

**PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP DUKUNGAN KELUARGA
DALAM MENINGKATKAN KONSEP DIRI PENDERITA HIV/AIDS
DI UPIPI RSU Dr. SOETOMO SURABAYA**

PENELITIAN PRA EXPERIMENTAL

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UNAIR**



**Oleh:
Anik Supriani
NIM: 010430865B**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 02 Februari 2006

Yang menyatakan

Anik Supriani
NIM: 010430865B

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

Tanggal 26 Januari 2006

Oleh

Pembimbing Ketua

Dr. Florentina Sustini, dr.Ms.

NIP: 130 934 631

Pembimbing I

Esti Yunitasari, S.Kp

NIP: 132 306 153

Pembimbing II

Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.,Ns.

NIP: 132 309 954

Mengetahui

a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)

NIP: 140 238 226

LEMBAR PENGESAHAN

Telah diuji

Pada tanggal, 02 Februari 2006

Panitia Penguji

Ketua : Dr. Florentina Sustini, dr.Ms (.....)

Anggota : 1. Ni Ketut Alit Armini, S.Kp (.....)

2. Esti Yunitasari, S.Kp (.....)

3. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.,Ns (.....)

Mengetahui
a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP: 140 238 226

MOTTO

*Kesusahan itu tekansah kuat-kuat
Karena akan memberikan jalan keluar*

*Malam telah menyeru sang fajar
Ada awan namun akan segera lenyap*

*Kupersembahkan karya kecilku ini
pada agamaku, keluarga besarku,
bangsaku, almamaterku dan institusiku*

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT. berkat rahmat dan bimbinganNya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “**PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP DUKUNGAN KELUARGA DALAM MENINGKATKAN KONSEP DIRI**”. Skripsi ini merupakan satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. H.M.S Wiyadi, dr.SpTHT, (K) selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
2. Prof. Edi Soewandoyo, dr.Sp.PD.KTI, selaku Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada penulis untuk menyelesaikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
3. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku penanggung jawab skripsi Program S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
4. Dr. Florentina Sustini, dr.Ms, selaku pembimbing ketua yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Esti Yunitasari, S.Kp selaku pembimbing I dalam penyusunan skripsi ini yang telah memberikan bimbingan dan motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini.

6. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep.,Ns selaku pembimbing II dalam penyusunan skripsi ini yang telah memberikan bimbingan, dan motivasi untuk menyelesaikan skripsi ini
7. Solichin, SST selaku Kepala Unit PIPI RSUD Dr. Soetomo yang telah memberikan kesempatan, kepercayaan dan dorongan kepada penulis untuk melakukan penelitian di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
8. Sucipto perawat UPIPI RSUD Dr. Soetomo yang telah meluangkan waktu dan tenaga sampai terselesaikannya skripsi ini.
9. Seluruh responden yaitu keluarga dan penderita HIV/AIDS di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
10. Suami dan anakku tercinta Armadani Iqbal Garin Pratama yang telah memberikan dukungan dan motivasi serta do'a yang luar biasa dalam menyelesaikan skripsi ini.
11. Bapak, Ibu, Kakak dan Mertua saya yang telah memberikan doa restu kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
12. Teman-teman PSIK BVII, teman-teman di institusi Akper Kosgoro dan sahabatku semua yang telah mendukung selesainya skripsi ini.

Penulis sangat menyadari skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu sangat diharapkan adanya masukan dan saran yang berguna bagi perbaikan skripsi ini.

Akhir kata semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis dan semua pihak.

Surabaya, Februari 2006

Penulis

**THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION ON FAMILY SUPPORT IN
IMPROVING SELF-CONCEPT AMONG HIV/AIDS PATIENTS
A Pra-experimental study in UPIPI, Dr. Soetomo Hospital, Surabaya**

Anik Supriani

The infectious disease HIV/AIDS is a global health problem. Patient diagnosed with HIV/AIDS experience unbearable psychological and psychosocial self-concept. Health education on family support is expected to be able to alleviate this stressor in patients with HIV/AIDS. The objective of this study was to analyze the effect of health education on family support in improving self-concept among HIV/AIDS patient.

This was a pra-experimental study using One Group Pretest-Posttest design. The population was family with HIV/AIDS treated at UPIPI, Dr. Soetomo Hospital, Surabaya. Sample size was 22 respondents who met the dependent variables were family support and self-concept among HIV/AIDS patients. Data were collected using questionnaire and observation, and analyzed by Wilcoxon Signed Rank Test with significance level of less than 0.05.

The result showed that before intervention the family support was found to be inadequate in 63.6% and moderate in 36.4% of the respondents. After intervention, there was an increase. Moderate support was found in 45.5% and adequate support in 40.9%. There was inadequate family support. Regarding self-concept, before the intervention 81.8% of the respondents had inadequate self-concept and 18.2% of them had moderate self-concept. After intervention the proportion was 72.7% had moderate self-concept and 4.54% had adequate self-concept. The conclusion, health education on family support has effect in obtaining family support in improving the self-concept.

Keyword: Health Education, family support, self-concept HIV/AIDS.

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstrak.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xii
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.3.1 Tujuan umum.....	3
1.3.2 Tujuan khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Teoritis.....	4
1.4.2 Praktis.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	5
2.1 Konsep Penyuluhan.....	5
2.1.1 Batasan penyuluhan.....	5
2.1.2 Tujuan penyuluhan kesehatan.....	5
2.1.3 Sasaran.....	6
2.1.4 Hasil yang diharapkan.....	6
2.1.5 Tempat penyelenggaraan.....	6
2.1.6 Pelaksanaan penyuluhan dan ruang lingkup.....	7
2.1.7 Alat Peraga.....	7
2.1.8 Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam penyuluhan.....	7
2.1.9 Perubahan perilaku.....	8
2.1.9.1 Batasan.....	8
2.1.9.2 Domain perilaku.....	9
2.1.10 Proses adopsi perilaku.....	11
2.2 Konsep Keluarga.....	11
2.2.1 Definisi keluarga.....	11
2.2.2 Fungsi keluarga.....	12
2.2.3 Dukungan sosial keluarga.....	13
2.2.4 Jenis-jenis dukungan keluarga.....	14
2.2.5 Hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan.....	15
2.2.6 Komponen-komponen dalam dukungan keluarga.....	15

2.3 Konsep Diri.....	16
2.3.1 Definisi konsep diri.....	16
2.3.2 Proses pembentukan konsep diri.....	17
2.3.3 Faktor yang mempengaruhi konsep diri.....	18
2.3.4 Langkah-langkah yang perlu diambil.....	20
2.3.5 Komponen konsep diri.....	22
2.3.6 Perubahan konsep diri.....	23
2.4 Infeksi HIV/AIDS.....	27
2.4.1 Pengertian HIV.....	27
2.4.2 Epidemiologi.....	27
2.4.3 Perjalanan penyakit.....	28
2.4.4 Cara penularan dan pencegahan.....	30
2.4.5 Stigma dan diskriminasi.....	31
2.4.6 Konsep diri penderita HIV/AIDS.....	32
2.4.7 Perawatan komprehensif berkesinambungan.....	32
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	34
3.1 Kerangka Konseptual.....	34
3.2 Hipotesis Penelitian.....	35
BAB 4 METODE PENELITIAN	36
4.1 Desain Penelitian.....	37
4.2 Kerangka Operasional.....	37
4.3 Populasi, Sampel, dan Sampling.....	38
4.3.1 Populasi.....	38
4.3.2 Sampel.....	38
4.3.3 Sampling.....	39
4.4 Identifikasi Variabel.....	39
4.4.1 Variabel independen.....	39
4.4.2 Variabel dependen.....	39
4.5 Definisi Operasional.....	40
4.6 Pengumpulan dan Pengolahan data.....	45
4.6.1 Instrumen penelitian.....	45
4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian	45
4.6.3 Prosedur pengambilan dan pengumpulan data.....	45
4.6.4 Cara analisa data.....	46
4.7 Etika penelitian.....	47
4.7.1 Lembar persetujuan menjadi subjek penelitian.....	47
4.7.2 Tanpa nama (<i>Anominity</i>).....	47
4.7.3 Kerahasiaan (<i>Confidentiallity</i>).....	47
4.8 Keterbatasan.....	47
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN	49
5.1 Hasil Penelitian.....	49
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	49
5.1.2 Data umum.....	50
5.1.3 Data khusus.....	60
5.2 Pembahasan	64

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	75
6.1 Kesimpulan.....	75
6.2 Saran.....	76
DAFTAR PUSTAKA.....	77
Lampiran 1 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian.....	79
Lampiran 2 Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian.....	80
Lampiran 3 Lembar Permohonan Penelitian.....	81
Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	82
Lampiran 5 Lembar Kuesioner.....	83
Lampiran 6 Satuan Acara Pembelajaran.....	91
Lampiran 7 Materi Penyuluhan.....	94
Lampiran 8 Tabulasi Data Hasil Penelitian.....	97
Lampiran 9 Hasil Uji Statistik.....	100
Lampiran 10 Leaflet.....	112

DAFTAR GAMBAR

Gambar	2.1	Rentang respon individu terhadap konsep diri.....	21
Gambar	3.1	Kerangka konseptual.....	34
Gambar	4.1	Model rancangan penelitian.....	36
Gambar	4.2	Kerangka Operasional.....	37
Gambar	5.1a	Distribusi responden keluarga berdasarkan jenis kelamin.....	50
Gambar	5.1b	Distribusi responden penderita berdasarkan jenis kelamin.....	51
Gambar	5.2a	Distribusi responden keluarga berdasarkan umur.....	52
Gambar	5.2b	Distribusi responden penderita berdasarkan umur.....	52
Gambar	5.3a	Distribusi responden keluarga berdasarkan agama.....	53
Gambar	5.3b	Distribusi responden penderita berdasarkan agama.....	54
Gambar	5.4a	Distribusi responden keluarga berdasarkan pendidikan.....	54
Gambar	5.4b	Distribusi responden penderita berdasarkan pendidikan	55
Gambar	5.5a	Distribusi responden keluarga berdasarkan status perkawinan.....	56
Gambar	5.5b	Distribusi responden penderita berdasarkan status perkawinan.....	56
Gambar	5.6a	Distribusi responden keluarga berdasarkan status pekerjaan.....	57
Gambar	5.6b	Distribusi responden penderita berdasarkan status pekerjaan.....	58
Gambar	5.7	Distribusi responden keluarga berdasarkan hubungan dengan penderita.....	58
Gambar	5.8	Distribusi responden penderita berdasarkan tempat tinggal.....	59
Gambar	5.9	Distribusi responden penderita berdasarkan sumber Penularan.....	60

DAFTAR TABEL

Tabel 4.3	Tabel Definisi Operasional.....	44
Tabel 5.1	Skor dukungan keluarga sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan	61
Tabel 5.2	Skor konsep diri sebelum dan sesudah memperoleh dukungan keluarga.....	62
Tabel 5.3	. Kategori dukungan keluarga sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan.....	63
Tabel 5.4	. Kategori konsep diri sebelum dan sesudah memperoleh dukungan keluarga.....	63
Tabel 5.5	. Intervensi penyuluhan tentang dukungan keluarga.....	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Ijin Penelitian.....	79
Lampiran 2	Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian.....	80
Lampiran 3	Lembar Permohonan Penelitian.....	81
Lampiran 4	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	82
Lampiran 5	Lembar Kuesioner.....	83
Lampiran 6	Satuan Acara Penyuluhan.....	91
Lampiran 7	Materi Penyuluhan.....	94
Lampiran 8	Tabulasi Data Hasil Penelitian.....	97
Lampiran 9	Hasil Uji Statistik.....	100
Lampiran 10	Leaflet.....	112

ABSTRAK**PENGARUH PENYULUHAN TERHADAP DUKUNGAN KELUARGA
DALAM MENINGKATKAN KONSEP DIRI PENDERITA HIV/AIDS**

Penelitian Pra Experimental di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Oleh: Anik Supriani

Penyakit infeksi HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan global yang memberikan dampak begitu luas dalam bidang medik, politik, dan social. Penderita yang dinyatakan terdiagnosa HIV/AIDS merupakan tekanan psikologis dan psikososial yang amat berat. Tekanan psikologis dan psikososial merupakan stressor perubahan konsep diri. Penyuluhan tentang dukungan keluarga diharapkan dapat menurunkan stressor konsep diri penderita HIV/AIDS.

Tujuan dari penelitiannya adalah menganalisa pengaruh penyuluhan terhadap dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS.

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan desain Pra Experimental dengan rancangan One Group Pretest-Posttest. Populasi pada penelitian ini adalah keluarga dengan penderita HIV/AIDS di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Jumlah sampel sebanyak 22 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Variable independen adalah penyuluhan, variabel dependen dukungan keluarga dan konsep diri penderita HIV/AIDS. Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan observasi kemudian data dianalisa menggunakan Wilcoxon Signed Rank Test dengan tingkat signifikan $<0,05$

Hasil dari penelitian ini adalah sebelum intervensi dukungan keluarga dengan kategori kurang (63,6%), kategori cukup (36,4%). Setelah diberikan intervensi mengalami peningkatan dengan kategori cukup (45,5%), kategori baik (40,9%). Sedangkan untuk konsep diri sebelum memperoleh dukungan keluarga dengan kategori kurang (81,8%), kategori cukup (18,2%). Setelah memperoleh dukungan keluarga mengalami peningkatan dengan kategori cukup (72,7%), kategori baik (4,54%).

Dapat disimpulkan bahwa penyuluhan tentang dukungan keluarga dapat mempengaruhi dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri.

Kata Kunci: "Dukungan keluarga" dapat meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit infeksi HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan global yang memberikan dampak begitu luas dalam bidang medik, politik dan sosial. Individu yang dinyatakan terinfeksi HIV akan mengalami penolakan dari keluarga dan masyarakat karena stigma dan diskriminasi dari masyarakat menganggap penderita HIV/AIDS kelompok berperilaku menyimpang dan haram. (ANCP,AusAIDS,2002). Stigma dan diskriminasi yang dirasakan penderita HIV/AIDS merupakan tekanan psikologis dan psikososial yang amat berat. Penderita merasa tak berdaya, tak berharga, menyalahkan orang lain, hilang percaya diri, menarik diri, tidak menerima perubahan tubuhnya. Menurut Stuart Sundeen, 1991 perilaku itu menunjukkan penderita mengalami perubahan konsep diri. Untuk merubah perilaku diatas diharapkan dukungan dari keluarga, sehingga penderita berperilaku positif. Kenyataan yang ada di lapangan pengetahuan keluarga tentang dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri masih kurang dan belum dilakukan penyuluhan.

Jumlah orang yang terinfeksi HIV terus mengalami peningkatan. Di Indonesia mulai pada tahun 1987 hingga tahun 2001 dilaporkan 1226 kasus infeksi HIV, 461 kasus AIDS kumulatif dan 235 penderita AIDS tersebut meninggal dunia. Di Propinsi Jawa Timur diprediksikan pada tahun 2003 akan terdapat 19 ribu kasus HIV/AIDS dan 25 ribu kasus HIV. Data yang diperoleh dari RSUD dr. Soetomo Surabaya tahun 2003 sebanyak 79 orang, tahun 2004

penderita HIV/AIDS meningkat menjadi 151 orang. Pada saat ini (2005) terdapat 310 ODHA baik rawat inap maupun rawat jalan. Dan hasil wawancara bulan Nopember tahun 2005 sebanyak 6 orang dari 10 responden sesuai teori menurut Stuart dan Sundeen, 1991 menunjukkan perubahan konsep diri dan kurangnya dukungan keluarga. Dari keluarga penderita sendiri menunjukkan pengetahuan tentang dukungan keluarga masih kurang.

Perubahan yang dirasakan individu yang terinfeksi HIV/AIDS sangat kompleks baik perubahan fisik, psikologis, sosial dan ekonomi. Perubahan yang terjadi dapat merupakan stresor terhadap perubahan konsep diri HIV/AIDS. Stresor konsep diri adalah segala perubahan nyata yang mengancam identitas, gambaran diri, harga diri, peran dan ideal diri (Fundamental Keperawatan, 2005). Adanya perubahan nyata itu penderita HIV/AIDS membutuhkan dukungan orang lain. Dukungan dari orang lain berdampak mengurangi beban penyakit yang dideritanya, perubahan gaya hidup yang positif baik terhadap pasangan maupun keluarga. Hal ini dapat berpengaruh terhadap konsep diri pasien HIV/AIDS. Konsep diri adalah semua pikiran, keyakinan, dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain. Konsep diri yang positif ditandai dengan penderita lebih optimis, penuh percaya diri, dan bersikap positif terhadap segala sesuatu maupun kegagalan yang dialaminya. Stres dapat segera ditangani sehingga meningkatkan imunitas yang bisa memperlambat progresivitas infeksi HIV ke AIDS. Sebaliknya konsep diri negatif akan meningkatkan stres dan menurunkan imunitas sehingga akan lebih cepat progresivitas infeksi HIV ke AIDS.

Ada berbagai alternatif untuk menangani penderita HIV/AIDS. Penanganannya selain pengobatan perlu diberikan perhatian penuh pada penderita HIV/AIDS yang dimulai dengan memberikan penyuluhan tentang dukungan keluarga pada keluarga penderita HIV/AIDS karena dukungan keluarga dapat merupakan dukungan mental bagi penderita HIV/AIDS. Dari penderita sendiri diperlukan kemauan dan kesadaran terhadap penyakit yang dideritanya untuk menumbuhkan rasa percaya diri sehingga tidak pupus harapan hidup. Perawatan komprehensif inilah yang bisa meningkatkan kualitas dan harapan hidup penderita HIV/AIDS. Data tentang dukungan keluarga terhadap perubahan konsep diri penderita HIV/AIDS di seluruh Indonesia masih terbatas atau sedikit maka perlu diadakan penelitian masalah pengaruh pendidikan kesehatan terhadap dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh penyuluhan terhadap dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh penyuluhan terhadap dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS sebelum intervensi.

2. Mengidentifikasi dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS sesudah intervensi.
3. Mengidentifikasi konsep diri penderita HIV/AIDS sebelum memperoleh dukungan keluarga.
4. Mengidentifikasi konsep diri penderita HIV/AIDS sesudah memperoleh dukungan keluarga.
5. Menganalisis pengaruh penyuluhan terhadap dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Adanya pengaruh penyuluhan terhadap dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS dapat mendukung upaya memajukan perkembangan keilmuan dalam ilmu Asuhan Keperawatan pada keluarga yang mempunyai anggota keluarga menderita HIV/AIDS.

1.4.2 Praktis

1. Dapat memberi gambaran atau wawasan bagi keluarga pentingnya dukungan keluarga terhadap proses pengobatan penderita HIV/AIDS.
2. Dapat memberi informasi pada petugas kesehatan pentingnya dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyuluhan

2.1.1 Batasan penyuluhan

Pendidikan kesehatan identik dengan penyuluhan kesehatan, karena keduanya berorientasi kepada perubahan perilaku yang diharapkan, yaitu perilaku sehat, sehingga mempunyai kemampuan mengenal masalah kesehatan dirinya, keluarga dan kelompok dalam meningkatkan kesehatannya (Effendy.N,1998).

Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan yang dilakukan dengan cara menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya, dengan kesehatan (Effendy.N,1998).

2.1.2 Tujuan penyuluhan kesehatan

1. Tujuan jangka pendek adalah terlaksananya kegiatan-kegiatan penyuluhan, kegiatan pembinaan peran serta masyarakat.
2. Tujuan jangka panjang adalah terciptanya perilaku sehat untuk mencapai status kesehatan yang optimal.

Tujuan pendidikan kesehatan yang paling pokok adalah:

1. Terciptanya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta peran aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

2. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sesuai dengan konsep sehat fisik, mental, dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian.
3. Menurut WHO tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku seseorang dalam bidang kesehatan.(Notoatmodjo,2003)

2.1.3 Sasaran

Yang menjadi sasaran dalam penyuluhan kesehatan mencakup individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.1.4 Hasil yang diharapkan

Hasil yang diharapkan dalam penyuluhan kesehatan masyarakat adalah terjadinya perubahan sikap dan perilaku individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat untuk dapat menanamkan prinsip-prinsip hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

2.1.5 Tempat penyelenggaraan

Penyelenggaraan penyuluhan kesehatan dapat dilakukan diberbagai tempat, diantaranya adalah:

1. Di dalam institusi pelayanan

Yang dilakukan di rumah sakit, puskesmas, rumah bersalin klinik, dan sebagainya, yang dapat diberikan secara langsung kepada individu maupun kelompok mengenai penyakit, perawatan, pencegahan penyakit dan sebagainya.

2. Di masyarakat

Penyuluhan kesehatan di masyarakat dapat dilakukan melalui pendekatan edukatif keluarga dan masyarakat binaan secara menyeluruh dan terorganisasi

sesuai dengan masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi oleh masyarakat. Agar penyuluhan kesehatan masyarakat dapat mencapai hasil yang diharapkan perencanaan yang matang dan terarah sesuai dengan tujuan program penyuluhan kesehatan masyarakat sesuai dengan kebutuhan kesehatan masyarakat setempat.

2.1.6 Pelaksanaan penyuluhan dan ruang lingkup

Pelaksanaan penyuluhan adalah petugas pelayanan kesehatan

Ruang lingkup penyuluhan kesehatan meliputi 3 aspek, yaitu:

1. Sasaran penyuluhan kesehatan yang meliputi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang dijadikan subyek dan obyek perubahan perilaku.
2. Materi/pesan yang disampaikan kepada masyarakat sesuai dengan kebutuhan.
3. Metode yang dipakai dalam penyuluhan kesehatan diantaranya metode curah pendapat, diskusi, demonstrasi, stimulasi, bermain peran dan sebagainya.

2.1.7 Alat peraga

Alat peraga (audio visual aid) adalah segala sesuatu yang dapat dipergunakan untuk menyalurkan pesan dari pengirim pesan (penyuluh) ke penerima pesan atau sasaran sehingga dapat menerangkan fikiran, perasaan, perhatian, dan minat sasaran sedemikian rupa sehingga terjadi pemahaman, pengertian, dan penghayatan dari apa yang diterangkan.

2.1.8 Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam penyuluhan

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan suatu penyuluhan kesehatan masyarakat antara lain:

1. Faktor penyuluh

Faktor yang dapat dijumpai pada penyuluh adalah: kurang persiapan, materi kurang dikuasai, penampilan kurang, bahasa yang dipergunakan, suara terlalu kecil, dan penyampaian materi monoton.

2. Faktor sasaran

Faktor sasaran juga berpengaruh terhadap penyuluhan meliputi: tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, kepercayaan dan dapat kebiasaan, serta kondisi lingkungan tempat tinggal sasaran yang tidak memungkinkan perubahan perilaku.

3. Faktor proses dalam penyuluhan

Faktor proses dalam penyuluhan juga berpengaruh terhadap penyuluhan diantaranya adalah: waktu yang tidak sesuai, tempat penyuluhan, jumlah sasaran, alat peraga, metode, serta bahasa yang sulit dimengerti oleh sasaran.

2.1.9 Perubahan perilaku

2.1.9.1 Batasan

Perilaku adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang dapat diamati langsung maupun tidak dapat oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Skinner dikutip Notoatmodjo (2003) perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar.

Perilaku manusia adalah aktivitas yang timbul karena adanya stimulus dan respon serta dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung.

2.1.9.2 Domain Perilaku

1. Pengetahuan

Benyamin S. Bloom dan kawan-kawan dalam Soedirman (1988) berpendapat bahwa tujuan pendidikan atau pengetahuan dapat diklasifikasikan dalam tiga ranah (bidang) yaitu ranah kognitif, afektif, dan psikomotor.

Soedirman (1988) mengemukakan bahwa ranah kognitif berkenaan dengan perilaku yang berhubungan dengan berfikir, mengetahui dan memecahkan masalah. Ranah ini memiliki enam tingkatan yang bergerak dari yang sederhana sampai yang tinggi dan kompleks. Tingkatan kemampuan itu adalah pengetahuan (*knowledge*), pemahaman (*comprehention*), analisis (*analysis*), sintesis (*syntesis*) dan evaluasi (*evaluation*).

1). Pengetahuan (*knowledge*)

Pengetahuan berhubungan dengan pada bahan yang sudah dipelajari sebelumnya. Dengan kata lain pengetahuan disebut *recall* (mengingat kembali). Pengetahuan dapat menyangkut bahan yang luas maupun sempit, seperti fakta (sempit) dan teori (luas). Namun apa yang diketahui hanya sekedar informasi yang dapat diingat saja. Oleh karena itu tingkatan ranah pengetahuan adalah rendah.

2). Pemahaman (*comprehension, understanding*)

Pemahaman adalah kemampuan memahami arti suatu bahan pelajaran seperti menafsirkan, menjelaskan atau meringkas tentang sesuatu. Kemampuan semacam ini lebih tinggi daripada pengetahuan.

3). Penerapan (*aplication*)

Penerapan adalah kemampuan menggunakan atau menafsirkan suatu bahan yang sudah dipelajari kedalam situasi baru atau situasi yang konkrit, seperti menerapkan suatu dalil, metode, prinsip dan teori. Kemampuan seperti ini lebih tinggi nilainya dari pemahaman.

4). Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menguraikan atau menjabarkan sesuatu kedalam komponen atau bagian-bagian sehingga susunan dapat dimengerti. Kemampuan ini meliputi mengenal masalah-masalah, hubungan antar bagian serta prinsip yang digunakan dalam organisasi atau susunan materi pelajaran.

5). Sintesis (*syntesis*)

Kemampuan sintesis merupakan kemampuan untuk menghimpun bagian kedalam suatu keseluruhan, seperti meluruskan tema, rencana atau melihat hubungan abstrak dari berbagai informasi atau fakta. Jadi kemampuan ini adalah semacam kemampuan merumuskan suatu pola atau struktur baru berdasarkan informasi atau fakta.

6). Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkenaan dengan kemampuan menggunakan pengetahuan untuk membuat penilaian terhadap sesuatu berdasarkan maksud atau kriteria tertentu. Kriteria yang digunakan dapat bersifat internal (seperti organisasinya) dan dapat bersifat eksternal (relevansi untuk maksud tertentu).

Pengetahuan umumnya datang dari pengalaman. Kita juga dapat memperoleh pengetahuan dari informasi yang disampaikan guru, orangtua, teman,

buku dan surat kabar. Sementara pengetahuan tersebut dipengaruhi juga oleh perilaku seseorang sehingga timbul unsur-unsur atau dorongan atau motivasi untuk berbuat sesuatu (Soedirman, 1988).

2.1.10 Proses adopsi perilaku

Menurut Notoatmodjo (2003) dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Roger (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yaitu:

1. *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu.
2. *Interest*, yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik.
4. *Trial*, orang telah mencoba perilaku baru.
5. *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai pengalaman, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.2 Konsep Keluarga

2.2.1 Definisi keluarga

Kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional serta individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 1998).

Menurut Sayekti (1994) keluarga adalah suatu ikatan atau persekutuan hidup atas dasar perkawinan antara orang dewasa yang berlainan jenis yang hidup bersama atau seorang laki-laki atau seorang perempuan yang sudah sendirian dengan atau tanpa anak, baik anaknya sendiri atau adopsi dan tinggal dalam sebuah rumah tangga.

2.2.2 Fungsi keluarga

Friedman (1998) mendefinisikan lima fungsi dasar keluarga yaitu :

1. Fungsi afektif

Fungsi ini berguna untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.

2. Fungsi sosialisasi

Proses perkembangan dan perubahan yang dinilai individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial.

3. Fungsi reproduksi

Fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan hidup.

4. Fungsi ekonomi

Fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

5. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan

Fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktifitas tinggi.

2.2.3 Dukungan sosial keluarga

Dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan sosial yang berfungsi sebagai sistem pendukung anggota-anggotanya dan ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan proses adaptasi.

Dukungan sosial didefinisikan sebagai informasi atau nasehat verbal dan atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau berupa kehadiran dan mempunyai manfaat emosional atau berpengaruh pada perilaku penerimanya (Gottlieb, 1983).

Manusia sebagai makhluk sosial tidak dapat hidup sendirian tanpa bantuan orang lain. Kebutuhan fisik (sandang, pangan, papan) , kebutuhan sosial (pergaulan, pengakuan, sekolah, pekerjaan) dan kebutuhan psikis termasuk rasa ingin tahu, aman, perasaan religiusitas, tidak mungkin terpenuhi tanpa bantuan orang lain. Apalagi jika orang tersebut sedang menghadapi masalah baik ringan maupun berat. Pada saat seperti itu seseorang akan mencari dukungan sosial dari orang-orang di sekitarnya sehingga dirinya merasa dihargai, diperhatikan dan dicintai.

Keluarga memainkan sebuah peran yang sangat penting dalam menentukan perilaku anggota keluarganya yang sakit, bersifat mendukung selama masa penyembuhan dan pemulihan. Apabila dukungan semacam ini tidak ada maka keberhasilan program penyembuhan dan pemulihan akan sangat berkurang. Namun untuk penyakit yang serius atau penyakit yang mengancam jiwa. Krisis keluarga pun bisa terjadi dimana keluarga mengalami kekacauan sebentar sebagai respon terhadap kekuatan stressor.

Dukungan keluarga adalah salah satu terapi non medis yang sangat dibutuhkan penderita HIV/AIDS. Dukungan untuk terus berjuang dan bertahan

hidup paling tidak menerima keadaan mereka dan tidak membedakan kehadiran mereka di tengah pergaulan masyarakat. Orang dengan HIV/AIDS memerlukan dukungan untuk menghambat berbagai pengaruh negatif maupun dari perubahan kronik akibat infeksi yang diperberat dengan tekanan psikososial. Dukungan sosial keluarga sangat menentukan perkembangan penyakit penderita HIV/AIDS.

2.2.4 Jenis-jenis dukungan keluarga

Winnubst dkk., 1988; Sarafino, 1990 membedakan empat jenis atau dimensi dukungan keluarga:

1. Dukungan emosional.

Mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan (misal umpan balik, penegasan).

2. Dukungan penghargaan.

Terjadi lewat ungkapan hormat (penghargaan positif untuk orang itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif orang itu dengan orang-orang lain, seperti misal orang-orang yang kurang mampu atau lebih buruk keadaannya.
(menambah penghargaan diri).

3. Dukungan informational (Kognitif).

Mencakup memberikan informasi, pengetahuan, nasehat, atau saran dan petunjuk.

4. Dukungan material.

Mencakup bantuan langsung baik barang maupun jasa yang dapat digunakan untuk mengatasi masalahnya.

2.2.5 Hubungan dukungan keluarga dengan kesehatan

Menurut Ganster dan Victor (dalam Weiss dan Loonquise, 1994) terdapat tiga mekanisme spesifik yang berpusat pada pengaruh dukungan keluarga terhadap kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung.

1. Aspek perilaku (*behavioral mediators*) dimana dukungan keluarga dapat mempengaruhi perilaku seseorang untuk berubah.
2. Aspek psikologis (*psychological mediator*) dimana dukungan keluarga dapat membangun atau meningkatkan harga diri seseorang dan menyediakan hubungan interaktif yang saling memuaskan.
3. Aspek fisiologis (*physiological mediators*) dimana dukungan keluarga dapat memperkuat sistem imun.

2.2.6 Komponen-komponen dalam dukungan sosial

Pendapat Weiss, 1994 yang ditulis dalam sebuah artikel mengemukakan adanya 6 komponen dukungan sosial sebagai "*The social Provison Scale.*" Dimana masing-masing komponen dapat berdiri sendiri, namun satu sama lain saling berhubungan.

1. Kerekatan emosional (*Emotional Attachment*), dimana dukungan sosial ini dapat menimbulkan rasa aman bagi yang menerima. Sumber dukungan sosial semacam ini diperoleh dari pasangan hidup, anggota keluarga atau teman dekat yang akrab dan memiliki hubungan yang harmonis.
2. Integrasi sosial (*Social Integration*) dimana dukungan sosial semacam ini memungkinkan penerima untuk memperoleh minat, perhatian, serta melakukan kegiatan yang bersifat rekreatif secara bersama-sama.

3. Adanya pengakuan (*Reassurance of Worth*) dimana penerima memperoleh pengakuan atas kemampuan dan keahliannya serta mendapat penghargaan dari orang lain.
4. Ketergantungan yang dapat diandalkan (*Reliable Reliance*), dalam dukungan sosial ini penerima mendapat jaminan bahwa ada orang yang dapat diandalkan.
5. Bimbingan dukungan (*Guidance*), dukungan sosial berupa hubungan kerja atau hubungan sosial yang memungkinkan penerima untuk memperoleh informasi atau saran yang diperlukan dalam memenuhi kebutuhan atau mengatasi permasalahan yang dihadapinya.
6. Kesempatan untuk mengasuh (*Opportunity for Nurture*), dimana dukungan sosial semacam ini memungkinkan penerima untuk memperoleh perasaan bahwa orang lain tergantung padanya untuk memperoleh kesejahteraan.

2.3 Konsep Diri

2.3.1 Definisi konsep diri

Konsep diri adalah semua pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungannya dengan orang lain (Stuart dan Sundeen, 1991). Termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan obyek, tujuan serta keinginannya. Beck, William dan Rawlin (1986) lebih menjelaskan bahwa konsep diri adalah cara individu memandang dirinya secara utuh : fisik, emosional, intelektual, sosial dan spiritual.

Konsep diri dipelajari melalui kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain. Pandangan individu tentang dirinya dipengaruhi oleh bagaimana individu mengartikan pandangan orang lain tentang dirinya (Budi Anna Keliat, 1992)

Konsep diri dapat didefinisikan secara umum sebagai keyakinan, pandangan atau penilaian seseorang terhadap dirinya. Seseorang dikatakan mempunyai konsep diri negatif jika ia meyakini dan memandang bahwa dirinya lemah, tidak berdaya, tidak berbuat apa-apa, tidak kompeten, gagal, malang, tidak menarik, tidak disukai, dan kehilangan daya tarik terhadap hidup. Orang dengan konsep diri negatif akan cenderung bersikap pesimis terhadap kehidupan dan kesempatan yang dihadapinya. Ia tidak melihat tantangan sebagai kesempatan, namun lebih sebagai halangan. Orang dengan konsep diri negatif akan mudah menyerah sebelum berperang dan jika gagal, akan ada dua pihak yang disalahkan, entah itu menyalahkan diri sendiri atau menyalahkan orang lain.

Sebaliknya seseorang dengan konsep diri yang positif akan terlihat lebih optimis, penuh percaya diri dan selalu bersikap positif terhadap segala sesuatu, juga terhadap kegagalan yang dialaminya. Kegagalan bukan dipandang sebagai kematian, namun lebih menjadikannya sebagai penemuan dan pelajaran berharga untuk melangkah ke depan. Orang dengan konsep diri yang positif akan mampu menghargai dirinya dan melihat hal-hal positif yang dapat dilakukan demi keberhasilan di masa yang akan datang (Budi Anna Keliat, 1998)

2.3.2 Proses pembentukan konsep diri

Konsep diri terbentuk melalui proses sejak masa pertumbuhan seorang manusia dari kecil hingga dewasa. Konsep diri belum ada saat lahir, konsep diri

berkembang secara bertahap saat bayi mulai mengenal dan membedakan dirinya dengan orang lain. Konsep diri dipelajari melalui kontak sosial dan pengalaman hubungan dengan orang lain. Lingkungan, pola asuh orang tua turut memberikan pengaruh signifikan terhadap konsep diri yang terbentuk. Sikap atau respon orang tua dan lingkungan akan menjadi bahan informasi bagi anak untuk menilai siapa dirinya. Oleh sebab itu, sering kali anak-anak yang tumbuh dan dibesarkan dalam pola asuh yang keliru dan negatif, ataupun lingkungan yang kurang mendukung, cenderung mempunyai konsep diri yang negatif. Hal ini disebabkan sikap orang tua yang misalnya: suka memukul, mengabaikan, kurang memperhatikan, melecehkan menghina, bersikap tidak adil, tidak pernah memuji, suka marah-marah, dsb dianggap sebagai hukuman akibat kekurangan, kesalahan ataupun kebodohan dirinya. Jika lingkungan memberikan sikap yang baik dan positif, maka anak akan merasa dirinya cukup berharga sehingga tumbuhlah konsep diri yang positif (Budi Anna Keliat, 1998).

Konsep diri ini mempunyai sifat yang dinamis, artinya tidak luput dari perubahan. Ada aspek-aspek yang bisa bertahan dalam jangka waktu tertentu, namun ada pula yang mudah sekali berubah sesuai dengan situasi sesaat. Misalnya, seorang merasa dirinya pandai dan selalu berhasil mendapatkan nilai baik namun suatu saat ketika dia mendapat angka merah. Bisa saja saat itu ia jadi merasa bodoh, namun karena dasar keyakinan yang positif, ia berusaha memperbaiki nilai (Budi Anna Keliat, 1998).

2.3.3 Faktor yang mempengaruhi konsep diri

Menurut Rini. F (2002) berbagi faktor dapat mempengaruhi proses pembentukan konsep diri seseorang, seperti:

1. Pola asuh orang tua

Pola asuh orang tua seperti sudah diuraikan diatas menjadi faktor signifikan dalam mempengaruhi konsep diri yang terbentuk. Sikap positif orang tua yang terbaca oleh anak, akan menumbuhkan konsep dan pemikiran yang positif serta sikap menghargai diri sendiri. Sikap negatif orang tua akan mengundang pertanyaan pada anak, dan menimbulkan asumsi bahwa dirinya tidak cukup berharga untuk dikasihi, untuk disayangi dan dihargai, dan semua itu akibat kekurangan yang ada padanya sehingga orang tua tidak sayang.

2. Kegagalan

Kegagalan yang terus menerus dialami sering kali menimbulkan pertanyaan pada diri sendiri dan berakhir dengan kesimpulan bahwa penyebabnya terletak pada kelemahan diri. Kegagalan membuat orang merasa dirinya tidak berguna.

3. Depresi

Orang sedang mengalami depresi akan mempunyai pemikiran yang cenderung negatif dalam memandang dan merespon segala sesuatunya, termasuk menilai diri sendiri.

4. Kritik Internal

Terkadang mengkritik diri sendiri memang dibutuhkan untuk menyadarkan seseorang akan perbuatan yang telah dilakukan. Kritik terhadap diri sendiri sering berfungsi menjadi regulator atau rambu-rambu dalam bertindak dan berperilaku agar keberadaan kita diterima oleh masyarakat dan dapat beradaptasi dengan baik.

2.3.4 Langkah-langkah yang perlu diambil untuk memiliki konsep diri yang positif (Rini.F, 2002).

1. Bersikap obyektif dalam mengenali diri sendiri

Jangan abaikan pengalaman positif atau keberhasilan sekecil apapun yang pernah dicapai. Lihatlah talenta, bakat dan potensi diri dan carilah cara dan kesempatan untuk mengembangkannya.

2. Hargailah diri sendiri

Tidak ada orang lain yang lebih menghargai diri kita selain diri sendiri. Jika kita tidak bisa menghargai diri sendiri, tidak dapat melihat kebaikan yang ada pada diri sendiri, tidak mampu memandang hal-hal baik dan positif terhadap diri, bagaimana dengan orang lain ?

3. Jangan memusuhi diri sendiri

Sikap menyalahkan diri sendiri secara berlebihan merupakan pertanda bahwa ada permusuhan dan peperangan antara harapan ideal dengan kenyataan diri sejati. Akibatnya akan timbul kelelahan mental dan rasa frustrasi yang dalam serta makin lemah dan negatif konsep dirinya.

4. Berpikir positif dan rasional

Semua itu tergantung kita memandang segala sesuatu baik itu persoalan maupun terhadap seseorang.

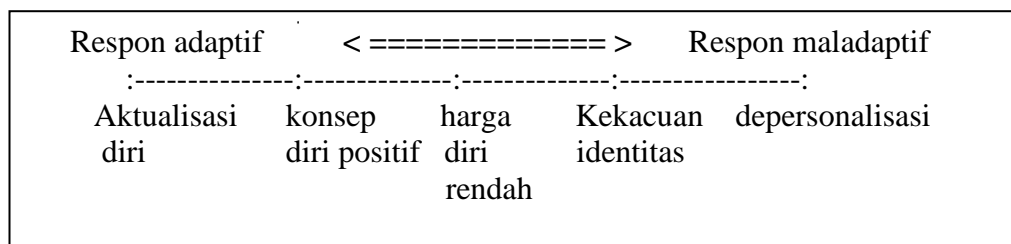
Keluarga mempunyai peran yang penting dalam membantu perkembangan konsep diri terutama pada pengalaman masa kanak-kanak. Combs dan Snygg

(dikutip oleh Stuart Sundeen, 1991) mengemukakan pengalaman awal kehidupan dalam keluarga merupakan dasar pembentukan konsep diri. Keluarga dapat memberikan :

1. Perasaan mampu atau tidak mampu.
2. Perasaan diterima atau ditolak.
3. Kesempatan untuk identifikasi
4. Penghargaan yang pantas tentang tujuan, perilaku dan nilai.

Suasana keluarga yang saling menghargai dan mempunyai pandangan yang positif akan mendorong kreatifitas anak, menghasilkan perasaan yang positif dan berarti. Penerimaan keluarga akan kemampuan anak sesuai dengan perkembangannya sangat mendorong aktualisasi diri dan kesadaran akan potensi dirinya. Tidak dianjurkan menggunakan kata-kata “ jangan”, “tidak boleh”, “nakal” tanpa penjelasan lebih lanjut.

Dapat disimpulkan konsep diri merupakan aspek kritical dan dasar dari perilaku individu. Individu dengan konsep diri yang positif dapat berfungsi lebih efektif terlihat dari kemampuan interpersonal, intelektual dan penguasaan lingkungan. Konsep diri negatif dapat dilihat dari hubungan individu dan sosial yang maladaptif. Rentang respon individu terhadap konsep dirinya dapat dilihat pada gambar 2.1



2.3.5 Komponen konsep diri

1. Gambaran diri

Gambaran diri adalah sikap individu yang disadari dan tidak disadari terhadap tubuhnya (Stuart dan Sundeen, 1995), Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran dan bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu

2. Ideal diri

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku sesuai dengan standar pribadi (Stuart dan Sundeen, 1995). Standar dapat berhubungan dengan tipe orang yang diinginkannya atau sejumlah aspirasi, cita-cita, nilai yang ingin dicapai.

3. Harga Diri

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (Stuart dan Sundeen, 1995). Frekuensi pencapaian tujuan akan menghasilkan harga diri yang rendah atau harga diri yang tinggi. Jika individu sering gagal maka cenderung harga diri rendah.

4. Peran

Peran adalah pola sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat. (Beck, dkk, 1984) dikutip oleh Budi Anna Keliat, 1992.

5. Identitas diri

Identitas diri adalah pengorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi, dan keunikan individu. (Stuart dan Sundeen, 1995).

2.3.6 Perubahan konsep diri

1. Perubahan gambaran diri

Perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan obyek yang sering kontak dengan tubuh. (Budi Anna Keliat, 1998)

Stresor yang sering menyebabkan perubahan gambaran diri:

- 1) Perubahan ukuran tubuh misalnya penurunan berat badan
- 2) Perubahan bentuk tubuh misal timbul lesi pad kulit, jamur pada mulut, pembengkakan kelenjar getah bening dan reaksi pengobatan ARV warna kulit hitam.
- 3) Keterbatasan: gerak, dan kegiatan
- 4) Makna dan obyek yang sering kontak: penampilan dan dandan berubah.

Tanda dan Gejala

1. menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah.
2. Tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi atau akan terjadi
3. Menolak penjelasan perubahan tubuh.
4. Persepsi negatif pada tubuh
5. Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang.
6. Mengungkapkan keputusasaan
7. Mengungkapkan ketakutan

Masalah Keperawatan yang mungkin timbul:

1. Gangguan citra tubuh
2. Gangguan harga diri
3. keputusasaan
4. Ketidakberdayaan
5. Kerusakan penyesuaian

2. Perubahan ideal diri

Ideal diri yang terlalu tinggi, sukar dicapai dan tidak realistis. Ideal diri yang samar, tidak jelas dan cenderung menuntut (Budi Anna Keliat, 1998)

Stresor: Harapan terhadap hasil pengobatan yang terlalu tinggi dan sukar dicapai.

Tanda dan gejala:

1. Mengungkapkan keputusasaan tentang penyakitnya yang tidak bisa sembuh
2. Mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi tentang masalah penyakitnya.

Masalah keperawatan yang mungkin timbul

1. Ideal diri tidak realistis
2. Gangguan harga diri: harga diri rendah
3. Ketidakberdayaan
4. Keputusasaan

3. Perubahan harga diri

Digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan (Budi Anna Keliat, 1998)

Tanda dan gejala

1. Perasaan malu terhadap diri sendiri
2. Rasa bersalah terhadap diri sendiri
3. Merendahkan martabat
4. Gangguan hubungan sosial: menarik diri, tidak ingin ketemu orang lain, lebih suka menyendiri.
5. Percaya diri kurang: sukar mengambil keputusan
6. Mencederai diri: bunuh diri

Masalah Keperawatan yang mungkin timbul:

1. Gangguan harga diri: harga diri rendah.
2. Keputusanasaan
3. Isolasi social: menarik diri
4. Resiko perilaku kekerasan

4. Perubahan peran

Berubah atau berhentinya fungsi peran disebabkan oleh penyakit, proses menua, putus hubungan kerja (Budi Anna Keliat, 1998)

Tanda dan Gejala

1. Mengingkari ketidakmampuan menjalankan peran
2. Ketidakpuasan peran
3. Kegagalan menjalankan peran baru
4. Ketegangan menjalankan peran baru
5. Kurang tanggung jawab atau penolakan dalam pekerjaan.
6. Apatis, bosan, jenuh, dan putus asa

Masalah Keperawatan yang mungkin timbul

1. Perubahan penampilan peran
2. Gangguan harga diri
3. Keputusasaan
4. Ketidakberdayaan

5. Perubahan Identitas personal

Kekaburan atau ketidak pastian diri sendiri, penuh dengan keraguan, sukar menetapkan keinginan, dan tidak mampu mengambil keputusan (Budi Anna Keliat, 1998)

Tanda dan Gejala

1. Tidak ada percaya diri
2. Sukar mengambil keputusan
3. ketergantungan dengan orang lain
4. Masalah dalam hubungan interpersonal karena adanya stigma dan diskriminasi
5. Ragu atau tidak yakin terhadap keinginan karena kurang dukungan keluarga.

Masalah Keperawatan

1. Gangguan identitas
2. Perubahan penampilan peran
3. Ketidakberdayaan
4. Keputusasaan

2.4 Infeksi HIV/AIDS

2.4.1 Pengertian HIV

Human Immuno Deficiency Virus (HIV) adalah suatu virus yang menyerang sel darah putih manusia dan menyebabkan menurunnya kekebalan atau daya tahan tubuh, sehingga mudah terserang infeksi atau penyakit (ANCP-Aus AID, 2002).

AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrom) adalah sindrom dengan gejala infeksi oportunistik atau kanker tertentu akibat menurunnya sistem kekebalan tubuh oleh infeksi HIV (human Immunodeficiency Virus) yang biasanya akan membawa kematian pada akhirnya.

2.4.2 Epidemiologi

Infeksi HIV dan AIDS adalah suatu pandemi di seluruh dunia. Jumlah kasus infeksi HIV pada orang dewasa pada tahun 2000 lebih kurang 34 juta jiwa, dan dua pertiganya berada di Afrika Sub Sahara. Sebagai tambahan, diperkirakan 1,3 juta anak-anak dibawah 15 tahun hidup dengan HIV/AIDS. Menurut *United Nations Programe On HIV/AIDS* (UNAID), pada tahun 1999 saja terdapat 5,4 juta kasus infeksi baru di seluruh dunia, yang berarti 15 ribu kasus baru setiap harinya. Sebanyak 2,8 juta jiwa yang meninggal karena AIDS membuat penyakit ini menjadi pembunuh nomor empat di seluruh dunia. Data sampai Desember 2001 menunjukkan adanya 1978 kasus HIV positif dan 671 kasus AIDS di Indonesia. Diperkirakan jumlah ini akan meningkat hingga mencapai 80 ribu sampai 120 ribu pada 2010. Berbeda dengan anggapan awam, ternyata cara penularan terbanyak di Indonesia adalah hubungan seks heteroseksual (56%), disusul pemakaian narkotika injeksi (18,5%), kemudian hubungan homoseksual (6,6%). Sisanya melalui transfusi darah atau produk darah, transmisi perinatal, dan tidak diketahui.

2.4.3 Perjalanan Penyakit

Perjalanan HIV/ AIDS dibagi dalam dua fase:

1. Fase Infeksi Awal

Pada fase awal proses infeksi (immunokompeten) akan terjadi respons imun berupa peningkatan aktivasi imun, yaitu pada tingkat seluler (HLA-DR; sel T; IL-2R); serum atau humoral (beta-2 mikroglobulin, neopterin, CD8, IL-R) dan antibodi upregulation (gp 120, anti p24; IgA) (Kam, 1996). Induksi sel T-helper dan sel-sel lain diperlukan untuk mempertahankan fungsi sel-sel faktor sistem imun agar tetap berfungsi baik. Infeksi HIV akan menghancurkan sel-sel T, sehingga T-helper tidak dapat memberikan induksi kepada sel-sel efektor sistem imun. Dengan tidak adanya T helper, sel-sel efektor sistem imun seperti T8 sitotoksik, sel NK, monosit dan sel B tidak dapat berfungsi secara baik. Daya tahan tubuh menurun sehingga pasien jatuh ke dalam stadium lebih lanjut.

2. Fase Infeksi Lanjut

Pada fase ini disebut dengan imunodefesien, dalam serum pasien yang terinfeksi HIV ditemukan adanya faktor supresif berupa antibodi terhadap proliferasi sel T. Adanya supresif pada proliferasi sel T tersebut dapat menekan sintesis dan sekresi limfokin. Sehingga sel T tidak mampu memberikan respons terhadap mitogen, terjadi disfungsi imun yang ditandai dengan penurunan kadar CD4, sitokin (IFN γ ; IL-2; IL-6); antibodi down regulation (gp120; anti p-24); TNF α ; anti nef (Kam, 1996).

Pembagian Stadium:**1. Stadium pertama : HIV**

Infeksi dimulai dengan masuknya HIV dan diikuti terjadinya perubahan serologis ketika antibodi terhadap virus tersebut dari negatif berubah menjadi positif. Rentang waktu sejak HIV masuk ke dalam tubuh sampai tes antibodi terhadap HIV menjadi positif disebut *window period*. Lama *window period* antara satu sampai tiga bulan, bahkan ada yang dapat berlangsung sampai enam bulan.

2. Stadium kedua : Asimptomatik (tanpa gejala).

Asimptomatik berarti bahwa di dalam organ tubuh terdapat HIV tetapi tubuh tidak menunjukkan gejala-gejala. Keadaan ini dapat berlangsung rata-rata selama 5 – 10 tahun. Cairan tubuh pasien HIV/ AIDS yang tampak sehat ini sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.

3. Stadium ketiga: pembesaran kelenjar limfe secara menetap dan merata (*Persistent Generalized Lymphadenopathy*), tidak hanya muncul pada satu tempat saja, dan berlangsung lebih satu bulan.**4. Stadium keempat : AIDS**

Keadaan ini disertai adanya bermacam-macam penyakit, antara lain penyakit konstitusional, penyakit syaraf dan penyakit infeksi sekunder.

Gejala Klinis pada stadium AIDS dibagi antara lain :

Gejala utama/ mayor :

1. Demam berkepanjangan lebih dari tiga bulan.
2. Diare kronis lebih dari satu bulan berulang maupun terus-menerus.
3. Penurunan berat badan lebih dari 10% dalam tiga bulan.

4. Penurunan kesadaran dan gangguan neurologis.
5. Demensia (HIV ensefalopati).

Gejala minor :

1. Batuk kronis selama lebih dari satu bulan.
2. Infeksi pada mulut dan tenggorokan disebabkan jamur *Candida Albicans*.
3. Pembengkakan kelenjar getah bening yang menetap di seluruh tubuh.
4. Munculnya herpes zoster berulang dan bercak-bercak gatal diseluruh tubuh
5. Kandidiasis orofaringeal
6. Herpes simplek kronik progresif
7. Limfadenopati.
8. Infeksi jamur berulang pada alat kelamin. (Depkes RI,2003)

2.4.4 Cara penularan dan pencegahan

HIV dapat ditularkan :

1. Melalui hubungan seksual tanpa menggunakan kondom.hubungan seks melalui vagina dan anus mempunyai resiko yang tinggi, sedang hubungan seks oral mempunyai resiko rendah.
2. Melalui jarum suntik dan atau spuit yang dipergunakan bersama untuk menyuntikkan obat-obatan atau steroid.
3. Infeksi dari ibu hamil kepada bayinya, sewaktu sedang hamil, melahirkan atau sewaktu menyusui.
4. Waktu membuat tato atau tusukan jarum yang kotor.
5. Melalui transfusi, olahan darah, atau transplantasi organ tubuh.

HIV tidak ditularkan melalui tempat duduk WC, sentuhan dengan pengidap HIV, melalui bersin, batuk, ludah atau ciuman bibir walaupun ada resiko secara teoritik melalui ciuman yang sangat lekat.

Cara pencegahan:

1. Jangan melakukan hubungan seksual.
2. Penularan tidak akan terjadi bila penis, bibir, vagina, atau anus tidak pernah bersentuhan dengan penis, bibir, vagina, atau anus orang lain.
3. Ciuman, pijatan dan saling masturbasi adalah merupakan aktifitas seksual yang aman.
4. Penggunaan kondom lateks atau poliuretan sewaktu melakukan hubungan seks sangat mengurangi resiko penularan HIV dan jangan menggunakan kondom dari bahan kulit alami.
5. Seks oral tanpa menggunakan kondom lateks tidak aman, akan tetapi lebih aman dibanding hubungan seksual penetratif lainnya tanpa pelindung.

2.4.5 Stigma dan diskriminasi

Stigma atau cap buruk adalah tindakan memvonis seseorang buruk moral atau perilakunya sehingga mendapatkan penyakit seperti itu. Orang-orang yang di stigma biasanya dianggap memalukan untuk alasan tertentu dan sebagai akibatnya mereka dipermalukan, dihindari, didiskreditkan, ditolak dan ditahan. Stigma-stigma yang sudah ada antara lain sering ditujukan kepada kelompok-kelompok atau orang-orang yang berperilaku seks tinggi seperti pelacur, waria, homoseks. Mereka dituduh sebagai sumber penularan HIV/AIDS.

Diskriminasi atau perlakuan tidak adil didefinisikan oleh UNAIDS sebagai tindakan yang disebabkan perbedaan, menghakimi terhadap orang berdasarkan

status HIV mereka baik yang pasti maupun diperkirakan atau keadaan keehatan mereka (Depkes RI, 2003).

2.4.6 Konsep diri penderita HIV/AIDS

Menerima kenyataan terinfeksi HIV bukanlah persoalan mudah. Sebagian besar penderita mengalami massa-massa depresi, shock, menyalahkan orang lain, putus asa, marah, hilang percaya diri dan munculnya pengingkaran atas apa yang mereka alami. Meski tuduhan bahwa HIV/AIDS adalah penyakit akibat kutukan Tuhan telah kerap dibantah dengan banyaknya temuan bahwa penyakit ini juga bisa menular melalui proses tranfusi darah dan penggunaan alat suntik serta pemanfaatan obat-obatan terlarang, stigma negatif masih belum hilang. Akibatnya sangat sedikit penderita HIV/AIDS yang mau berterus terang soal status mereka, dan membuat para penderita memilah-milah kepada siapa mereka harus bercerita. Berdasar pengalaman itulah penderita HIV/AIDS memiliki konsep diri dengan membuka diri atau menyembunyikannya.

Untuk membentuk konsep diri yang positif para penderita sangat membutuhkan dukungan keluarga selain pengobatan lain yang dapat meningkatkan kekebalan tubuh penderita.(Tim poling Jawa Pos, 2004).

2.4.7 Perawatan komprehensif berkesinambungan

Perawatan komprehensif melibatkan suatu jejaring kerja diantaranya sumber daya yang ada dalam rangka memberikan pelayanan dan perawatan holistik, komprehensif dan dukungan yang luas bagi ODHA dan keluarganya. Sebelum diputuskan untuk memberikan perawatan komprehensif perlu ditimbang beberapa hal antara lain sumber daya yang memadai yaitu

dukungan dana, bahan dan alat, sumber daya manusia baik dari pihak pemerintah atau masyarakat.

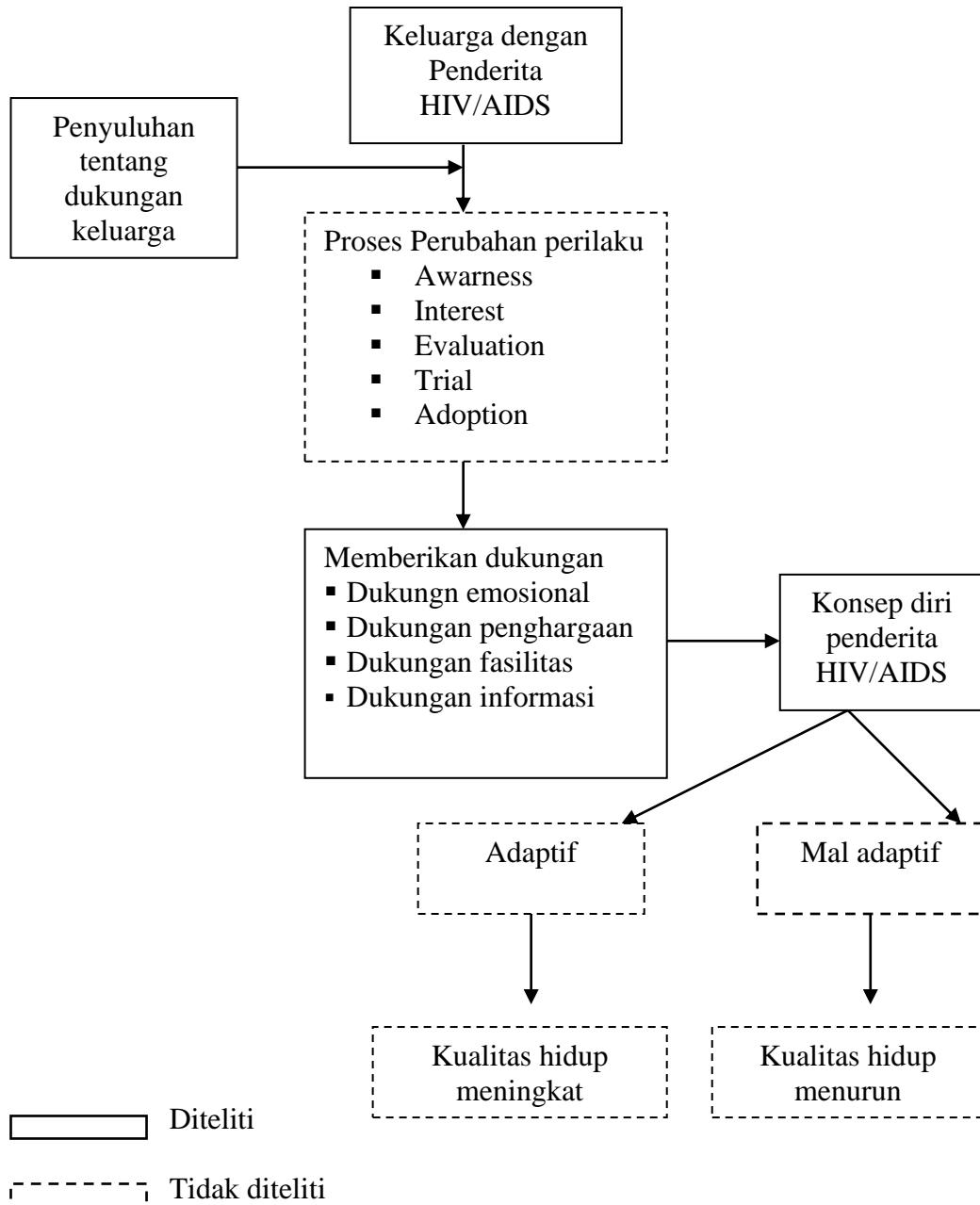
Komponen perawatan komprehensif meliputi:

1. Konseling dan tes HIV sukarela (Voluntary counseling and Testing /VCT) adalah titik awal pelayanan dan perawatan yang berkelanjutan dan merupakan tempat mereka datang untuk bertanya, belajar, menerima status HIV seseorang dengan privasi yang terjaga.
2. Tatalaksana klinis kasus infeksi simtomatik dengan diagnosa dini yang memadai, pengobatan yang rasional, maupun pemulangan yang terencana.
3. Asuhan keperawatan yang mampu memberi kenyamanan pasien dan higienis, mampu mengendalikan infeksi dengan baik, melatih dan mendidik keluarga tentang perawatan di rumah dan pencegahan penularan
4. Promosi gizi yang baik, dukungan psikologis dan emosional, dukungan spiritual, dan konseling.
5. Membentuk kelompok dukungan masyarakat untuk memberikan dukungan emosional kepada ODHA dan para pendampingnya.
6. Mengurangi dan menyingkirkan stigma, membangun sikap positif dari masyarakat terhadap ODHA dan keluarganya, termasuk para petugas kesehatan
7. Dukungan sosial atau rujukan kepada pelayanan sosial untuk mengatasi permasalahan tempat tinggal, pekerjaan, bantuan hukum, dan mencegah diskriminasi (Depkes RI, 2003)

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1. Kerangka Konseptual



Gambar 3.1. Kerangka konseptual penyuluhan terhadap dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV / AIDS sesuai teori konsep diri dari Fundamental Keperawatan, 2005 dimodifikasi dari teori Rogers, 1974.

Bagi penderita yang dinyatakan terinfeksi HIV/AIDS bukan persoalan mudah karena stigma dari masyarakat bahwa penyakit HIV/AIDS penyakit kutukan akibat perilaku yang menyimpang. Pernyataan terinfeksi HIV/AIDS merupakan stressor psikologis dan psikososial. Stressor ini dapat mempengaruhi daripada perubahan konsep diri penderita HIV/AIDS yaitu gambaran diri, harga diri, ideal diri, peran dan identitas personal (Selye, 1956). Dukungan dan ajakan untuk berperilaku hidup sehat merupakan pilihan yang terbaik. Respon positif keluarga dan dukungan psikososial sedini mungkin berdampak mengurangi keluhan penyakit yang dideritanya sehingga terjadi perubahan gaya hidup yang baik terhadap pasangan maupun keluarga. Penyuluhan tentang dukungan keluarga diharapkan dapat merubah perilaku keluarga . Sesuai dengan teori Rogers, 1974 perubahan perilaku ada lima yaitu awareness, interest, evaluation, trial dan adoption. Keluarga dapat berperan aktif memberikan dukungan baik dukungan emosional, penghargaan, fasilitas/materi, dan informasi kepada penderita. Dengan penyuluhan terhadap dukungan keluarga diharapkan dapat meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS sehingga konsep diri adaptif dan kualitas hidup meningkat progresivitas HIV ke AIDS lambat.

3.2 Hipotesis

1. Ada pengaruh penyuluhan terhadap dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS.
2. Ada pengaruh dukungan keluarga dalam meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Dalam bab ini akan dibahas (1) Desain penelitian (2) Kerangka operasional (3) Populasi, sample, dan sampling (4) Identifikasi variable (6) Definisi operasional (7) Etika penelitian (8) Keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan “ Pra Experimental dengan desain One Group Pra-test-post-test design” yang mana kelompok subyek diobservasi sebelum dilakukan intervensi kemudian diobservasi lagi setelah intervensi (Nursalam, 2001). Model rancangan seperti gambar 4.1

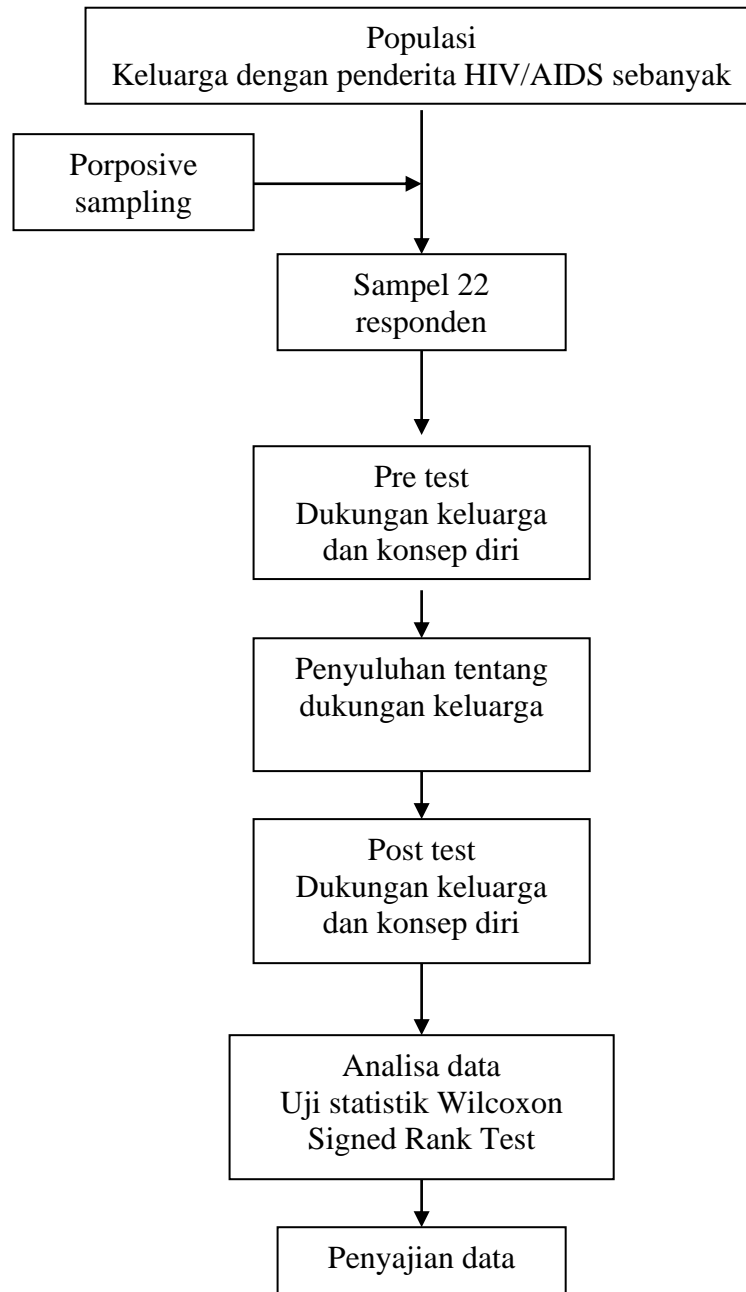
Subyek	Pre test	Perlakuan	Pasca test
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

- K-A : Subyek Keluarga
 K-B : Subyek Penderita
 O : Observasi dukungan Keluarga dan konsep diri penderita HIV/AIDS
 I : Intervensi Penyuluhan
 O1-(A+B) : Observasi dukungan keluarga dan konsep diri penderita HIV/AIDS

Gambar 4.1: Model rancangan penelitian Pengaruh Penyuluhan Terhadap Dukungan Keluarga Dalam Meningkatkan Konsep Diri Penderita HIV/AIDS.

4.2 Kerangka Operasional

Kerangka operasional pada penelitian ini adalah seperti gambar dibawah ini:



Gambar 4.2. Kerangka operasional penelitian Penyuluhan Terhadap Dukungan Keluarga dalam Meningkatkan Konsep Diri Penderita HIV/AIDS.

4.3 Populasi, sampel, dan sampling

4.3.1 Populasi

Populasi dari penelitian ini adalah keluarga dengan penderita HIV/AIDS di Unit Perawatan Intemediet Penyakit Infeksi RSUD dr. Soetomo Surabaya.

4.3.2 Sampel

Sampel keluarga dengan penderita HIV/AIDS yang terpilih menjadi sampel sesuai dengan kriteria inklusi:

Kriteia inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau yang layak diteliti.

1. Kriteria inklusi dalam pnelitian ini adalah:

- 1) Keluarga dengan penderita HIV/AIDS
- 2) Keluarga yang tidak sakit fisik.
- 3) Keluarga terdekat penderita
- 4) Keluarga yang menunggui atau mengantar penderita HIV/AIDS
- 5) Penderita HIV/AIDS baik rawat inap atau rawat jalan
- 6) Penderita yang terdeteksi menderit HIV/AIDS <1 tahun

2. Kriteria eksklusi

- 1) Keluarga dengan sakit fisik
- 2) Tidak mau menjadi responden
- 3) Penderita anak dengan HIV/AIDS

Besar Sampel

Jumlah populasi penderita HIV/AIDS setiap bulan baik yang rawat inap atau rawat jalan rata-rata 22 responden. Dalam menentukan besar sampel peneliti menggunakan rumus:

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d(N-1) + z \cdot p \cdot q} \\
 &= \frac{24(1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 (24-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \\
 &= \frac{23,0496}{1,15 + 0,49} \\
 &= \frac{23,0496}{1,64} \\
 &= 22 \text{ responden}
 \end{aligned}$$

Keterangan:

n : perkiraan jumlah sampel

N : Perkiraan besar populasi

Z : nilai standart normal
untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)p : perkiraan proporsi, jika
tidak diketahui dianggap
50 %

q : 1 - p (100 % - p)

d : Tingkat kesalahan yang
dipilih (d = 0,05)**4.3.3 Sampling**

Dalam penelitian sampel pada penelitian ini menggunakan purposive sampling yaitu tehnik penentuan sampel dengan anggota keluarga yang mendampingi penderita HIV/AIDS dalam penelitian.

4.4 Identifikasi Variabel**4.4.1 Variabel independen**

Variabel independen dalam penelitian ini adalah penyuluhan.

4.4.2 Variabel dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga dan konsep diri.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Definisi yang dapat diamati atau diukur itulah yang merupakan kunci definisi operasional (Siti Pariani, Nursalam, 2001)

Tabel 4.3 Definisi operasional

Tabel 4.3. Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Skala	Alat Ukur	Skor
Independent: Penyuluhan tentang Dukungan keluarga	Memberikan penambahan pengetahuan kepada keluarga penderita HIV/AIDS tentang dukungan keluarga.	Pemberian informasi tentang: 1. Pengertian dukungan keluarga 2. Jenis-jenis dukungan keluarga 3. Manfaat dukungan keluarga 4. Tindakan yang terkait dengan dukungan keluarga. Dilakukan 1x dalam seminggu selama 2 minggu Lengkap: Materi tersampaikan semua, Frekuensi penyuluhan dua kali dalam seminggu, alat flip chart dan leaflet Tidak lengkap: Frekuensi penyuluhan satu kali dalam dua minggu, alat dengan leaflet.		Panduan	

<p>Dependent: Dukungan Keluarga</p>	<p>Dukungan keluarga: Bantuan yang diberikan kepada penderita HIV/AIDS yang mengalami perubahan konsep diri.</p>	<p>Dukungan emosional: Ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan.</p> <p>Dukungan penghargaan: Ungkapan hormat atau penghargaan positif, dan dorongan maju, kepada penderita.</p> <p>Dukungan informasi atau kognitif: Memberikan informasi, saran dan pengetahuan.</p> <p>Dukungan material: Memberi bantuan baik barang, jasa, pekerjaan.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Kuesioner</p>	<p>Penilaian akhir dengan cara jumlah seluruh item pertanyaan dikalikan dengan skor tertinggi kemudian diklasifikasikan: 76% -100%: baik 56% - 75%: cukup ≤55% : kurang Pernyataan positif 18 item dengan keterangan selalu=4, sering=3, kadang-kadang=2, tidak pernah=1</p>
<p>Konsep terdiri komponen yaitu:</p>	<p>diri 5</p> <p>Semua ide, pikiran kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya yang mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain.</p>		<p>Nominal</p>		<p>< 55% konsep diri kurang</p>

Gambaran diri:	Sikap seseorang terhadap dirinya secara sadar atau tidak sadar.	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak menerima perubahan tubuh setelah mendapat pengobatan • Menolak penjelasan tentang perubahan pada tubuhnya • Keterbatasan gerak karena kelelahan. • Tidak menerima perubahan bentuk tubuh (BB) 	Ordinal	Kuesioner	<p>Penilaian akhir dengan cara jumlah seluruh item pertanyaan dikalikan dengan skor tertinggi kemudian diklasifikasikan: 76% 100%: baik 56% - 75%: cukup ≤ 55%: kurang</p> <p>Pernyataan positif berjumlah 11 item (no.4,5,6,7,8,9,13,14,17,18,22) dengan keterangan SS=4, S=3, TS=2, STS=1</p>
Ideal diri	Persepsi individu tentang bagaimana ia harus berlaku sesuai dengan standar pribadi.	<ul style="list-style-type: none"> • Mengungkapkan keputusan karena penyakitnya tidak bisa sembuh • Merasa tidak berdaya • Merasa cemas dan rendah diri • Kadang mengungkapkan keinginan terlalu tinggi 			<p>Pernyataan negatif berjumlah 11 item (no.1,2,3,10,11,12,15,16,19,20,21) dengan keterangan SS=1, S=2, TS=3, STS=4</p>
Harga diri	Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa	<ul style="list-style-type: none"> • Perasaan malu terhadap diri sendiri • Merasa bersalah terhadap diri sendiri 			

	<p>jauh perilaku memenuhi harga dirinya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesimis • Menarik diri • Tersinggung • Percaya diri kurang • Mencederai diri sendiri 			
Peran	<p>Pola sikap, perilaku, nilai dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisi di masyarakat atau keluarga</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gagal sebagai suami, istri atau anak. • Apatis, bosan dan jenuh • Segan melakukan aktivitas • Berhenti bekerja • Tidak aktif 			
Identitas personal	<p>Kemandirian timbul dari perasaan berharga dan penguasaan diri.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak percaya diri dan sukar mengambil keputusan. • Ketergantungan pada orang lain • Masalah berhubungan dengan interpersonal • Perasaan kosong ditinggal orang yang disayangi • Ragu dan tidak yakin terhadap keinginan. 			

4.6 Pengumpulan dan Pengolahan data

4.6.1 Instrumen penelitian

Untuk melakukan pengumpulan data peneliti membuat instrumen sebagai pedoman pengumpulan data berupa kuesioner untuk mengevaluasi dukungan keluarga terdiri dari 18 pertanyaan berbentuk pertanyaan tertutup dengan pilihan selalu, sering, kadang-kadang, tidak pernah dan untuk konsep diri diisi oleh responden terdiri dari 22 pertanyaan berbentuk skala likert dengan pilihan SS, S, TS, STS. Kuesioner dukungan keluarga dimodifikasi dari teori Gottlieb (1983) dan Nursalam (2003) dan konsep diri dari teori Burn R.B (1993) dan Nursalam (2003). Pengumpulan data dilakukan sebelum dan sesudah diberikan penyuluhan kesehatan. Sistem penilaian akhir dari kuesioner dukungan keluarga dengan cara menjumlahkan seluruh item pertanyaan kemudian dikalikan dengan skors tertingginya, dan diklasifikasikan dengan 76-100%: baik, 56 – 75%: cukup, ≤ 55%: kurang. Untuk Konsep diri diklasifikasikan dengan 76-100%: baik, 56-75%: cukup, ≤ 55%: kurang.

4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi penelitian dilaksanakan di Unit Perawatan Intermediet Penyakit Infeksi (UPIPI) RSUD dr. Soetomo Surabaya dengan waktu pelaksanaan pengumpulan data pada tanggal 25 Nopember sampai dengan 24 Desember 2005.

4.6.3 Prosedur pengambilan atau pengumpulan data

Dalam penelitian ini proses pengambilan dan pengumpulan data diperoleh setelah sebelumnya mendapatkan izin dari pihak RSUD dr. Soetomo Surabaya untuk mengadakan penelitian. Sebagai langkah awal penelitian, peneliti akan menyeleksi responden dengan berpedoman pada kriteria inklusi yang sudah

ditentukan dan menghitung besar sampelnya dengan menggunakan rumus. Setelah mendapatkan responden yang dikehendaki maka langkah selanjutnya adalah meminta persetujuan dari responden penelitian baik pasien maupun keluarga dengan memberikan surat persetujuan menjadi responden.

Setelah mendapatkan persetujuan dari responden dilakukan observasi awal dengan memberikan kuesioner kepada keluarga tentang dukungan keluarga. Sedangkan untuk seleksi awal apakah penderita sudah memperoleh dukungan keluarga ataukah belum, dilakukan melalui wawancara sederhana. Bagi penderita yang belum menjelaskan kepada keluarga tentang kondisi pasien yang sebenarnya tidak dilakukan penilaian dan tidak dipergunakan oleh peneliti sebagai responden.

Dilanjutkan dengan memberikan intervensi dalam bentuk penyuluhan tentang dukungan keluarga. Penderita HIV/AIDS diberikan kuesioner tentang konsep diri. Intervensi diberikan di ruangan saat keluarga melakukan kunjungan dan bagi penderita rawat jalan dilakukan kunjungan rumah (*home care*).

Intervensi rencana diberikan satu kali dalam seminggu selama dua minggu dalam 30 menit sampai dengan satu jam setiap kunjungan. Satu bulan kemudian dilakukan observasi ulang perilaku dengan menggunakan kuesioner dan melakukan pengamatan langsung kepada keluarga untuk menilai pengaruh dari intervensi yang diberikan dan pengaruhnya terhadap konsep diri penderita HIV/AIDS.

4.6.4 Cara analisa data

Analisis data merupakan suatu proses analisis yang dilakukan secara sistimatis terhadap data yang telah dikumpulkan. Dalam penelitian ini analisis data dilakukan setelah data dari kuesioner terkumpul yang kemudian diperiksa ulang

untuk mengetahui kelengkapan isinya, setelah data lengkap dikumpulkan dan ditabulasi berdasarkan sub variable yang diteliti, kemudian dilakukan perhitungan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan pertimbangan tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui adanya pengaruh variable independen dan variable dependen tanpa ada kelompok kontrol, skala data yang digunakan adalah ordinal dan sampel yang digunakan bebas.

4.7 Etika Penelitian

4.7.1 *Inform consent*

Inform consent diberikan kepada responden yang akan diteliti, peneliti menjelaskan maksud dari penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Jika responden bersedia, maka mereka harus menanda tangani surat persetujuan, jika responden menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

4.7.2 *Anonimity*

Kerahasiaan terhadap responden yang dijadikan sampel dalam penelitian ini menjadi prioritas dengan cara tidak akan disebutkan namanya dalam pembuatan laporan penelitian dan penamaan hanya dengan menggunakan kode.

4.7.3 *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan oleh peneliti dari responden akan dijamin kerahasiaannya.

4.8 Keterbatasan

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

1. Instrumen pengumpulan data dirancang oleh peneliti sendiri, oleh karena itu validitas dan reliabilitasnya masih perlu diuji coba.
2. Waktu penelitian terbatas, akibatnya hasil penelitian kurang sempurna dan kurang memuaskan.
3. Waktu pelaksanaan *home care* sulit untuk mencari tempat tinggal keluarga penderita.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto.S. (1998). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Burn, R.B. (1993) *Konsep Diri tentang Teori Penguluran, Perkembangan, Dan Perilaku*. Arcan. Jakarta.
- Direktur Jendral Pemberantas Penyakit Menular dan Penyembuhan Lingkungan. (2003). *Pedoman Nasional Perawatan Dukungan dan Pengobatan bagi ODHA*. Jakarta. Depkes RI.
- Dadang Hawari (2001) *Manajemen Stres, cemas dan depresi*. Edisi 2. Gaya Baru. Jakarta
- Effendi. N. (1998). *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*.EGC. Jakarta
- Friedman MM.(1996) *Keperawatan Keluarga teori dan Praktek Diterjemahkan oleh Indonesia debora dan Yoakin Asy*. (1998). EGC. Jakarta.
- J.Guwandi (2004). *Inform Consent*. FKUI. Jakarta.
- Keliat Budi Ana (1992). *Gangguan Konsep Diri*. EGC. Jakarta.
- Keliat Budi Anna (1998). *Gangguan Koping, Citra Tubuh dan Seksual Pada Kliien Kanker*. EGC. Jakarta.
- Koentjaraningrat. (1999). *Pengantar Ilmu Antropologi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- _____ Kompas (2004). *AIDS Setelah Lebih Dari Dua Dasawarsa*. <http://www.Bkkn.go.id>. Diakses tgl. 20 September 2005.
- _____ Kongres Nasional I PNI. (2005). *PNI Sebagai Pendekatan Holistik Dalam Menanggulangi Penyakit di Era Mendatang*. Gideon Offset printing. Surabaya.
- Kuntjoro (2002), *Dukungan Sosial Pada Lansia*, e-Psikologi.com
- Merawati. (2003). *Workshop: Tak Mudah Menghapuskan Stigma dan Diskriminasi*. <http://www.Indonesia.com/b.post/htm>. Diakses tanggal 20 September 2005 jam 09.01. Banjarmasin Post Group.
- Notoatmodjo, S.(2003). *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo,S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika. Surabaya.
- Purwanto, Heri. (1994). *Pengantar Statistik Keperawatan*. EGC. Jakarta
- Potter, Patricia A. (2005). *Fundamental Keperawatan*. EGC. Jakarta.
- Siti Pariani dan Nursalam. (2002). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Sagung seto. Jakarta.
- Suliha U, et all (2001). *Pendidikan kesehatan Dalam Keperawatan*. EGC. Jakarta.
- Smet,B. (1994). Alih Bahasa: Kunta R. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Anggota IKA pi, hal. 133 – 139.
- Stuat, G.W dan Sundeen, S.J. (1995). *Principle And Practice Of Psychiatic Nursing* (5 th.ed). St.Louis: Mosby Vaer Book.
- _____,(2004), *Buku Panduan Penyusunan Proposal dan Skripsi*, Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
- WHO, (1987), *HIV manual untuk Tenaga Kesehatan*. EGC. Jakarta
- Yayasan Spiritia (2004). *Lembaga Informasi Tentang HIV/AIDS untuk Orang yang Dengan HIV/AIDS (ODHA)*.
- Yayasan Kerti Praja Dan Yayasan Burnet Indonesia Dengan Dukungan Dari Australia NGO Cooperation Program (ANCP,AusAID). (2002). *Buku Pedoman Konselor HIV/AIDS*. Denpasar.

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN PENELITIAN

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ANIK SUPRIANI

NIM : 010430865B

Adalah mahasiswa program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian tentang **“Pengaruh Penyuluhan Terhadap Dukungan Keluarga Dalam Meningkatkan Konsep Diri Penderita HIV/AIDS.”** Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana pengaruh penyuluhan terhadap dukungan keluarga dapat meningkatkan konsep diri penderita HIV/AIDS.

Dengan mengisi setiap item pertanyaan dalam kuesioner ini dengan bebas, tulus dan jujur, berdasarkan pendapat Bapak/Ibu. Jawaban yang Bapak/Ibu berikan akan saya rahasiakan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila Bapak/Ibu menyetujui, maka saya mohon untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab kuesioner yang diajukan peneliti.

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/Ibu, saya ucapkan banyak terimakasih.

Surabaya, Desember2005

Hormat saya

ANIK SUPRIANI

Lampiran 4**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : ANIK SUPRIANI

NIM : 010430865B

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang berjudul **“Pengaruh Penyuluhan Terhadap Dukungan Keluarga Dalam Meningkatkan Konsep diri Penderita HIV/AIDS”**.

Tanda tangan Bapak/Ibu menunjukkan bahwa saya diberi informasi dan memutuskan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surabaya, Desember 2005

Responden

(Tanda tangan)

Lampiran 5

LEMBAR KUESIONER PADA PASIEN

Isilah tanda silang (X) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan pertanyaan berikut:

No. Responden :

Tanggal pengisian :

A. Data demografi

1. Jenis kelamin

1) pria

2) Perempuan

2. Pendidikan

1) Perguruan tinggi

2) SMU

3) SMP

4) SD

5) Tidak sekolah

3. Umur tahun

4. Status perkawinan

1) Kawin

2) Tidak kawin

3) Janda atau duda

5. Pekerjaan sebelum sakit

1) Tidak bekerja

2) Pensiunan

- 3) Petani
- 4) Nelayan
- 5) Swasta
- 6) Lain - lain

6. Agama atau kepercayaan

- 1) Islam
- 2) Kristen atau katolik
- 3) Hindu
- 4) Budha
- 5) Lain - lain

7. Sumber penularan

- 1) Druge User (Narkoba)
- 2) Heteroseksual
- 3) Homoseksual

LEMBAR KUESIONER PADA KELUARGA

Isilah tanda silang (X) pada kotak yang telah disediakan sesuai dengan pertanyaan berikut:

No. Responden :

Tanggal pengisian :

A. Data Demografi keluarga klien

1. Jenis kelamin

1) Pria

2) Perempuan

2. Pendidikan

1) Tamat SD

2) Tamat SLTP

3) Tamat SLTA

4) Tamat Perguruan Tinggi

5) Tidak pernah sekolah formal

3. Umur tahun

4. Status Perkawinan

1) Kawin

2) Tidak kawin

3) Janda atau duda

5. Pekerjaan

1) Tidak bekerja

2) Pensiunan

3) Petani

- 4) Swasta
- 5) Nelayan
- 6) PNS
- 7) TNI/POLRI
6. Agama atau kepercayaan
- 1) Islam
- 2) Kristen atau katolik
- 3) Hindu
- 4) Budha
7. Hubungan dengan penderita
- 1) Ayah
- 2) Ibu
- 3) Anak
- 4) Saudara
- 5) Yang lain sebutkan
8. Tempat tinggal
- 1) Tinggal serumah dengan klien
- 2) Tidk tinggal serumah dengan klien

I. Penilaian terhadap dukungan keluarga

Pilihlah salah satu pertanyaan dibawah ini, ya atau tidak dengan tanda (V):

No	JENIS DUKUNGAN	Selalu	sering	Kadang	Tidak pernah	Kode
1.	<p>Dukungan Emosional dan penghargaan</p> <p>1. Keluarga memotivasi pasien untuk berdoa</p> <p>2. Keluarga membantu pasien untuk beribadah.</p> <p>3. Keluarga memperhatikan pesan-pesan dan keluhan pasien</p> <p>4. Keluarga memberi nasehat untuk tidak berkecil hati, sedih serta menyalahkan diri sendiri</p> <p>5. Keluarga memberikan pujian setiap sikap pasien yang dilakukan dengan benar.</p> <p>6. Keluarga tetap melibatkan pasien dalam kegiatan keluarga</p> <p>7. Keluarga membesarkan hati pasien bahwa ini adalah suatu musibah.</p> <p>8. Keluarga bersikap halus dan menerima jika ada sikap negatif dari pasien.</p>					
2.	<p>Dukungan Fasilitas/materi</p> <p>9. Keluarga menyediakan waktu untuk pasien.</p> <p>10. Keluarga menyediakan fasilitas untuk pasien</p> <p>11. Keluarga berperan aktif dalam setiap pengobatan yang terjadi pada pasien.</p> <p>12. Keluarga bersedia membiayai biaya perawatan pasien</p> <p>13. Keluarga tetap menerima pasien dan memberikan kebutuhannya.</p>					

3.	<p>Dukungan Informasi atau pengetahuan</p> <p>14. Keluarga memberitahu kepada pasien hasil pemeriksaan dan pengobatan dari dokter.</p> <p>15. Keluarga mengingatkan pasien untuk kontrol minum obat.</p> <p>16. Keluarga mengingatkan pasien tentang perilaku-perilaku yang memperburuk penyakitnya.</p> <p>17. Keluarga selalu menjelaskan kepada penderita setiap pasien bertanya hal-hal yang tidak jelas tentang penyakitnya.</p> <p>18. Keluarga menjelaskan pada pasien penyakit ini bukan penyakit kutukan dan penuh dosa.</p>					
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

II. Konsep Diri

Berilah tanda (V) pada kolom jawaban.

SS : Sangat setuju

S : Setuju

TS : Tidak Setuju

STS : Sangat tidak setuju

NO	PERTANYAAN	SS	S	TS	STS
1.	<p>Perubahan Gambaran Diri</p> <p>1. Saya merasa malu karena berat badan saya semakin hari semakin kurus..</p> <p>2. Setelah mendapat pengobatan saya merasakan ada perubahan dari warna kulit saya.</p> <p>3. Saya merasa keluarga jijik melihat perubahan tubuh saya.</p> <p>4. Saya tetap menerima perubahan tubuh saya</p>				
2.	<p>Perubahan Ideal Diri</p> <p>5. Saya berkecil hati tentang penyakit saya ini.</p> <p>6. Saya tidak merasa sedih dengan penyakit saya ini</p> <p>7. Saya merasa tidak berdaya dan malas untuk beraktifitas.</p> <p>8. Saya ingin kembali dan diterima oleh keluarga atau masyarakat.</p> <p>9. Saya berharap saya dapat lebih menghargai diri saya sendiri.</p>				
3.	<p>Perubahan Harga diri</p> <p>10. Saya sering menyalahkan diri sendiri dan merasa orang yang tak berguna.</p> <p>11. Kadang-kadang saya berfikir bahwa saya tidak baik sama sekali dan penuh dosa.</p> <p>12. Saya merasa malu pada diri sendiri dan pada Tuhan.</p> <p>13. Saya tidak punya pikiran untuk melakukan bunuh diri.</p> <p>14. Saya masih tetap senang bergaul dengan orang lain</p>				
4.	<p>Perubahan Peran</p> <p>15. Sejak dinyatakan terinfeksi HIV saya merasa gagal sebagai ayah/ibu/ anak.</p> <p>16. Saya tetap dilibatkan dalam kegiatan keluarga.</p> <p>17. Saya memaksa diri saya untuk mengerjakan sesuatu.</p> <p>18. Saya masih tetap bekerja dan masih aktif dalam kegiatan.</p>				

5.	Perubahan Identitas 19. Selama saya sakit jika ada masalah saya sering salah dalam bertindak dan mengambil keputusan 20. Saya takut berdekatan dengan orang lain atau keluarga karena khawatir penyakit saya menularkan pada orang lain atau keluarga. 21. Sejak saya sakit saya selalu menjadi beban keluarga. 22. Saya tetap merasa tetap yakin ada harapan di masa depan.				
----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Lampiran 6

SATUAN ACARA PENYULUHAN

- Topik : Dukungan Sosial Keluarga terhadap perubahan konsep diri
- Sub topik : 1. Pengertian dukungan keluarga.
2. Jenis dukungan keluarga.
3. Manfaat dukungan keluarga terhadap perubahan konsep diri.
4. Tindakan yang berkaitan dengan pemberian dukungan keluarga
- Sasaran : Keluarga penderita HIV/AIDS di RSUD dr. Soetomo di Ruang UPIPI
- Waktu : 30 menit
-

I. Tujuan Intruksional Umum

Pada akhir proses penyuluhan keluarga dapat mengetahui dan mengerti pentingnya dukungan keluarga terhadap perubahan konsep diri penderita HIV/AIDS.

II. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan penyuluhan keluarga mampu:

1. Menyebutkan definisi dukungan keluarga
2. Menyebutkan jenis-jenis dukungan keluarga
3. Menyebutkan manfaat dukungan keluarga yang berpengaruh pada perubahan konsep diri.
4. Menyebutkan tindakan-tindakan yang berkaitan dengan dukungan keluarga.

III. Sasaran

Keluarga penderita HIV/AIDS di UPIPI RSUD dr. Soetomo Surabaya

IV. Materi

1. Definisi dukungan keluarga.
2. Jenis-jenis dukungan keluarga
3. Manfaat dukungan keluarga terhadap perubahan konsep diri
4. Tindakan-tindakan yang berkaitan dengan dukungan keluarga.

V. Metode

1. Ceramah
2. Tanya jawab

VI. Media

1. Flip chart
2. Laflet

VII. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi Struktur
 - Peserta hadir di tempat penyuluhan
 - Penyelenggaraan penyuluhan dilaksanakan di RSUD dr. Soetomo Surabaya di ruang UPIPI
 - Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelumnya.
2. Evaluasi
 - Peserta antusias terhadap materi penyuluhan
 - Tidak ada peserta yang meninggalkan tempat penyuluhan
 - Peserta mengajukan pertanyaan dan menjawab secara benar.

3. Evaluasi hasil

Keluarga mengetahui tentang dukungan keluarga dan pentingnya dukungan keluarga terhadap perubahan konsep diri.

VIII. Kegiatan Penyuluhan

NO	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1.	5 menit	Pembukaan <ul style="list-style-type: none"> • Membuka kegiatan dengan mengucapkan salam • Memperkenalkan diri • Menjelaskan tujuan dari penyuluhan • Kontrak waktu • Menyebutkan materi yang akan diberikan 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab salam • Mendengarkan • Memperhatikan
2.	20 menit	Pelaksanaan <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan definisi dukungan keluarga • Menjelaskan jenis-jenis dukungan keluarga • Menjelaskan manfaat dukungan keluarga terhadap penderita HIV/AIDS • Menjelaskan tindakan yang berkaitan dengan dukungan keluarga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mendengarkan • Memperhatikan • Bertanya dan menjawab pertanyaan
3.	5 menit	Evaluasi dan terminasi <ul style="list-style-type: none"> • Menanyakan kepada audien tentang materi yang telah diberikan dan reinforcement kepada peserta yang dapat menjawab pertanyaan. • Mengucapkan terima kasih atas peran serta audien. • Mengucapkan salam penutup. 	<ul style="list-style-type: none"> • Menjawab pertanyaan • Mendengarkan • Menjawab salam

Lampiran 7

MATERI PENYULUHAN**I. Definisi dukungan keluarga**

Dukungan keluarga merupakan bagian dari dukungan sosial yang berfungsi sebagai anggota keluarga yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan dan proses adaptasi.

II. Jenis-jenis dukungan keluarga.

a. Dukungan Emosional

Mencakup ungkapan empati, kepedulian, rasa cinta, menerima kondisi apa adanya dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan (anggota keluarga yang sakit).

b. Dukungan Penghargaan

Terjadi lewat ungkapan hormat (penghargaan) positif untuk orang itu, dorongan maju atau persetujuan dengan gagasan atau perasaan individu dan perbandingan positif orang itu dengan orang-orang lain. Misal orang kurang mampu atau lebih buruk keadaannya (menambah penghargaan diri).

c. Dukungan Informational

Mencakup memberikan informasi, pengetahuan, nasehat atau saran dan petunjuk.

d. Dukngan Material

Mencakup bantuan langsung baik berupa barang maupun jasa yang dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah.

III. Manfaat dukungan keluarga bagi kesehatan

Pemberian dukungan keluarga berpengaruh terhadap kesehatan. Manfaat yang bisa diperoleh antara lain:

- Dukungan dari keluarga dapat melindungi orang tersebut terhadap efek negatif dari kondisi stress yang berat.
- Dukungan keluarga dapat memperkuat system imun.
- Merubah perilaku seseorang.
- Membangun dan meningkatkan rasa percaya diri dan harga diri
- Tercipta hubungan interaksi yang saling memuaskan
- Dapat tercipta lingkungan yang menyenangkan (kondusif) yang mendukung proses pengobatan.

IV. Tindakan-tindakan yang berkaitan dengan pemberian dukungan keluarga.

- Keluarga berperan aktif dalam perawatan selama anggota keluarga sakit.
- Keluarga tetap mencintai anggota keluarga yang sakit.
- Keluarga menerima pasien apa adanya dengan perubahan tubuhnya baik akibat penyakitnya atau proses pengobatan.
- Keluarga harus membesarkan hati pasien atas perubahan tubuhnya.
- Keluarga memperlakukan pasien tidak berbeda dengan anggota keluarga yang lain.
- Keluarga memberi motifasi kepada pasien untuk tidak putus asa maupun merasa tidak berdaya dengan keadaannya.

- Menanamkan kepada seluruh anggota keluarga bahwa hal ini merupakan suatu cobaan dan musibah.
- Keluarga selalu memperhatikan setiap kebutuhan anggota keluarga yang sakit tidak mengucilkan penderita.
- Keluarga terlibat dalam mendukung biaya pengobatan dan mencari sponsor atau dukungan biaya untuk perawatan.
- Pasien harus mengetahui cara pencegahan penularan yang baik agar tidak menularkan kepada keluarga.
- Mendorong pasien agar tidak cemas, pesimis, menarik diri dan merasa bersalah dengan keadaan sakitnya dengan terus berupaya dan berdoa, dan sholat.
- Menjaga keharmonisan interaksi dan komunikasi dengan anggota keluarga yang sakit.
- Keluarga tetap mendorong dan melibatkan anggota keluarga yang sakit dalam setiap kegiatan.
- Terbina komunikasi dan hubungan yang baik antara pasien dan keluarga.
- Pasien memperoleh dukungan dari tokoh agama dan tokoh masyarakat.

Frequencies

Statistics

	jenis kelamin	umur pasien	pendidikan pasien	statusper kawinan	pekerjaan pasien	agama px	sumber penularan	nilai pra test konsep diri	nilai post test konsep diri	jenis kelamin keluarga	umur keluarga	pendidikan keluarga	status perkawina nieuarga	pekerjaan keluarga	agama keluarga	hubungan dengan penderita	tempat tinggal keluarga	nilai pra test dukungan keluarga	nilai post test dukungan keluarga	obsensi dukungan keluarga
N Valid	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequencies

Statistics

	umur pasien	nilai pra test konsep diri	nilai post test konsep diri	umur keluarga	nilai pra test dukungan keluarga	nilai post test dukungan keluarga
N Valid	22	22	22	22	22	22
Missing	0	0	0	0	0	0
Mean	29.64	52.9473	63.3536	44.50	55.9591	69.2545
Median	28.00	53.3500	65.9000	50.00	54.0000	69.0000
Mode	23	54.50	65.90 ^a	50	54.00	83.00
Std. Deviation	6.58	6.3997	6.9123	9.27	10.0814	10.5362
Minimum	23	42.04	52.30	26	27.70	54.70
Maximum	44	69.30	79.50	55	69.00	83.00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

umur pasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 23	5	22.7	22.7	22.7
24	1	4.5	4.5	27.3
25	3	13.6	13.6	40.9
28	3	13.6	13.6	54.5
29	2	9.1	9.1	63.6
30	1	4.5	4.5	68.2
32	1	4.5	4.5	72.7
35	1	4.5	4.5	77.3
36	1	4.5	4.5	81.8
39	1	4.5	4.5	86.4
40	2	9.1	9.1	95.5
44	1	4.5	4.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

nilai pra test konsep diri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	42.04	1	4.5	4.5	4.5
	44.30	2	9.1	9.1	13.6
	44.50	1	4.5	4.5	18.2
	50.00	3	13.6	13.6	31.8
	51.20	3	13.6	13.6	45.5
	52.20	1	4.5	4.5	50.0
	54.50	4	18.2	18.2	68.2
	55.00	1	4.5	4.5	72.7
	55.50	1	4.5	4.5	77.3
	55.60	1	4.5	4.5	81.8
	56.80	1	4.5	4.5	86.4
	59.00	1	4.5	4.5	90.9
	64.70	1	4.5	4.5	95.5
	69.30	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

nilai post test konsep diri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	52.30	1	4.5	4.5	4.5
	53.40	1	4.5	4.5	9.1
	54.50	1	4.5	4.5	13.6
	55.60	2	9.1	9.1	22.7
	56.80	2	9.1	9.1	31.8
	59.00	1	4.5	4.5	36.4
	62.50	1	4.5	4.5	40.9
	64.70	1	4.5	4.5	45.5
	65.90	3	13.6	13.6	59.1
	67.00	1	4.5	4.5	63.6
	67.04	2	9.1	9.1	72.7
	68.20	3	13.6	13.6	86.4
	69.30	1	4.5	4.5	90.9
	70.40	1	4.5	4.5	95.5
	79.50	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

umur keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26	1	4.5	4.5	4.5
	29	1	4.5	4.5	9.1
	30	2	9.1	9.1	18.2
	38	2	9.1	9.1	27.3
	40	3	13.6	13.6	40.9
	50	7	31.8	31.8	72.7
	52	4	18.2	18.2	90.9
	55	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

nilai pra test dukungan keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	27.70	1	4.5	4.5	4.5
	43.00	1	4.5	4.5	9.1
	50.00	3	13.6	13.6	22.7
	51.30	1	4.5	4.5	27.3
	51.40	2	9.1	9.1	36.4
	54.00	5	22.7	22.7	59.1
	55.00	1	4.5	4.5	63.6
	59.70	1	4.5	4.5	68.2
	61.00	1	4.5	4.5	72.7
	66.60	1	4.5	4.5	77.3
	68.00	1	4.5	4.5	81.8
	69.00	4	18.2	18.2	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

nilai post test dukungan keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	54.70	1	4.5	4.5	4.5
	55.00	1	4.5	4.5	9.1
	55.50	1	4.5	4.5	13.6
	58.30	1	4.5	4.5	18.2
	59.70	4	18.2	18.2	36.4
	62.50	1	4.5	4.5	40.9
	67.00	1	4.5	4.5	45.5
	69.00	2	9.1	9.1	54.5
	70.80	1	4.5	4.5	59.1
	76.00	2	9.1	9.1	68.2
	78.00	2	9.1	9.1	77.3
	83.00	5	22.7	22.7	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

	jenis kelamin	pendidikan pasien	statusper kawinan	pekerjaan pasien	agama px	sumber penularan	jenis kelamin keluarga	pendidikan keluarga	status perkawina nkeluarga	pekerjaan keluarga	agama keluarga	hubungan dengan penderita	tempat tinggal keluarga	observasi dukungan keluarga
N Valid	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Frequency Table

jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	17	77.3	77.3	77.3
	perempuan	5	22.7	22.7	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

pendidikan pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tamatSD	1	4.5	4.5	4.5
	tamatsltp	1	4.5	4.5	9.1
	tamatslta	16	72.7	72.7	81.8
	tamatpt	4	18.2	18.2	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

statusperkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kawin	9	40.9	40.9	40.9
	tidakkawin	12	54.5	54.5	95.5
	janda/duda	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

pekerjaan pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak bekerja	5	22.7	22.7	22.7
	Swasta	16	72.7	72.7	95.5
	Lain-lain	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

agama px

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	20	90.9	90.9	90.9
	Kristen/Katolik	2	9.1	9.1	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

sumber penularan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Druge User	13	59.1	59.1	59.1
	Heteroseksual	7	31.8	31.8	90.9
	Homoseksual	1	4.5	4.5	95.5
	lain-lain	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

jenis kelamin keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	14	63.6	63.6	63.6
	perempuan	8	36.4	36.4	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

pendidikan keluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tamat sd	4	18.2	18.2	18.2
	tamat sltp	6	27.3	27.3	45.5
	tamat SLTA	8	36.4	36.4	81.8
	tamat PT	4	18.2	18.2	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

status perkawinankeluarga

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kawin	19	86.4	86.4	86.4
	tidak kawin	3	13.6	13.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

pekerjaan keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak bekerja	6	27.3	27.3	27.3
pensiunan	3	13.6	13.6	40.9
petani	1	4.5	4.5	45.5
swasta	11	50.0	50.0	95.5
PNS	1	4.5	4.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

agama keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid islam	19	86.4	86.4	86.4
kristen/katolik	3	13.6	13.6	100.0
Total	22	100.0	100.0	

hubungan dengan penderita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ayah	8	36.4	36.4	36.4
ibu	3	13.6	13.6	50.0
anak	1	4.5	4.5	54.5
saudara	8	36.4	36.4	90.9
yang lain sebutkan	2	9.1	9.1	100.0
Total	22	100.0	100.0	

tempat tinggal keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid serumah dengan penderita	20	90.9	90.9	90.9
tidak serumah dengan penderita	2	9.1	9.1	100.0
Total	22	100.0	100.0	

observasi dukungan keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	3	13.6	13.6	13.6
cukup	11	50.0	50.0	63.6
baik	8	36.4	36.4	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

		intervensi	kategori sk prakonsep	kategori sk poskonsep	kategori sk pradukkl	kategori sk posdukkl	kategori perubh dukungan kel	kategori perubh konsep diri
N	Valid	22	22	22	22	22	22	22
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Percentiles	33.3	1.00	1.0000	2.0000	1.0000	2.0000	1.6590	1.6590

Frequency Table

intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	lengkap	19	86.4	86.4	86.4
	2	3	13.6	13.6	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

kategori sk prakonsep

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	18	81.8	81.8	81.8
	cukup	4	18.2	18.2	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

kategori sk poskonsep

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	5	22.7	22.7	22.7
	cukup	16	72.7	72.7	95.5
	baik	1	4.5	4.5	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

kategori sk pradukkl

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kurang	14	63.6	63.6	63.6
	cukup	8	36.4	36.4	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

kategori sk posdukki

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	3	13.6	13.6	13.6
cukup	10	45.5	45.5	59.1
baik	9	40.9	40.9	100.0
Total	22	100.0	100.0	

kategori perubh dukungan kel

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	7	31.8	31.8	31.8
cukup	3	13.6	13.6	45.5
baik	12	54.5	54.5	100.0
Total	22	100.0	100.0	

kategori perubh konsep diri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	7	31.8	31.8	31.8
kurang	7	31.8	31.8	63.6
baik	8	36.4	36.4	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategori sk prakonsep *	22	100.0%	0	.0%	22	100.0%
kategori sk poskonsep						

kategori sk prakonsept * kategori sk poskonsept Crosstabulation

			kategori sk poskonsept			Total
			kurang	cukup	baik	
kategori sk prakonsept	kurang	Count	5	13		18
		% within kategori sk prakonsept	27.8%	72.2%		100.0%
		% of Total	22.7%	59.1%		81.8%
	cukup	Count		3	1	4
		% within kategori sk prakonsept		75.0%	25.0%	100.0%
		% of Total		13.6%	4.5%	18.2%
Total	Count	5	16	1	22	
	% within kategori sk prakonsept	22.7%	72.7%	4.5%	100.0%	
	% of Total	22.7%	72.7%	4.5%	100.0%	

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
kategori sk pradukkl * kategori sk posdukkl	22	100.0%	0	.0%	22	100.0%

kategori sk pradukkl * kategori sk posdukkl Crosstabulation

			kategori sk posdukkl			Total
			kurang	cukup	baik	
kategori sk pradukkl	kurang	Count	3	9	2	14
		% within kategori sk pradukkl	21.4%	64.3%	14.3%	100.0%
		% of Total	13.6%	40.9%	9.1%	63.6%
	cukup	Count		1	7	8
		% within kategori sk pradukkl		12.5%	87.5%	100.0%
		% of Total		4.5%	31.8%	36.4%
Total	Count	3	10	9	22	
	% within kategori sk pradukkl	13.6%	45.5%	40.9%	100.0%	
	% of Total	13.6%	45.5%	40.9%	100.0%	

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
kategori sk prakonsep	22	1.1818	.3948	1.00	2.00
kategori sk poskonsep	22	1.8182	.5011	1.00	3.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
kategori sk poskonsep - kategori sk prakonsep	0 ^a	.00	.00
	14 ^b	7.50	105.00
	8 ^c		
Total	22		

- a. kategori sk poskonsep < kategori sk prakonsep
 b. kategori sk poskonsep > kategori sk prakonsep
 c. kategori sk prakonsep = kategori sk poskonsep

Test Statistics^d

	kategori sk poskonsep - kategori sk prakonsep
Z	-3.742 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

- a. Based on negative ranks.
 b. Wilcoxon Signed Ranks Test

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
kategori sk pradukkl	22	1.3636	.4924	1.00	2.00
kategori sk posdukkl	22	2.2727	.7025	1.00	3.00

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
kategori sk posdukkl - kategori sk pradukkl	0 ^a	.00	.00
	18 ^b	9.50	171.00
	4 ^c		
Total	22		

a. kategori sk posdukkl < kategori sk pradukkl

b. kategori sk posdukkl > kategori sk pradukkl

c. kategori sk pradukkl = kategori sk posdukkl

Test Statistics^b

	kategori sk posdukkl - kategori sk pradukkl
Z	-4.066 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Frequencies

Statistics

kategori perubh konsep diri

N	Valid	22
	Missing	0
Percentiles	33.3	1.6590

kategori perubh konsep diri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	7	31.8	31.8	31.8
cukup	7	31.8	31.8	63.6
baik	8	36.4	36.4	100.0
Total	22	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

intervensi

N	Valid	22
	Missing	0
Percentiles	33.3	2.00

intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak lengkap	3	13.6	13.6	13.6
	lengkap	19	86.4	86.4	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	22	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	22	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		22	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
kurang	0
cuku/baik	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Paramete (1)
intervensi	tidak lengkap	3	1.000
	lengkap	19	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		Percentage Correct
			kat2 perubh dukungan kel		
Step 0	kat2 perubh dukungan kel	kurang cuku/baik	kurang	cuku/baik	
	kurang		0	7	.0
	cuku/baik		0	15	100.0
Overall Percentage					68.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.762	.458	2.772	1	.096	2.143

Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables INTERVEN(1)	1.945	1	.163
Overall Statistics	1.945	1	.163

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	1.802	1	.179
Block	1.802	1	.179
Model	1.802	1	.179

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	25.720	.079	.110

Classification Table^a

Observed		Predicted		Percentage Correct
		kat2 perubh dukungan kel kurang	cuku/baik	
Step 1	kat2 perubh dukungan kel	kurang	5	28.6
		cuku/baik	14	93.3
Overall Percentage				72.7

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C Lower
Step 1 INTERVEN(1)	-1.723	1.331	1.675	1	.196	.179	.013
Constant	1.030	.521	3.906	1	.048	2.800	

a. Variable(s) entered on step 1: INTERVEN.

Logistic Regression

Case Processing Summary

Unweighted Cases ^a		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	22	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	22	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		22	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
kurang	0
cukup/baik	1

Categorical Variables Codings

		Frequency	Parameter (1)
kat2 perubh dukungan kel	kurang	7	1.000
	cuku/baik	15	.000

Block 0: Beginning Block

Classification Table^{a,b}

Observed			Predicted		Percentage Correct
			kat2 perubh konsep diri		
			kurang	cukup/baik	
Step 0	kat2 perubh konsep diri	kurang	0	7	.0
		cukup/baik	0	15	100.0
Overall Percentage					68.2

a. Constant is included in the model.
 b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.762	.458	2.772	1	.096	2.143

Variables not in the Equation

			Score	df	Sig.
Step 0	Variables	K2PRUBDK(1)	.577	1	.448
Overall Statistics			.577	1	.448

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	.563	1	.453
	Block	.563	1	.453
	Model	.563	1	.453

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	26.958	.025	.035

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		kat2 perubh kurang	kat2 perubh cukup/baik	Percentage Correct
Step 1	kat2 perubh	0	7	.0
	konsep diri	0	15	100.0
Overall Percentage				68.2

a. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. Lower
Step 1	K2PRUBDK(1)	-.724	.961	.567	1	.451	.485	.07
	Constant	1.012	.584	3.002	1	.083	2.750	

a. Variable(s) entered on step 1: K2PRUBDK.