruang bangsal, sehingga rasa nyaman mereka terpenuhi dan ada kecenderungan enggan melakukan ADL vokasional dan non vokasional. Di sisi lain dukungan keluarga terhadap pasien maupun kesempatan pasien berinteraksi dengan perawat ataupun dengan pasien lain lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang dirawat di ruang bangsal. Dalam hal ini faktor-faktor tersebut akan lebih mempermudah merubah pandangan terutama keyakinan positif responden.

Pada hasil penelitian terdapat 2 responden (10,5%) dari 19 responden ADL terlaksana dan pasien memiliki harga diri yang negatif. Menurut analisa peneliti dalam hal ini terjadi pada responden yang telah dirawat bertahun-tahun yang tidak mempunyai keluarga dan sehari-hari mereka telah rutin melakukan kegiatan untuk kebutuhannya sendiri maupun untuk keperluan bersama dengan pasien lain. Pada pasien tersebut mampu mengenal kemampuan positif yang dimiliki tetapi tidak mampu dalam hal keyakinan positif karena merasa tidak ada lagi dukungan keluarga, merasa hidup tidak berarti lagi dan meyakini seumur hidup di Rumah Sakit.

Menurut Robbins (2000, dalam <http://www.digilib.petra.ac.id>) dalam kemampuan bisa merupakan kesanggupan bawaan sejak lahir, atau merupakan hasil latihan atau praktek. Robbin menyatakan bahwa kemampuan terdiri dari dua faktor, yaitu : Kemampuan intelektual (*Intellectual ability*) adalah merupakan kemampuan melakukan aktivitas secara mental dan kemampuan fisik (*physical ability*) adalah merupakan

kemampuan melakukan aktivitas berdasarkan stamina kekuatan dan karakteristik fisik.

Penelitian lain yang memiliki kesimpulan yang sama dengan penelitian ini adalah penelitian yang dilakukan oleh Pangga (2013) yang berjudul Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi pada Pasien Harga Diri Rendah terhadap Kemampuan Pasien dalam Meningkatkan Harga Diri, dengan hipotesa yang didapat bahwa penerapan strategi pelaksanaan komunikasi harga diri rendah dapat membantu meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor pasien dalam meningkatkan harga diri.

Perbedaannya dalam hal ini adalah pada penelitian tersebut pasien untuk meningkatkan harga diri dimulai dari pengetahuan pasien dalam menyebutkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki, menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan pertama yang akan dilatih. Setelah itu, pasien diajarkan latihan kemampuan pertama dan kedua yang telah dipilih, melaksanakan kemampuan yang telah dilakukan dan melakukan kegiatan sesuai jadwal pelaksanaan kemampuan. Sedangkan pada penelitian ini peneliti langsung menilai pada pelaksanaan ADL pada pasien HDR.

Pelaksanaan ADL yang dimaksud dalam penelitian ini tidak sekedar ADL dasar yaitu kemampuan merawat diri, tetapi juga ADL instrumental yang berhubungan dengan penggunaan alat, ADL vokasional yang berhubungan dengan kegiatan dan ADL non vokasional yang berhubungan

dengan rekreasi, hobby ataupun mengisi waktu luang (Sugiarto, 2005 dalam Suparyanto, 2012).

Seseorang dianggap sehat jika mereka mampu memainkan peran dalam masyarakat dan perilaku mereka pantas dan adaptif (Videback, 2008). Jadi cukup jelaslah betapa pentingnya kemampuan pelaksanaan ADL pada pasien HDR, bahwa pasien yang melaksanakan ADL, maka memiliki harga diri yang positif pula. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian dimana nilai signifikan $0.004 < 0.05$.

Maka dengan demikian berarti hipotesa nol (H_0) ditolak yaitu ada hubungan yang bermakna antara pelaksanaan ADL dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.

D. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan-keterbatasan dalam hal rancangan penelitian dan sampel penelitian, yaitu :

1. Desain penelitian yang dilakukan penelitian ini adalah non eksperimental, proses pengumpulan data menggunakan *cross sectional* dengan menggunakan kuesioner. Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam menentukan hubungan sebab akibat, sehingga hanya menggambarkan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen saja.
2. Sampel yang diambil adalah sampel yang berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi dimana pasien HDR tiap-tiap ruangan jarang ditemukan

sehingga penelitian ini menggunakan sampel dengan teknik total sampling yang kuotanya tidak banyak.

3. Pada penelitian ini tidak dikaji sudah berapa lama klien mengalami riwayat gangguan jiwa. Karena pada klien yang mengalami gangguan jiwa kronis, prognosa menjadi lebih buruk.
4. Pada penelitian ini juga tidak dikaji tentang penggunaan obat-obatan

anti psikotik dan lama pemakaian maupun jenisnya, karena anti psikotik bekerja pada gejala target pasien, misalnya pikiran waham, serangan panik, antidepresan, penstabil *mood*, ataupun ansietas (Maramis & Maramis, 2009).



BAB VII

PENUTUP

Pada bab ini akan disajikan tentang kesimpulan hasil penelitian dan saran yang perlu ditindak lanjuti dari hasil penelitian ini.

A. Kesimpulan

Berdasarkan tujuan penelitian yang telah dibuat maka dapat ditarik suatu kesimpulan, antara lain

1. Karakteristik berdasarkan 35 responden hampir setengahnya responden berusia 26-35 tahun sebanyak 13 orang (37,1%), sebagian besar berjenis kelamin laki-laki 22 orang (62,9%), berpendidikan SLTA sebanyak 13 orang (37,1%), sebagian besar responden tidak bekerja 21 orang (60%) dan status sebagian besar responden belum menikah sebanyak 16 orang (45,7%).
2. Pelaksanaan ADL pasien sebagian besar responden melaksanakan ADL sebanyak 19 orang (54,3%) dan yang tidak melaksanakan sebanyak 16 orang (45,7%).
3. Harga diri pasien sebagian besar responden memiliki harga diri rendah yang positif sebanyak 23 orang (65,7%) dan harga diri rendah yang negatif sebanyak 12 orang (34,3%).
4. Hasil uji hipotesa nol (H_0) ditolak yaitu ada hubungan pelaksanaan *activity daily living* dengan harga diri pada pasien harga diri rendah di RSJD Husada Mahakam Samarinda (p value 0,004).

B. Saran

1. Bagi RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda
 - a. Dukungan rumah sakit jiwa terhadap program-program rehabilitasi seperti sarana dan dana sangat diperlukan untuk meningkatkan ketrampilan atau kemampuan positif yang dimiliki pasien gangguan jiwa.
 - b. Program *home visite* tidak hanya dilakukan pada pasien-pasien yang tidak pernah kontrol, tetapi juga dapat dilakukan pada klien yang mengalami harga diri rendah.
2. Bagi Perawat Pelaksana di RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda.
 - a. Agar pasien mampu meningkatkan harga diri mereka baik secara kognitif maupun psikomotor secara mandiri maka perlu dilakukan latihan setiap hari secara terjadwal sehingga tindakan yang dilakukan menjadi budaya pasien untuk meningkatkan harga diri mereka. Jadwal yang telah ditetapkan bersama pasien akan dievaluasi oleh perawat secara terus-menerus hingga pasien mampu melakukan secara mandiri.
 - b. Mempertahankan menghindari pemberian penilaian negatif setiap bertemu klien dan mengutamakan pemberian pujian yang realistis karena harga diri akan semakin rendah jika kehilangan kasih sayang dan penghargaan dari orang lain.

- c. Berikan pasien bimbingan konseling untuk belajar menyukai diri sendiri yang berarti menerima diri apa adanya, dan belajar untuk mengembangkan potensi yang dimiliki.
- d. Berikan pasien bimbingan belajar untuk hidup mandiri, tidak tergantung dengan orang lain, sehingga pasien tidak rentan terhadap penolakan.

3. Bagi Institusi Pendidikan Stikes Wiyata Husada Samarinda

Diharapkan institusi pendidikan dapat mengembangkan cara-cara atau tindakan yang dapat meningkatkan kemampuan perawatan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari pada klien gangguan jiwa termasuk klien skizofrenia terutama pasien HDR.

4. Bagi responden

Diharapkan responden memiliki motivasi untuk dapat belajar selalu menghargai diri sendiri dan lebih percaya diri dalam memenuhi kebutuhan ADL.



DAFTAR PUSTAKA

Alimul, A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Tehnik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Arya, D. P. (2013) Pengaruh Strategi Pelaksanaan Komunikasi Pada Pasien Harga Diri Rendah Terhadap Kemampuan Pasien Dalam Meningkatkan Harga Diri. *Skripsi*. Semarang. UNIMUS. Dipublikasikan.

Buchanan, R.W., & Carpenter, T.W. (2001). *Schizophrenia: Introduction and overview. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, Inc

Carpenito, L.J. (2000). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan. Edisi 8*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Dariuszky, G. (2004). *Membangun harga diri*. Bandung. CV Pionir Jaya.

Depkes RI. (2009). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta

Djarmiko (2009). *Berbagai Indikator Taraf Kesehatan jiwa Masyarakat*. <http://fmpkj-samarinda.blogspot.com>, diperoleh tanggal 18 desember 2014.

Fitria, N. (2009). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan SP dan LP*. Jakarta : Salemba medika.

Hastono (2010) *Statistik Kesehatan*. Jakarta : Rajagrafindo Persada.

Jein, S. (2012). Hubungan konsep Diri dengan Activity Daily Living pada Klien Harga Diri Rendah di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. *Skripsi*. Universitas Kristen Satya Wacana Salatiga.

Kaplan & Shaddock's (2007). *Synopsis of Psichiatry : Behavioral Sciences/ ClinicalPsichiatri. 10th Edition: Jilid1* : Lippincott Williams & Wilkins.

Keliat, B.A. (2006). *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa : Edisi 2*. Jakarta : EGC.

Keliat, B.A & Akemat (2009). *Model Praktik Keperawatan Propesional Jiwa*. Jakarta : EGC.

Kusumawati & Hartono (2010). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.

Lazarus RS, Folkman S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York : Springer Publishing Company

Maramis. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.

NANDA Internasional. (2009-2011). *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi*. Jakarta : EGC.2010

Nasir, dkk. (2011). *Komunikasi Dalam keperawatan teori dan Aplikasi*. Jakarta :Penerbit Salemba Medika.

Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineke Cipta.Notoatmodjo.

Nursalam (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

Papalia. (2001). **“Human Development”**, 11th ed., McGraw- Hill, Boston.

Prasetyo.B (2005) *Metode Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.

Rahmawati. (2006). Harga Diri Pada Remaja Obesitas.

Tesis.(<http://www.psikologi-unas.com>. Diakses 27 Desember 2014.

Riwidikdo, H. (2006). *Statistik Kesehatan*. Jogjakarta : Mitra Cendekia

Riyanto, Y. M. 2012. *Metodologi Penelitian Pendidikan*. Surabaya : SIC

Riyadi, S, Purwanto, T. (2009). *Asuhan Keperawatan Jiwa. Edisi Pertama*. Yogyakarta : Graha Ilmu:167

Setiabudhi, T. & Hardywinoto. (2005). *Panduan Gerontologi Tinjauan dari Berbagai Aspek: Menjaga Keseimbangan Kualitas Hidup Para Lanjut Usia*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Siregar, S. (2010). *Statistik deskriptif untuk penelitian*. Jakarta: Rajagrafindo Persada.

Suparyanto. (2012). *Konsep ADL(Activity Daily Living)*. Hptt://www. Google com/2012. Diakses tanggal 8 Januari 2015.

Stuart. (2009). *Buku saku keperawatan jiwa*. (Edisi 5). Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC

Stuart, GW dan Sundeen, S.J. (2008). *Buku Saku Keperawatan Jiwa, edisi 3*. Penerbit : Buku Kedokteran. Jakarta : EGC.2008:84

UU Kesehatan No. 36 Tahun 2009. Bandung. Fokusmedia

Videbech, S.L (2006). *Psichiatric Mental Hearth Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN.

Yosep I. (2007). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.

PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Susi Indaryanti

NIM : 13.1122.354.01

Saya adalah mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda jurusan S1 Keperawatan yang akan melakukan penelitian berjudul “Hubungan Pelaksanaan *Activity Daily Living* dengan Harga Diri pada Pasien Harga Diri Rendah Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya hubungan aktivitas kegiatan sehari-hari dengan harga diri pada pasien harga diri rendah. Manfaat penelitian ini adalah untuk meningkatkan pengembangan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki terhadap harga diri pasien. Dan dapat dimanfaatkan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan seni keperawatan serta sebagai dasar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Prosedur penelitian ini adalah dengan menjawab pertanyaan yang diajukan sesuai dengan kenyataan yang dialami.

Penelitian ini tidak memiliki akibat yang membahayakan bagi responden yang bersangkutan, informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan serta tidak dipergunakan untuk maksud lain.

Apabila saudara bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, maka saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan yang disertakan bersama surat ini, namun bila tidak berkenan maka peneliti menghormati keputusan tersebut dan tidak ada sangsi apapun. Atas partisipasi saudara, saya ucapkan terima kasih.

Samarinda, April 2015

Peneliti

(Susi Indaryanti)

PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Susi Indaryanti

NIM : 13 1122 354 01

Saya adalah mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda jurusan S1 Keperawatan yang akan melakukan penelitian berjudul “Hubungan Pelaksanaan *Activity Daily Living* dengan Harga Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah di Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda”.

Prosedur penelitian ini adalah dengan menjawab pertanyaan yang diajukan sesuai dengan kenyataan yang dialami.

Penelitian ini tidak akan mengakibatkan kerugian apapun karena semua informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dijamin kerahasiaannya.

Apabila Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, maka saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan yang disertakan bersama surat ini.

Atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Samarinda, April 2015

Peneliti

(Susi Indaryanti)

**Lembar Kuesioner pelaksanaan *Activity Daily Living* dan harga diri pada pasien
harga diri rendah Sebelum Uji Validitas dan Reliabilitas**

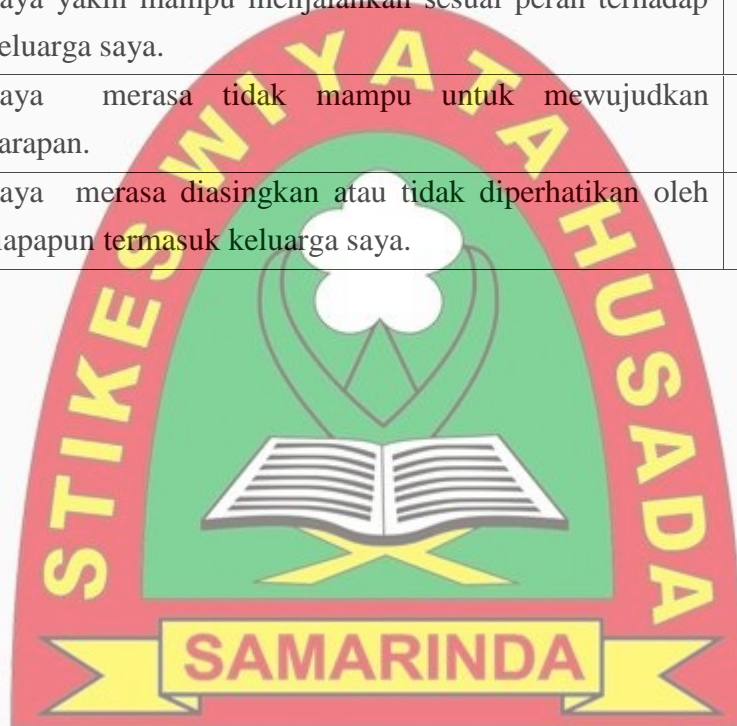
Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda Check list ($\sqrt{\quad}$) pada jawaban yang anda anggap paling tepat.

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1.	Saya mandi 2x sehari untuk membersihkan badan.		
2.	Berganti baju dan berdandan selalu saya lakukan setelah mandi.		
3.	Saya merapikan tempat tidur setelah bangun tidur.		
4.	Saya menyapu kamar yang saya tempati.		
5.	Saya menyiram WC setelah saya BAK/ BAB		
6.	Sebelum makan saya persiapkan alat makan saya.		
7.	Setelah makan peralatan makan saya bersihkan.		
8.	Saya menonton TV di ruangan.		
9.	Saat waktu luang saya juga suka ngobrol dengan pasien lain		
10.	Setiap hari saya ngobrol dengan perawat ruangan.		
11.	Saya mengikuti kegiatan kelompok bersama pasien lain yang dipimpin oleh petugas.		
12.	Saya mengikuti kegiatan rehabilitasi.		
13.	Saya mengungkapkan masalah pada dokter atau perawat.		
14.	Saya mengikuti kegiatan ruangan mengambil persediaan minum di Instalasi dapur		
15.	Saya melatih kegiatan yang diajarkan perawat.		
16.	Saya minum obat secara teratur.		

	Kemampuan Personal		
17.	Saya mengetahui dengan kelebihan yang saya miliki.		
18.	Saya berminat untuk mengembangkan potensi kemampuan itu.		
19.	Saya menerima dengan yang telah saya capai/ raih.		
20.	Saya merasa bangga pada kemampuan saya saat ini.		
21.	Saya merasa benci pada diri sendiri.		
22.	Saya mudah merasa bersalah dan sering mengucapkan kata maaf.		
23.	Saya merasa cepat jenuh saat ngobrol dengan orang lain.		
24.	Saat ngobrol saya lebih suka menunduk.		
25.	Saya senang bercerita tentang kelebihan yang saya miliki.		
26.	Saya tetap mengikuti perasaan saya meskipun orang lain membantu terhadap masalah yang saya hadapi.		
27.	Saya menganggap kehidupan saya tak perlu diceritakan dengan siapapun.		
28.	Saya berusaha melatih kegiatan yang diberikan perawat.		
29.	Bila dikritik, saya menerima dengan lapang dada.		
30.	Keberhasilan yang saya raih, saya akan senang untuk menceritakannya.		
31.	Saya sering merasakan ragu-ragu saat berbicara dan terbata-bata.		
32.	Menurut saya kebersihan diri perlu dijaga.		
33.	Kegiatan kelompok menyenangkan bagi saya untuk berpartisipasi.		
	Keyakinan Positif		
34.	Saya yakin akan sembuh.		
35.	Saya yakin dengan bantuan pelayanan kesehatan.		

36.	Saya merasa berarti bagi keluarga ataupun orang lain.		
37.	Saya merasa tidak berdaya menjalani hidup ini.		
38.	Masukan pendapat dari orang lain bisa membantu masalah saya.		
39.	Saya yakin dengan keluarga yang menyayangi saya.		
40.	Saya puas dengan anggota tubuh yang saya miliki saat ini.		
41.	Saya yakin mampu menjalankan sesuai peran terhadap keluarga saya.		
42.	Saya merasa tidak mampu untuk mewujudkan harapan.		
43.	Saya merasa dasingkan atau tidak diperhatikan oleh siapapun termasuk keluarga saya.		



HASIL UJI INSTRUMEN

A. Kuesioner *Activity Daily Living*

1. Uji Validitas

No	Item	R-hitung	R tabel	Keterangan
1	ADL1	0.1724	0,6	Tidak Valid
2	ADL2	0.7287	0,6	Valid
3	ADL3	0.7526	0,6	Valid
4	ADL4	0.5493	0,6	Valid
5	ADL5	0.5625	0,6	Valid
6	ADL6	0.6924	0,6	Valid
7	ADL7	0.8490	0,6	Valid
8	ADL8	0.6137	0,6	Valid
9	ADL9	0.7414	0,6	Valid
10	ADL10	0.7959	0,6	Valid
11	ADL11	0.5837	0,6	Valid
12	ADL12	0.6679	0,6	Valid
13	ADL13	0.7694	0,6	Valid
14	ADL14	0.7429	0,6	Valid
15	ADL15	0.8755	0,6	Valid
16	ADL16	0.1412	0,6	Tidak Valid

2. Uji Reliabilitas

$$k = 16$$

$$p_{iqi} = 1,9239$$

$$St^2 = \dots$$

$$Xt^2 = \sum Xt^2 - \frac{(\sum x_i)^2}{n}$$

$$Xt^2 = 2953 - \frac{(225)^2}{20}$$

$$Xt^2 = 2953 - \frac{50625}{20}$$

$$Xt^2 = 2953 - 2531,2$$

$$Xt^2 = 421,8$$

$$St^2 = \frac{xt^2}{n}$$

$$St^z = \frac{421,8}{20}$$

$$St^2 = 21,09$$

$$n = \frac{k}{k-1} \left\{ \frac{st^2 - \sum p_i q_i}{st^2} \right\}$$

$$n = \frac{16}{15} \left\{ \frac{21,09 - 1,9239}{21,09} \right\}$$

$$n = \frac{16}{15} \left\{ \frac{19,1661}{21,09} \right\}$$

$$n = 1,066 \{0,908\}$$

$$n = 0,96$$

B. Kuesioner Harga Diri Rendah

1. Uji Validitas

No	Item	R-hitung	R tabel	Keterangan
17	HDR17	0.8436	0,6	Valid
18	HDR18	0.9545	0,6	Valid
19	HDR19	0.5804	0,6	Valid
20	HDR20	0.8652	0,6	Valid
21	HDR21	0.1556	0,6	Tidak Valid
22	HDR22	0.9084	0,6	Valid
23	HDR23	0.8976	0,6	Valid
24	HDR24	0.5009	0,6	Tidak Valid
25	HDR25	0.2719	0,6	Tidak Valid
26	HDR26	0.8976	0,6	Valid
27	HDR27	0.8652	0,6	Valid
28	HDR28	0.7485	0,6	Valid
29	HDR29	0.9084	0,6	Valid
30	HDR30	0.8652	0,6	Valid
31	HDR31	0.7928	0,6	Valid
32	HDR32	0.2267	0,6	Tidak Valid
33	HDR33	0.5866	0,6	Valid
34	HDR34	0.2414	0,6	Tidak Valid
35	HDR35	0.8593	0,6	Valid
36	HDR36	0.8164	0,6	Valid
37	HDR37	0.8164	0,6	Valid
38	HDR38	0.9084	0,6	Valid
38	HDR39	0.0123	0,6	Tidak Valid
40	HDR40	0.9545	0,6	Valid
41	HDR41	0.8652	0,6	Valid
42	HDR42	0.8976	0,6	Valid
43	HDR43	0.8436	0,6	Valid

2. Uji Reliabilitas

$$k = 27$$

$$piqi = 2,365$$

$$St^2 = \dots$$

$$Xt^2 = \sum Xt^2 - \frac{(\sum xi)^2}{n}$$

$$Xt^2 = 5265 - \frac{(267)^2}{20}$$

$$Xt^2 = 5265 - \frac{71289}{20}$$

$$Xt^2 = 5265 - 3564,45$$

$$Xt^2 = 1700,55$$

$$St^2 = \frac{xt^2}{n}$$

$$St^2 = \frac{1700,55}{20}$$

$$St^2 = 85,02$$

$$n = \frac{k}{k-1} \left\{ \frac{st^2 - \sum piqi}{st^2} \right\}$$

$$n = \frac{27}{26} \left\{ \frac{85,02 - 2,365}{85,02} \right\}$$

$$n = \frac{27}{26} \left\{ \frac{82,65}{85,02} \right\}$$

$$n = 1,03\{0,97\}$$

$$n = 0,99$$



Hasil Kuesioner Yang Valid

Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda Check list () pada jawaban yang anda anggap paling tepat.

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1.	Berganti baju dan berdandan selalu saya lakukan setelah mandi.		
2.	Saya merapikan tempat tidur setelah bangun tidur.		
3.	Saya menjaga kebersihan kamar yang saya tempati.		
4.	Saya membersihkan diri sendiri setelah BAK/ BAB		
5.	Sebelum makan saya persiapkan alat makan saya.		
6.	Setelah makan peralatan makan saya bersihkan.		
7.	Saya menonton TV di ruangan.		
8.	Saat waktu luang saya juga suka ngobrol dengan pasien lain		
9.	Setiap hari saya ngobrol dengan perawat ruangan.		
10.	Saya mengikuti kegiatan ruangan bersama pasien lain yang dipimpin oleh petugas.		
11.	Saya mengikuti kegiatan rehabilitasi.		
12.	Saya mengungkapkan masalah pada dokter atau perawat.		
13.	Saya mengikuti kegiatan ruangan mengambil persediaan minum di Instalasi dapur		
14.	Saya melatih kegiatan yang diajarkan perawat.		
	Kemampuan Personal		
15.	Saya mengetahui dengan kelebihan yang saya miliki.		
16.	Saya berminat untuk mengembangkan potensi kemampuan itu.		
17.	Saya tidak mempunyai kemampuan yang sama dengan orang lain.		
18.	Saya merasa bangga pada kemampuan saya saat ini.		
19.	Saya mudah merasa bersalah dan sering mengucapkan kata maaf.		
20.	Saya merasa cepat jenuh saat ngobrol dengan orang lain.		

21.	Saya tetap mengikuti perasaan saya meskipun orang lain membantu terhadap masalah yang saya hadapi.		
22.	Saya menganggap kehidupan saya tak perlu diceritakan dengan siapapun.		
23.	Saya berusaha melatih kegiatan yang diberikan perawat.		
24.	Bila dikritik, saya menerima dengan lapang dada.		
25.	Keberhasilan yang saya raih, saya akan senang untuk menceritakannya.		
26.	Saya sering merasakan ragu-ragu saat berbicara dan terbata-bata.		
27.	Saya dapat bekerja sama dengan orang lain dalam kelompok.		
	Keyakinan Positif		
28.	Saya yakin dengan bantuan pelayanan kesehatan.		
29.	Saya merasa berarti bagi keluarga ataupun orang lain.		
30.	Saya merasa tidak berdaya menjalani hidup ini.		
31.	Masukan pendapat dari orang lain bisa membantu masalah saya.		
32.	Saya puas dengan anggota tubuh yang saya miliki saat ini.		
33.	Saya yakin mampu menjalankan sesuai peran terhadap keluarga saya.		
34.	Saya merasa tidak mampu untuk mewujudkan harapan.		
35.	Saya merasa diasingkan atau tidak diperhatikan oleh siapapun termasuk keluarga saya.		



**Hasil Tabulasi Data Hubungan Pelaksanaan *Activity Daily Living* Dengan Harga Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah Di
Rumah Sakit Jiwa Daerah Atma Husada Mahakam Samarinda**

No	DATA DEMOGRAFI						ADL		HDR	
	Umur		Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Status	TOTAL	KODE	TOTAL	KODE
1	34	2	Laki-laki	SLTA	Bekerja	Belum Menikah	10	1	14	1
2	32	2	Laki-laki	SLTA	Tidak Bekerja	Belum Menikah	10	1	14	1
3	48	4	Laki-laki	SD	Bekerja	Menikah	12	1	19	1
4	53	4	Laki-laki	SLTA	Bekerja	Belum Menikah	12	1	12	0
5	36	3	Laki-laki	SD	Bekerja	Belum Menikah	10	1	14	1
6	50	4	Laki-laki	SLTP	Tidak Bekerja	Menikah	6	0	12	0
7	54	4	Perempuan	SD	Bekerja	Janda	7	0	12	0
8	40	3	Perempuan	SLTA	Tidak Bekerja	Janda	12	1	19	1
9	38	3	Perempuan	SLTA	Tidak Bekerja	Belum Menikah	6	0	11	0
10	34	2	Perempuan	SLTP	Bekerja	Menikah	14	1	14	1
11	23	1	Perempuan	SLTA	Tidak Bekerja	Belum Menikah	13	1	21	1
12	41	3	Perempuan	SLTA	Tidak Bekerja	Belum Menikah	8	0	14	1
13	29	2	Laki-laki	SLTA	Tidak Bekerja	Duda	12	1	14	1
14	33	2	Perempuan	SLTA	Tidak Bekerja	Janda	8	0	15	1
15	44	3	Perempuan	TS	Tidak Bekerja	Janda	8	0	9	0
16	27	2	Laki-laki	SLTA	Bekerja	Menikah	6	0	12	0
17	35	2	Laki-laki	SLTA	Tidak Bekerja	Belum Menikah	7	0	9	0

18	50	4	Laki-laki	SD	Tidak Bekerja	Menikah	8	0	14	1
19	42	3	Laki-laki	SD	Bekerja	Duda	11	1	14	1
20	32	2	Laki-laki	PT	Bekerja	Belum Menikah	11	1	18	1
21	36	3	Laki-laki	SLTP	Bekerja	Duda	8	0	15	1
22	54	4	Laki-laki	SLTA	Tidak Bekerja	Menikah	7	0	15	1
23	35	2	Laki-laki	SD	Tidak Bekerja	Belum Menikah	13	1	15	1
24	45	4	Laki-laki	PT	Bekerja	Menikah	12	1	10	0
25	51	4	Perempuan	SD	Bekerja	Menikah	13	1	14	1
26	27	2	Laki-laki	TS	Tidak Bekerja	Belum Menikah	8	0	11	0
27	37	3	Laki-laki	TS	Bekerja	Belum Menikah	10	1	17	1
28	39	3	Laki-laki	SLTP	Tidak Bekerja	Menikah	11	1	15	1
29	53	4	Laki-laki	SD	Tidak Bekerja	Menikah	7	0	14	1
30	27	2	Laki-laki	SD	Tidak Bekerja	Belum Menikah	8	0	10	0
31	19	1	Laki-laki	SLTP	Bekerja	Menikah	8	0	12	0
32	46	4	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	Belum Menikah	10	1	14	1
33	33	2	Perempuan	SLTA	Tidak Bekerja	Janda	13	1	16	1
34	30	2	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	Belum Menikah	11	1	11	1
35	40	3	Perempuan	SD	Tidak Bekerja	Belum Menikah	6	0	12	0



**Hasil Analisa Data Hubungan Pelaksanaan *Activity Daily Living* Dengan
Harga Diri Pada Pasien Harga Diri Rendah Di Rumah Sakit Jiwa Daerah
Atma Husada Mahakam Samarinda**

A. Uji Normalitas

Descriptives				
			Statistic	Std. Error
ADL	Mean		9.60	.412
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	8.76	
		Upper Bound	10.44	
	5% Trimmed Mean		9.58	
	Median		10.00	
	Variance		5.953	
	Std. Deviation		2.440	
	Minimum		6	
	Maximum		14	
	Range		8	
	Interquartile Range		4	
	Skewness		.071	.398
	Kurtosis		-1.306	.778
	HDR	Mean		13.77
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	12.81	
		Upper Bound	14.73	
5% Trimmed Mean			13.68	
Median			14.00	
Variance			7.770	
Std. Deviation			2.787	
Minimum			9	
Maximum			21	
Range			12	
Interquartile Range			3	
Skewness			.535	.398
Kurtosis			.417	.778

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ADL	.201	35	.001	.924	35	.018
HDR	.161	35	.022	.944	35	.073
a. Lilliefors Significance Correction						

B. Karakteristik Responden

Umur					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25 Tahun	2	5.7	5.7	5.7
	26-35 Tahun	13	37.1	37.1	42.9
	36-45 Tahun	10	28.6	28.6	71.4
	46-55 Tahun	10	28.6	28.6	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

Jenis Kelamin					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	22	62.9	62.9	62.9
	Perempuan	13	37.1	37.1	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

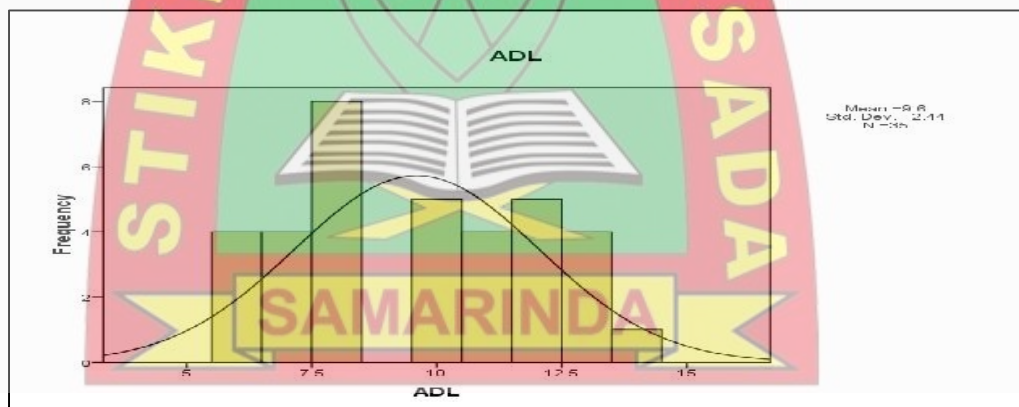
Pendidikan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TS	3	8.6	8.6	100.0
	SD	12	34.3	34.3	40.0
	SLTP	5	14.3	14.3	91.4
	SLTA	13	37.1	37.1	77.1
	PT	2	5.7	5.7	5.7
	Total	35	100.0	100.0	

Pekerjaan					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bekerja	14	40.0	40.0	40.0
	Tidak Bekerja	21	60.0	60.0	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

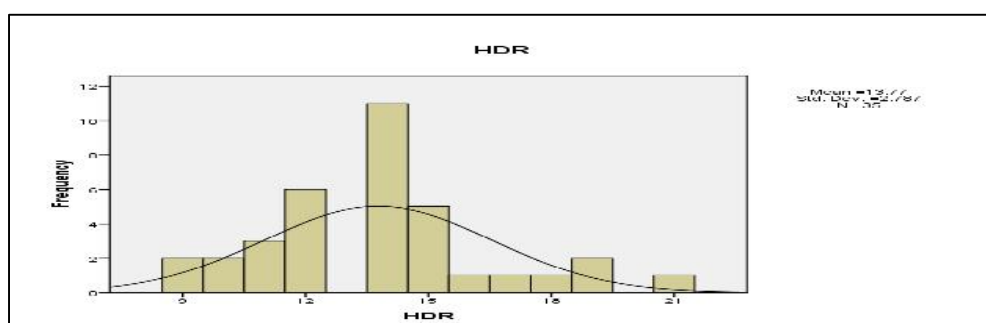
Status					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Belum Menikah	16	45.7	45.7	45.7
	Duda	3	8.6	8.6	54.3
	Janda	5	14.3	14.3	68.6
	Menikah	11	31.4	31.4	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

C. Analisa Univariat

ADL					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Dilaksanakan	16	45.7	45.7	45.7
	Dilaksanakan	19	54.3	54.3	100.0
	Total	35	100.0	100.0	



HDR					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negatif	12	34.3	34.3	34.3
	Positif	23	65.7	65.7	100.0
	Total	35	100.0	100.0	



D. Analisa Bivariat

ADL * HDR Crosstabulation					
			HDR		Total
			Negatif	Positif	
ADL	Tidak Dilaksanakan	Count	10	6	16
		Expected Count	5.5	10.5	16.0
		% within ADL	62.5%	37.5%	100.0%
	Dilaksanakan	Count	2	17	19
		Expected Count	6.5	12.5	19.0
		% within ADL	10.5%	89.5%	100.0%
Total	Count	12	23	35	
	Expected Count	12.0	23.0	35.0	
	% within ADL	34.3%	65.7%	100.0%	

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10.414 ^a	1	.001		
Continuity Correction ^b	8.235	1	.004		
Likelihood Ratio	11.047	1	.001		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	10.116	1	.001		
N of Valid Cases ^b	35				
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.49.					
b. Computed only for a 2x2 table					

Risk Estimate			
	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for ADL (Tidak Dilaksanakan / Dilaksanakan)	14.167	2.387	84.070
For cohort HDR = Negatif	5.938	1.517	23.244
For cohort HDR = Positif	.419	.219	.804
N of Valid Cases	35		