

SKRIPSI

PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP HARGA DIRI KLIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS DI UNIT HEMODIALISIS RUMAH SAKIT UMUM PROVINSI NTB

PENELITIAN *QUASY EXPERIMENT*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

JUNIYASKA HARI PRATAMA

NIM : 010810373 B

**PROGRAM STUDI SI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

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, Juli 2012



SKRIPSI
PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP HARGA DIRI
KLIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS

OLEH:
JUNIYASKA HARI PRATAMA
NIM. 010810673B

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 23-07-2012

Oleh
Pembimbing Ketua


UNIVERSITAS AIRLANGGA
Ninuk DK, S.Kep., Ns., MANP
NIP. 197703162005012001
Pembimbing


Abu Bakar, Ns., M. Kep., Sp. Kep. MB
NIP. 197910132010122001

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep
NIP. 1979042420060420

SKRIPSI

**PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP HARGA DIRI
KLIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS DI UNIT HEMODIALISIS
RUMAH SAKIT UMUM PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT**

OLEH :
JUNYASKA HARI PRATAMA
NIM. 010810673B

Telah Diuji
Pada Tanggal 31 Juli 2012

PANITIA PENGUJI

Ketua : Harmayetty, S.Kp., M.Kes
NIP. 197004102000122001

Anggota : 1. Ninuk Dk, S.Kep., Ns., MANP
NIP. 197703162005012001

2. Abu Bakar, Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 197910132010122001

UNAIR

Mengetahui
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Mira Trihastini, S.Kp., M.Kep
NIP. 1979042420060420

MOTTO

“LOVE YOUR LIFE AND ENJOY YOUR LIFE”

BE YOUR SELF ALWAYS



UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP HARGA DIRI KLIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ibu Purwaningsih, S.Kp., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi SI Ilmu Keperawatan.
2. Ibu Mira Triharini, S.Kp., M.Kep selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi SI Ilmu Keperawatan.
3. Ibu Ninuk DK. S.Kep., Ns MANP, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, dukungan, motivasi, serta waktu untuk penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

4. Pak Abu Bakar, M.Kep., Ns.Sp.Kep.MB, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, dukungan, motivasi, serta waktu untuk penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Ibu Harmayetty, S.Kp., M.Kes, selaku penguji yang telah memberikan masukan dan saran perbaikan untuk memperbaiki dan menyelesaikan skripsi ini.
6. Seluruh dosen dan staf di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, atas ilmunya dan kesabaran dalam melayani mahasiswa selama ini.
7. Kepala ruangan dan seluruh perawat di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Mataram yang telah senantiasa membantu pengambilan data dan proses penelitian sehingga penelitian ini dapat berjalan dengan lancar.
8. Semua responden yang telah membantu dan bersedia untuk diteliti serta meluangkan waktunya untuk penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.
9. Teman-teman seperjuangan Devi Hijratur Rohmah, Cipta Perdana Wijaya, Made Ririn Sri Wulandari, Risqi afifah, Isna Arisanti, Sonia Hadiyanti dan semua teman-teman A8
10. Bapak Mahdi Thoha selaku orang tua penulis yang selalu memotivasi dan memberi dukungan terhadap penulis sehingga penelitian ini bisa selesai.
11. Bapak Inggus Hardi dan Ibu Rohayati selaku kedua orangtua penulis yang selalu mendoakan dan memberi dukungan moral dalam menyelesaikan penelitian ini.
12. Apriandi Heri Dwi Putra selaku saudara kandung penulis yang selalu memberikan motivasi terhadap penulis.

13. Munji Ahlia Hayati yang selalu mendukung dan memotivasi penulis untuk menyelesaikan penelitian ini.
14. Dan kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah banyak membantu penulis dalam penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas segala amal yang telah diberikan, semoga skripsi ini berguna bagi diri sendiri maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Penulis menyadari bahwa penulisan ini jauh dari kata sempurna dan banyak kekurangan serta kelemahan, untuk itu segala kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak selalu kami harapkan demi sempurnaannya penyusunan skripsi ini.

Surabaya, Juli 2012

Penulis

Juniyaska hari Pratama

ABSTRACT

THE EFFECT OF THERAPEUTIC COMMUNICATION ON CLIENT'S SELF ESTEEM WITH CHRONIC RENAL FAILURE

Quasi-Experiment

By: Juniyaska Hari Pratama

Chronic renal failure is clinical syndrome caused by declining renal function, lasting progressively and irreversible. Physical change due to organ function decline will affect client psychologically and socially. These changes cause self esteem disorder where client tend to use maladaptive coping with manifestation of frequent irritating, angry, anxiety, and depression. Therapeutic communication between nurse and client that lead to client healing process which planned in conscious, purposive manner and this activity is centered on client.

This research used quasi experimental. Total sample in this research was 12 clients with chronic renal failure that meet inclusion criteria grouped in two groups: treatment group and control group. Independent variable was therapeutic communication while dependent variable was self esteem. In this research data analysis used was Wilcoxon Sign Rank Test with significance $\alpha \leq 0,05$ and Mann Whitney Test with significance $\alpha \leq 0,05$.

Result obtained after therapeutic communication intervention provided was $p = 0,002$ where there is significant difference on client self esteem before and after therapeutic communication intervention given. Result showed that there is significant difference between treatment group and comparative group with $p = 0.026$.

It is concluded that therapeutic communication has effect on improving self esteem in client with chronic renal failure. Therapeutic communication helps client to express his/her feeling and problems clients self esteem were improved.

Keywords: Therapeutic communication, self esteem, nursing intervention.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Surat Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iv
Motto	v
Ucapan Terima Kasih	vi
<i>Abstract</i>	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Gambar	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.3.1 Tujuan Khusus	7
1.3.2 Tujuan Umum	7
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Manfaat Teoritis	7
1.4.2 Manfaat Praktis	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Komunikasi Terapeutik.....	9
2.1.1 Pengertian komunikasi terapeutik.....	9
2.1.2 Komponen komunikasi terapeutik	9
2.1.3 Tujuan komunikasi terapeutik.....	10
2.1.4 Unsur - unsur komunikasi terapeutik	11
2.1.5 Prinsip dasar komunikasi terapeutik.....	12
2.1.6 Jenis komunikasi terapeutik.....	13
2.1.7 Tahapan dalam komunikasi terapeutik.....	15
2.1.8 Dimensi hubungan komunikasi terapeutik.....	19
2.1.9 Sikap komunikasi terapeutik.....	21
2.1.10 Tehnik komunikasi terapeutik.....	21
2.1.11 Hambatan dalam komunikasi terapeutik.....	26
2.2 Konsep Harga Diri	28
2.2.1 Pengertian harga diri	28
2.2.2 Karakteristik harga diri	30
2.2.3 Pembentukan harga diri	30

2.2.4	Aspek-aspek harga diri	31
2.2.5	Ciri-ciri harga diri	31
2.2.6	Faktor-faktor yang mempengaruhi harga diri	33
2.2.7	Hambatan dalam harga diri	34
2.2.8	Harga diri klien dengan gagal ginjal kronis	35
2.3	Konsep Gagal Ginjal Kronis	36
2.3.1	Pengertian	36
2.3.2	Klasifikasi	36
2.3.3	Etiologi	37
2.3.4	Tanda dan Gejala	37
2.3.5	Faktor Resiko	39
2.3.6	Patofisiologi	39
2.3.7	Komplikasi	40
2.3.8	Gambaran Klinik	40
2.3.9	Diagnosis	40
2.3.10	Pencegahan	41
2.3.11	Penatalaksanaan	41
BAB III	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	45
3.1	Kerangka Konseptual	45
3.2	Hipotesis Penelitian	47
BAB IV	METODE PENELITIAN	48
4.1	Desain Penelitian	48
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Tehnik Pengambilan	49
4.2.1	Populasi	49
4.2.2	Sampel dan besar sampel	49
4.2.3	Tehnik pengambilan sampel	50
4.3	Variabel penelitian	50
4.3.1	Variabel bebas (<i>independent</i>)	50
4.3.2	Variabel tergantung (<i>dependent</i>)	51
4.4	Definisi operasional variabel	51
4.5	Instrumen Penelitian	52
4.6	Lokasi dan waktu penelitian	53
4.7	Prosedur pengumpulan data	53
4.8	Kerangka Operasional	55
4.9	Analisis Data	56
4.10	Etik Penelitian	57
4.11	Keterbatasan	58
BAB V	HASIL DAN PEMBAHASAN	59
5.1	Hasil Penelitian	59
5.1.1	Gambaran umum lokasi penelitian	59
5.1.2	Karakteristik Responden	60
5.1.3	Data Variabel	62
5.2	Pembahasan	66

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	71
6.1 Kesimpulan	71
6.2 Saran	72
DAFTAR PUSTAKA	73
Lampiran	75



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Desain Penelitian.....	48
Tabel 4.2	Definisi Operasional.....	51
Tabel 5.1	Distribusi klien berdasarkan jenis kelamin.....	60
Tabel 5.2	Distribusi klien berdasarkan umur.....	60
Tabel 5.3	Distribusi klien berdasarkan pendidikan terakhir.....	61
Tabel 5.4	Distribusi klien berdasarkan pekerjaan.....	61
Tabel 5.5	Distribusi klien berdasarkan lama menderita gagal ginjal.....	62
Tabel 5.6	Tingkat harga diri klien.....	65



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar permintaan menjadi responden.....	76
Lampiran 2	Lembar persetujuan menjadi responden.....	77
Lampiran 3	Format pengumpulan data.....	78
Lampiran 4	Kuesioner.....	79
Lampiran 5	Satuan acara kegiatan.....	80
Lampiran 6	Hasil tabulasi data demografi.....	88
Lampiran 7	Hasil tabulasi nilai harga diri.....	90
Lampiran 8	Hasil uji statistik.....	91



DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konseptual.....	45
Gambar 4.1	Kerangka kerja penelitian.....	55
Gambar 5.1	Harga diri klien sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kelompok perlakuan.....	63
Gambar 5.2	Harga diri klien sebelum dan sesudah pada kelompok pembandingan.....	64



**PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP HARGA DIRI KLIEN
DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS**

(The effect of therapeutic communication on client's self esteem with chronic renal failure)

Ninuk Dwi Kurniati*, Abu Bakar*, Juniyaska Hari Pratama*

*Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Kampus C Mulyorejo Surabaya.

Telp/Fax: (031) 5913257, E-Mail: yaska.pratama@rocketmail.com

ABSTRACT

Introduction: Chronic renal failure is clinical syndrome caused by declining renal function, lasting progressively and irreversible. Physical change due to organ function decline will affect client psychologically and socially. These changes cause self esteem disorder where client tend to use maladaptive coping with manifestation of frequent irritating, angry, anxiety, and depression. Therapeutic communication between nurse and client that lead to client healing process which planned in conscious, purposive manner and this activity is centered on client. **Method:** This research used quasi experimental. Total sample in this research was 12 clients with chronic renal failure that meet inclusion criteria grouped in two groups: treatment group and control group. Independent variable was therapeutic communication while dependent variable was self esteem. In this research data analysis used was Wilcoxon Sign Rank Test with significance $\alpha \leq 0,05$ and Mann Whitney Test with significance $\alpha \leq 0,05$. **Result:** Result obtained after therapeutic communication intervention provided was $p = 0,002$ where there is significant difference on client self esteem before and after therapeutic communication intervention given. Result showed that there is significant difference between treatment group and comparative group with $p = 0.026$. **Discussion:** It is concluded that therapeutic communication has effect on improving self esteem in client with chronic renal failure. Therapeutic communication helps client to express his/her feeling and problems clients self esteem were improved.

Keywords: Therapeutic communication, self esteem, nursing intervention

PENDAHULUAN

Menurut Long (1999), klien dengan penyakit kronis seperti gagal ginjal kronis memiliki masalah yang sangat kompleks. Perubahan fisik akibat penurunan fungsi organ akan mempengaruhi masalah psikis dan menghambat sosialisasi klien tersebut. Hubungan interpersonal yang buruk akibat penurunan fungsi organ dan perubahan pada kondisi fisiknya cenderung mengakibatkan gangguan harga diri (Carpenito, 2000). Stuart dan Sundeen (1991), mengatakan bahwa harga diri (*self esteem*) adalah penilaian individu terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal dirinya. Seseorang yang sedang mengalami gangguan harga diri tampak tersembunyi, menyatakan kekurangan dirinya, mengekspresikan perasaan malu atau bersalah, selalu ragu-ragu dan sangat sensitif terhadap kritikan. Dimana, pandangan klien tentang dirinya dipengaruhi oleh bagaimana klien mengartikan pandangan orang lain tentang dirinya.

Penyakit gagal ginjal masih menjadi masalah besar bagi dunia. Selain sulit disembuhkan, biaya perawatan dan pengobatan penderita gagal ginjal sangat mahal. Indonesia termasuk negara dengan tingkat penderita cukup tinggi. Saat ini, jumlah penderita gagal ginjal mencapai 4.500 orang. Kecendrungan kenaikan penderita gagal ginjal terlihat dari meningkatnya jumlah pasien hemodialisa (Habibie, R.A., 2006). Berdasarkan data dari Indonesia renal registry pada tahun 2008 jumlah pasien hemodialisa mencapai 2.260 orang. Dimana peningkatan 2.148 orang pada tahun 2007. Jumlah pasien penyakit gagal ginjal di Indonesia diperkirakan 60.00 orang dengan penambahan 4.400 pasien baru setiap tahunnya. Sedangkan jumlah mesin cuci darah yang ada di Indonesia sekitar 1.000 unit. Jumlah ini hanya bisa melayani 4.000 orang setiap tahun. Ini berarti jumlah pasien yang dapat dilayani kurang dari 10%. Di Indonesia sendiri, angka kejadian gagal ginjal terminal berada pada 100 pasien baru setiap 1 juta penduduk per tahun (Hamka, 2009). Menurut data yang diperoleh dari catatan rekam medik Di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Mataram untuk tahun 2010 jumlah penderita GGK yang di rawat

sebanyak 164 orang. Sedangkan pada tahun 2011 mengalami peningkatan jumlah klien dengan GGK yaitu 231 yang terbagi menjadi klien rawat jalan 72 orang dan klien rawat inap 159 orang.

Gagal ginjal kronis memiliki *prognostik* morbiditas dan mortalitas yang buruk terhadap organ tubuh yang lain, mengurangi kualitas hidup dan meningkatkan angka kematian. Hal ini memberi gambaran bahwa pada gagal ginjal kronis terjadi perubahan-perubahan progresif yang ditandai dengan penurunan kondisi pasien. Penumpukan hasil metabolisme tubuh yang selanjutnya dapat meracuni organ lain sehingga membutuhkan tindakan seperti hemodialisa untuk mengeluarkan sisa tersebut (Price and Wilson, 2005). Penurunan fungsi tubuh yang sedang dialami oleh klien dengan gagal ginjal kronis menyebabkan mereka merasa tidak berguna yang secara emosional mempengaruhi proses interaksi dengan orang lain. Mereka sangat sensitif, cepat marah dan sering menutup diri dalam berinteraksi. Kondisi ini menunjukkan bahwa mereka sedang kehilangan kepercayaan diri dan merasa putus asa walaupun telah mendapatkan tindakan yang optimal.

Melihat fenomena diatas tentang gangguan harga diri yang terjadi pada klien dengan GGK upaya pemecahan masalah yang dapat dilakukan adalah dengan cara memenuhi kebutuhan klien seperti, kebutuhan biologis, spritual, psikologis, dan sosial. Tetapi, pada kenyataannya pelayanan keperawatan saat ini masih berfokus pada aspek biologis saja, namun aspek psikologia, sosial dan spritual hanya sedikit tersentuh bahkan terabaikan, solusi yang bisa diambil adalah dengan cara komunikasi yang efektif antara perawat dan klien dalam hal ini adalah dengan komunikasi terapeutik. Stuart G.W (1998) menyatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dan klien, dalam hubungan ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien. Komunikasi terapeutik juga dapat dipersepsikan sebagai proses interaksi antara klien dan perawat yang membantu klien mengatasi stress sementara untuk hidup harmonis dengan orang lain, menyesuaikan dengan sesuatu yang tidak dapat diubah dan mengatasi hambatan psikologis yang

menghalangi realisasi diri (Kozier dan Glenora, 2000).

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan desain Quasy-Experiment yang terdiri dari 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan yang diberikan intervensi komunikasi terapeutik dan kelompok pembandingan yang diberikan intervensi sesuai standar yang diterapkan di Unit Hemodialisis. Penelitian ini dilaksanakan di Unit Hemodialisis RSUP NTB pada tanggal 24 Mei 2012 sampai dengan 22 Juni 2012. Populasi dalam penelitian ini berjumlah 72 klien gangguan harga diri dengan gagal ginjal kronis. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini dipilih menurut kriteria inklusi sebanyak 12 klien dengan gangguan harga diri. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah : 1) klien dapat membaca dan menulis. 2) klien bersedia untuk diteliti. 3) klien melakukan hemodialisa 2 kali seminggu. 4) klien yang sudah menjalani hemodialisa lebih dari satu tahun.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah komunikasi terapeutik sedangkan variabel dependen adalah harga diri. Pengukuran variabel independen menggunakan satuan acara kegiatan (SAK) sedangkan pengukuran variabel dependen menggunakan Kuesioner *Rosenberg Self-Esteem Scale*.

Semua responden (kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan) sebelumnya diberikan *pre observation* dengan menggunakan kuesioner *Rosenberg Self - Esteem Scale* dengan didampingi oleh peneliti dan keluarga klien sebelum hemodialisa sehingga diperoleh data awal mengenai tingkatan harga diri klien sebelum diberikan intervensi. Intervensi yang diberikan pada kelompok perlakuan berlangsung selama proses hemodialisa dengan 8 kali pertemuan selama 60 menit dengan mengacu pada Satuan Acara Kegiatan (SAK). Sedangkan pada kelompok pembandingan diberikan intervensi yang sesuai standar yang diterapkan di Unit Hemodialisa. Observasi terakhir pada kelompok perlakuan dilakukan setelah semua intervensi selesai dengan menggunakan instrumen yang sama pada *pre-observation* sehingga dapat diketahui

perbedaan tingkatan harga diri klien sebelum dan sesudah intervensi. Sedangkan pada kelompok pembandingan observasi terakhir menggunakan instrumen yang sama pada *pre-observation*. Setelah observasi terakhir pada kelompok perlakuan dan pembandingan, peneliti melakukan analisa apakah ada pengaruh harga diri klien dengan GGK yang diberikan intervensi komunikasi terapeutik dan apakah ada hubungan intervensi yang diberikan dengan harga diri klien pada kelompok perlakuan dan pembandingan. Data yang telah terkumpul dianalisis untuk mengetahui adanya pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis. Uji statistik yang digunakan adalah dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) dengan derajat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. Jika hasil analisis penelitian di dapatkan nilai $p \leq 0,05$ H1 diterima artinya ada pengaruh antara komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien gagal ginjal kronis. Selain itu digunakan pula uji statistik *Mann Whitney test* (uji komparasi 2 sampel bebas/independen) dengan derajat kemaknaan $\alpha \leq 0,05$. Uji ini digunakan untuk mengetahui perbedaan tingkat harga diri klien yang mendapat perlakuan dan tidak mendapat perlakuan. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p \leq 0,05$ H1 diterima artinya ada perbedaan tingkat harga diri klien yang mendapat perlakuan dan tidak mendapat perlakuan. Skala data yang digunakan adalah interval.

HASIL

Pada kelompok perlakuan setelah diberikan intervensi komunikasi terapeutik sebagian besar mempunyai harga diri tinggi (6 dari 12 klien dan hanya satu yang mempunyai harga diri rendah. Uji statistic *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikan ($p=0,002$) yang artinya terdapat hubungan yang signifikan terhadap harga diri klien. Pada kelompok pembandingan yang tidak diberikan intervensi menunjukkan tidak ada seorang pun yang mengalami perubahan tingkat harga diri yang artinya tidak ada hubungan yang signifikan dengan memperhatikan hasil uji *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikan ($p=0,714$).

Hasil uji statistic Mann Whitney U test menunjukkan kelompok perlakuan dengan intervensi komunikasi terapeutik lebih efektif dibandingkan dengan kelompok pembanding dimana nilainya menunjukkan nilai signifikan ($p=0,026$).

PEMBAHASAN

Sebelum intervensi komunikasi terapeutik (*pre-observation*) sebagian besar responden baik kelompok perlakuan maupun kelompok pembanding mempunyai harga diri rendah. Pada saat intervensi yang pertama dan kedua pada kelompok perlakuan masih banyak klien yang belum mampu untuk mengungkapkan perasaan atau pun masalahnya dimana klien masih belum mau untuk berinteraksi dan berusaha untuk menutup diri. Sesuai dengan pendapat Long (1999), bahwa klien dengan penyakit kronis seperti gagal ginjal kronis memiliki masalah yang sangat kompleks. Perubahan fisik akibat penurunan fungsi organ akan mempengaruhi masalah psikis dan menghambat sosialisasi klien tersebut. Penurunan fungsi tubuh pada klien dengan gagal ginjal kronis menyebabkan klien merasa tidak berguna yang secara emosional mempengaruhi prose interaksi dengan orang lain. Klien sangat sensitif, cepat marah dan sering menutup diri dalam berinteraksi. Kondisi ini menunjukkan bahwa mereka sedang kehilangan kepercayaan diri dan merasa putus asa walaupun telah mendapatkan tindakan medis yang optimal. Hal inilah yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan harga diri pada klien GGK.

Keadaan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengalaman, pola asuh orangtua, lingkungan dan sosial ekonomi. Selain itu, tingkat pendidikan, pekerjaan dan lama klien menderita GGK dapat berpengaruh terhadap harga diri klien. Berdasarkan data demografi sebagian besar pendidikan terakhir responden kelompok perlakuan dan pembanding adalah Sekolah dasar (SD), sehingga tingkat emosional dan pola fikir klien sangat rendah karena apabila pendidikan klien semakin baik maka pola fikir akan semakin baik pula untuk lebih bisa mengontrol diri, menerima keadaan dan menyelesaikan masalah dengan cara yang adaptif serta lebih berfikir positif. Pekerjaan klien baik kelompok perlakuan maupun

kelompok pembanding yang sebagian besarnya berprofesi sebagai petani dan pedagang dimana tingkat ekonominya sangat rendah sehingga berpengaruh juga terhadap kesejahteraan psikologis klien dimana semakin hari semakin banyak keperluan untuk memenuhi kebutuhan hidup tetapi kebutuhan tersebut belum terlalu terpenuhi. Responden kelompok perlakuan dan kelompok pembanding adalah pasien lama yang sudah menjalani hemodialisa lebih dari satu tahun dimana dua kali dalam seminggu harus melakukan hemodialisa sehingga lama kelamaan dapat menyebabkan stres, kejenuhan, putus asa, khawatir, tidak percaya diri dan tidak bisa sepenuhnya beraktifitas seperti biasa.

Pada intervensi selanjutnya dengan dukungan dari keluarga klien, klien lebih mampu untuk berbicara dan berusaha untuk mengungkapkan perasaan dan masalahnya meskipun klien tampak khawatir dan malu. Dimana, peneliti berusaha untuk mendapatkan kepercayaan dan menjalin kerjasama terhadap klien, memberi solusi dari masalah klien untuk lebih menerima dan menghormati diri sendiri dan orang lain, klien mampu untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya dan klien mampu mengontrol emosi dan perilakunya.

Observasi setelah intervensi (*post-observation*) pada kelompok perlakuan menunjukkan peningkatan harga diri klien setelah diberikan intervensi yang sebagian besar klien dengan harga diri tinggi dan hanya satu klien dengan harga diri rendah karena adanya keterbelakangan mental klien itu sendiri sehingga peneliti mengalami kesulitan untuk berinteraksi dengan klien meskipun sudah memperoleh dukungan dari keluarga klien. Pada saat *post observation* terdapat 2 responden yang tidak mengalami peningkatan harga diri karena pada saat intervensi klien tersebut belum mampu sepenuhnya terbuka untuk mengungkapkan perasaan maupun masalahnya dan klien tersebut berusaha untuk menutup diri sendiri. Observasi setelah semua intervensi selesai pada klien dengan harga diri tinggi lebih merasa nyaman untuk bersosialisasi dengan lingkungan, klien bisa menerima dirinya yang sekarang, lebih menghormati diri sendiri dan orang lain, klien bisa berfikir positif dan mencari solusi yang terbaik untuk permasalahannya serta klien dapat mengontrol

semua tindakan dan emosinya. Sedangkan pada kelompok pembanding yang diberikan intervensi sesuai standar yang diterapkan di Unit hemodialisis, tidak ada seorang pun yang mengalami peningkatan harga diri meskipun skor nilai harga dirinya mengalami penurunan dan peningkatan tetapi tetap pada interval harga diri rendah dan harga diri sedang. Dimana, klien masih tampak khawatir, perasaan malu untuk berinteraksi, berusaha menarik diri dan cenderung tertutup.

Sesuai dengan pendapat (Kozier dan Glenora, 2000) bahwa komunikasi terapeutik dipersepsikan sebagai proses interaksi antara klien dan perawat yang membantu klien mengatasi stress sementara untuk hidup harmonis dengan orang lain, menyesuaikan dengan sesuatu yang tidak dapat diubah dan mengatasi hambatan psikologis yang menghalangi realisasi diri. Selain itu, sesuai dengan pendapat Stuart G.W (1998) bahwa tujuan hubungan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien yang meliputi peningkatan realisasi diri, peningkatan penghormatan terhadap diri, rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri, kemampuan untuk membina hubungan interpersonal serta mencapai tujuan personal yang realistis.

Hal ini berarti komunikasi terapeutik bukan sekedar berkomunikasi biasa melainkan komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan klien dan dalam hubungan ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien. Selain itu, komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal karena adanya rasa saling membutuhkan antara perawat dengan pasien (komunikasi pribadi antara perawat dengan pasien) sehingga perawat lebih mudah dalam memberikan asuhan keperawatan dan intervensi yang tepat pada klien dapat berjalan dengan baik sehingga mempercepat proses penyembuhan klien.

Hasil analisis menunjukkan ada pengaruh harga diri klien pada kelompok perlakuan yang diberikan intervensi komunikasi terapeutik. Dimana, hasil uji statistik Mann Whitney U test signifikan

($p=0,026$) yang artinya terjadi perubahan harga diri klien sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Sedangkan harga diri klien pada kelompok pembanding yang diberikan intervensi sesuai di Unit Hemodialisis sebelum dan sesudah intervensi tidak mengalami perubahan. Sesuai dengan pendapat (Potter, 2005) bahwa perawat sebagai tenaga yang profesional mempunyai kesempatan paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu pasien memenuhi kebutuhan dasar yang holistik. Penggunaan kemampuan komunikasi yang terapeutik akan membantu perawat merasakan, bereaksi, dan menghargai kekhasan klien sehingga kebutuhan klien tidak hanya terpenuhi pada aspek biologis saja melainkan aspek spiritual, psikologis dan sosial juga dapat terpenuhi sehingga kualitas hidup klien meningkat.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

- 1) Harga diri klien pada kelompok perlakuan dan pembanding sebelum diberikan intervensi yang sebagian besar klien dengan harga diri rendah. Keadaan ini karena peneliti belum membina hubungan saling percaya dengan klien sehingga klien tampak khawatir, perasaan malu untuk berinteraksi dan berusaha menarik diri.
- 2) Harga diri klien pada kelompok perlakuan setelah diberikan intervensi mengalami peningkatan yang sebagian besar klien dengan harga diri tinggi. Sedangkan pada kelompok perlakuan harga diri klien tidak mengalami perubahan meskipun terjadi perubahan dalam skor nilai harga diri tetapi tetap pada interval harga diri yang sama.
- 3) Ada pengaruh harga diri klien yang diberikan intervensi komunikasi terapeutik. Dimana, terjadi perubahan harga diri klien pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Sedangkan harga diri klien pada kelompok pembanding yang diberikan intervensi sesuai standar di Unit hemodialisis sebelum dan sesudah intervensi tidak mengalami perubahan.

Saran

1) Bagi klien dan keluarga. Dengan komunikasi terapeutik antara perawat dan klien diharapkan klien bisa menjadi pribadi yang lebih baik dari sebelumnya dan keluarga diharapkan untuk selalu memberikan dukungan maupun motivasi terhadap klien. 2) bagi profesi keperawatan. Penelitian ini dapat meningkatkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien dan diharapkan menerapkan komunikasi terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan. 3) Bagi peneliti selanjutnya. Peneliti selanjutnya dapat mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.

KEPUSTAKAAN

- Arikunto. S. (2009). *Manajemen penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta
- Arwani, (2003), *Komunikasi dalam keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Carpenito, Lynda Juall. (2000). *Buku saku diagnosa keperawatan*. Edisi 8. Jakarta : EGC.
- Coopersmith, Stanley. (1967). *The Antecedent of self-esteem*. San Francisco: W.HFreeman and Company
- Dariuszky, G. (2004). *Membangun harga diri*. Bandung: CV. Pionir Jaya.
- Hurlock, B.Elizabeth. *Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang kehidupan edisi kelima* (Jakarta : Erlangga. 1980).
- IKCC, (2008). *Indonesian kidney care Club/IKCC*. Diakses dari <http://www.ikcc.or.id/print.php?id=284> pada tanggal 24 Maret 2012.
- Indrawati. (2003). *Komunikasi untuk perawat*, Jakarta: EGC.
- Keliat B.A. (1994) *Seri Keperawatan gangguan konsep diri*. Cetakan II. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kozier.et.al.(2004). *Fundamentals of nursing ; concepts, process and practice Seventh edition*. United States: Pearson Prentice Hall.
- National Kidney Foundation, (2009). *Chronic kidney disease*. New york: National Kidney Foundation. Diakses dari: <http://www.kidney.org/kidneydisease/ckd/index.cfm#whatis> pada tanggal 22 Maret 2012.
- Noer, M.S., (2006). *Gagal Ginjal Kronik pada anak*, Fakultas Kedokteran UNAIR. Diakses dari: <http://www.pediatrik.com/pkb/20060220-mqb0gj-pkb.pdf> pada tanggal 20 Maret 2012.
- Nursalam., (2008). *Konsep & penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan* Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam 2011, *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta
- Price and Wilson. (2005). *Konsep klinis proses-proses penyakit Edisi 6. Vol.2*. Jakarta : EGC.
- Potter, P.A & Perry, A.G.(1993). *Fundamental of nursing concepts, process and practice*. Third edition. St.Louis: Mosby Year Book.
- Purwondjawa. (2010). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan chronic kidney disease (gagal ginjal kronik)* Diakses dari <http://purwondjawa.wordpress.com/2010/12/20/asuhan-keperawatan-pada-pasien-dengan-chronic-kidney-disease-gagal-ginjal-kronis/> pada tanggal 21 Maret 2012.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton,

- New Jersey: Princeton University Press.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 8th Edition. Alih bahasa : Waluyo, A. Jakarta: EGC; 2000 (Buku asli diterbitkan tahun 1996).
- Smeltzer, S.C. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal-bedah*. Edisi 8 Vol 1 Jakarta:EGC.
- Smeltzer, Suzanne C dan Brenda G Bare. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal bedah* Brunner & Suddarth. Edisi 8. Jakarta :EGC.
- Soeparman. (2003). *Ilmu penyakit dalam Jilid II*. Edisi kedua. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Stuart, G.W & Sundeen S.J. (1995). *Pocket guide to psychiatric nursing*. Third edition. St.Louis: Mosby Year Book
- Stuart, G.W & Sundeen S.J. (1995). *Principles and practise of psychiatricnursing*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Stuart dan Sundeen. (1998). *Buku saku keperawatan jiwa*. Edisi 3. Jakarta : EGC.
- Suyono, Slamet. (2001). *Buku ajar ilmu penyakit Dalam*. Edisi 3. Jilid I II. Jakarta.: Balai Penerbit FKUI.
- Suyono, Slamet et.al. (2000). *Buku Ajar Ilmu Penyakit dalam*. Jakarta:EGC.
- Sukandar, E., (2006). *Neurologi klinik*. Edisi ketiga. Bandung: Pusat Informasi Ilmiah (PII) Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran UNPAD.
- Suryani. (2005). *Komunikasi terapeutik; teori dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Hartono. (2006). H., dkk., Editor *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit dalam*. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.



BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Keadaan sehat dan sakit pada prinsipnya mempengaruhi perilaku manusia, manusia tidak selamanya ada dalam keadaan kondisi yang sehat. Pada keadaan tertentu akan mengalami gangguan, baik fisik maupun psikologisnya sehingga perlu perawatan yang komprehensif. Perawatan yang komprehensif adalah merupakan perawatan yang diberikan secara utuh baik bio, psiko, sosio dan spiritualnya. Pada klien yang mengalami penyakit kronis seperti pada gagal ginjal kronis dengan perawatan yang komprehensif akan membantu klien dalam proses penyembuhan klien. Syamsuddin (2009) memaparkan bahwa jenis penyakit yang diderita bentuknya beraneka ragam, ada yang tergolong penyakit ringan dimana dalam proses pengobatannya relatif mudah dan tidak terlalu menimbulkan tekanan psikologis pada penderita. Tetapi, ada juga penyakit yang berbahaya dan dapat mengganggu kondisi emosional salah satunya yaitu penyakit gagal ginjal kronik. Gagal ginjal kronik (GGK) adalah suatu sindroma klinik yang disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan *irreversible*. Setiap penyakit yang terjadi pada ginjal akan menyebabkan terganggunya fungsi ginjal terutama berkaitan dengan fungsi pembuangan sisa metabolisme zat gizi keluar tubuh (Wilson, 2006).

Menurut Long (1999), klien dengan penyakit kronis seperti gagal ginjal kronis memiliki masalah yang sangat kompleks. Perubahan fisik akibat penurunan fungsi organ akan mempengaruhi masalah psikis dan menghambat sosialisasi

klien tersebut. Hubungan interpersonal yang buruk akibat penurunan fungsi organ dan perubahan pada kondisi fisiknya cenderung mengakibatkan gangguan harga diri (Carpenito, 2000). Stuart dan Sundeen (1991), mengatakan bahwa harga diri (*self esteem*) adalah penilaian individu terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal dirinya. Seseorang yang sedang mengalami gangguan harga diri tampak tersembunyi, menyatakan kekurangan dirinya, mengekspresikan perasaan malu atau bersalah, selalu ragu-ragu dan sangat sensitif terhadap kritikan. Dimana, pandangan klien tentang dirinya dipengaruhi oleh bagaimana klien mengartikan pandangan orang lain tentang dirinya.

Semua permasalahan klien yang timbul akibat GGK termasuk aspek fisik, psikologis, sosial dan hubungan dengan keluarga akan mempengaruhi kualitas hidup klien tersebut. Dengan lamanya perawatan dan pengobatan yang dijalani klien GGK dalam mempertahankan kelangsungan hidupnya dapat mempengaruhi harga dirinya. Dimana, mereka memiliki perasaan negatif dalam berespon terhadap peristiwa kehilangan /perubahan. Selain itu, klien dihadapkan dengan berbagai masalah seperti masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan, dorongan seksual yang hilang, depresi dan ketakutan terhadap kematian. Dalam aspek sosial, klien dengan GGK mengalami gangguan peran dan perubahan gaya hidup sangat berhubungan dengan beban fisik dan psikologis karena sakit, klien tidak diikut sertakan dalam kehidupan sosial di keluarga dan masyarakat, tidak boleh mengurus pekerjaan, sehingga terjadi perubahan peran dan tanggung jawab dalam keluarga. Klien merasa bersalah karena ketidakmampuan dalam berperan, dan ini merupakan ancaman bagi harga diri klien.

Kurangnya dukungan baik moral maupun spiritual akan menimbulkan keputusasaan sehingga klien yang menderita GGK cenderung menggunakan coping yang maladaptif dengan manifestasi sering mengamuk, marah-marah, curiga, dan menarik diri.

Penyakit gagal ginjal masih menjadi masalah besar bagi dunia. Selain sulit disembuhkan, biaya perawatan dan pengobatan penderita gagal ginjal sangat mahal. Indonesia termasuk negara dengan tingkat penderita cukup tinggi. Saat ini, jumlah penderita gagal ginjal mencapai 4.500 orang. Kecendrungan kenaikan penderita gagal ginjal terlihat dari meningkatnya jumlah pasien hemodialisa (Habibie. R.A, 2006). Berdasarkan data dari indonesia renal registry pada tahun 2008 jumlah pasien hemodialisa mencapai 2.260 orang. Dimana peningkatan 2.148 orang pada tahun 2007. Jumlah pasien penyakit gagal ginjal di indonesia diperkirakan 60.00 orang dengan penambahan 4.400 pasien barusetiap tahunnya. Sedangkan jumlah mesin cuci darah yang ada di indonesia sekitar 1.000 unit. Jumlah ini hanya bisa melayani 4.000 orang setiap tahun. Ini berarti jumlah pasien yang dapat dilayani kurang dari 10%. Di Indonesia sendiri, angka kejadian gagal ginjal terminal berada pada 100 pasien baru setiap 1 juta penduduk per tahun (Hamka, 2009). Menurut data yang diperoleh dari catatan rekam medik Di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Mataram untuk tahun 2010 jumlah penderita GGK yang di rawat sebanyak 164 orang. Sedangkan pada tahun 2011 mengalami peningkatan jumlah klien dengan GGK yaitu 231 yang terbagi menjadi klien rawat jalan 72 orang dan klien rawat inap 159 orang.

Gagal ginjal kronis memiliki *prognostik* morbiditas dan mortalitas yang buruk terhadap organ tubuh yang lain, mengurangi kualitas hidup dan

meningkatkan angka kematian. Hal ini memberi gambaran bahwa pada gagal ginjal kronis terjadi perubahan-perubahan progresif yang ditandai dengan penurunan kondisi pasien. Penumpukan hasil metabolisme tubuh yang selanjutnya dapat meracuni organ lain sehingga membutuhkan tindakan seperti hemodialisa untuk mengeluarkan sisa tersebut (Price and Wilson, 2005). Penurunan fungsi tubuh yang sedang dialami oleh klien dengan gagal ginjal kronis menyebabkan mereka merasa tidak berguna yang secara emosional mempengaruhi proses interaksi dengan orang lain. Mereka sangat sensitif, cepat marah dan sering menutup diri dalam berinteraksi. Kondisi ini menunjukkan bahwa mereka sedang kehilangan kepercayaan diri dan merasa putus asa walaupun telah mendapatkan tindakan yang optimal.

Gagal ginjal merupakan penyakit kronis yang mempunyai karakteristik bersifat menetap, tidak bisa disembuhkan dan memerlukan pengobatan dan rawat jalan dalam jangka waktu yang lama. Selain itu, umumnya pasien juga tidak dapat mengatur dirinya sendiri dan biasanya tergantung pada profesi kesehatan. Kondisi tersebut, tentu saja menimbulkan perubahan atau ketidakseimbangan yang meliputi biologi, psikologi, sosial, dan spiritual pasien. Seperti, perilaku penolakan, marah, perasaan takut, cemas, rasa tidak berdaya, putus asa bahkan bunuh diri. Untuk itu diperlukan penanganan yang terpadu baik untuk fisik maupun kondisi psikologi pasien (Djuariah, 2009). Faktor – faktor yang mempengaruhi harga diri adalah pengalaman merupakan merupakan suatu bentuk emosi, perasaan, tindakan, dan kejadian yang pernah dialami. Pola asuh orang tua merupakan merupakan sikap orangtua dalam berinteraksi dengan anak - anaknya. Lingkungan memberi dampak yang besar, melalui hubungan yang baik

menumbuhkan rasa aman dan nyaman dalam penerimaan sosial dan harga dirinya serta sosial ekonomi merupakan suatu yang mendasari perbuatan seseorang untuk memenuhi dorongan sosial yang memerlukan dukungan finansial yang berpengaruh pada kebutuhan hidup sehari-hari.

Melihat fenomena diatas tentang gangguan harga diri yang terjadi pada klien dengan GGK upaya pemecahan masalah yang dapat dilakukan adalah dengan cara memenuhi kebutuhan klien seperti, kebutuhan biologis, spritual, psikologis, dan sosial. Tetapi, pada kenyataanya pelayanan keperawatan saat ini masih berfokus pada aspek biologis saja, namun aspek psikologia, sosial dan spiritual hanya sedikit tersentuh bahkan terabaikan, solusi yang bisa diambil adalah dengan cara komunikasi yang efektif antara perawat dan klien dalam hal ini adalah dengan komunikasi terapeutik. Stuart G.W (1998) menyatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dan klien, dalam hubungan ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien. Komunikasi terapeutik juga dapat dipersepsikan sebagai proses interaksi antara klien dan perawat yang membantu klien mengatasi stress sementara untuk hidup harmonis dengan orang lain, menyesuaikan dengan sesuatu yang tidak dapat diubah dan mengatasi hambatan psikologis yang menghalangi realisasi diri (Kozier dan Glenora, 2000).

Perawat harus memiliki ketrampilan komunikasi yang bersifat profesional dan bertujuan untuk menyembuhkan pasien. Perawat yang memiliki ketrampilan komunikasi terapeutik akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan pasien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan

keperawatan dan memberikan kepuasan profesional dalam pelayanannya (Damiyanti, 2008). Perawat sebagai tenaga yang profesional mempunyai kesempatan paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu pasien memenuhi kebutuhan dasar yang holistik. Penggunaan kemampuan komunikasi akan membantu perawat merasakan, bereaksi, dan menghargai kekhasan pasien (Potter, 2005).



1.2 Rumusan masalah

Apakah ada pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.3 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh pemberian komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat Mataram.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi harga diri klien dengan gagal ginjal kronis sebelum dilakukan komunikasi terapeutik.
2. Mengidentifikasi harga diri klien dengan gagal ginjal kronis sesudah dilakukan komunikasi terapeutik.
3. Menganalisis pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Sebagai salah satu sumber informasi tentang pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.

1.4.2 Manfaat Praktis

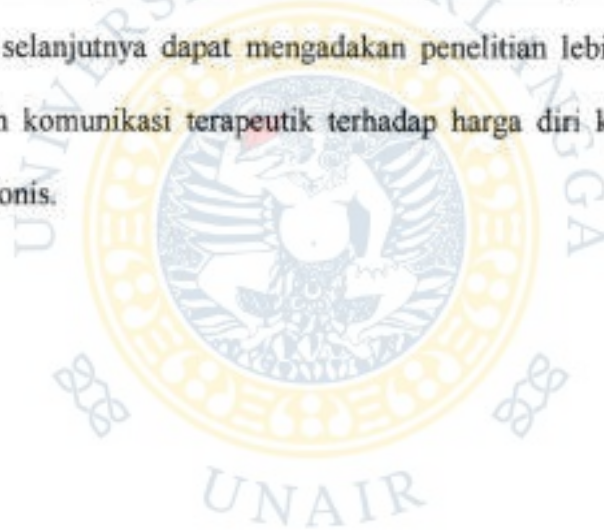
1. Bagi klien dan keluarga

Mempermudah dan mempercepat proses penyembuhan klien dan keluarga dapat memberi dukungan terhadap klien serta membantu memenuhi kebutuhan klien.

2. Bagi profesi keperawatan

Penelitian ini dapat meningkatkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien dan diharapkan menerapkan komunikasi terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan.

3. Peneliti selanjutnya dapat mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.





BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Komunikasi Terapeutik

2.1.1 Pengertian

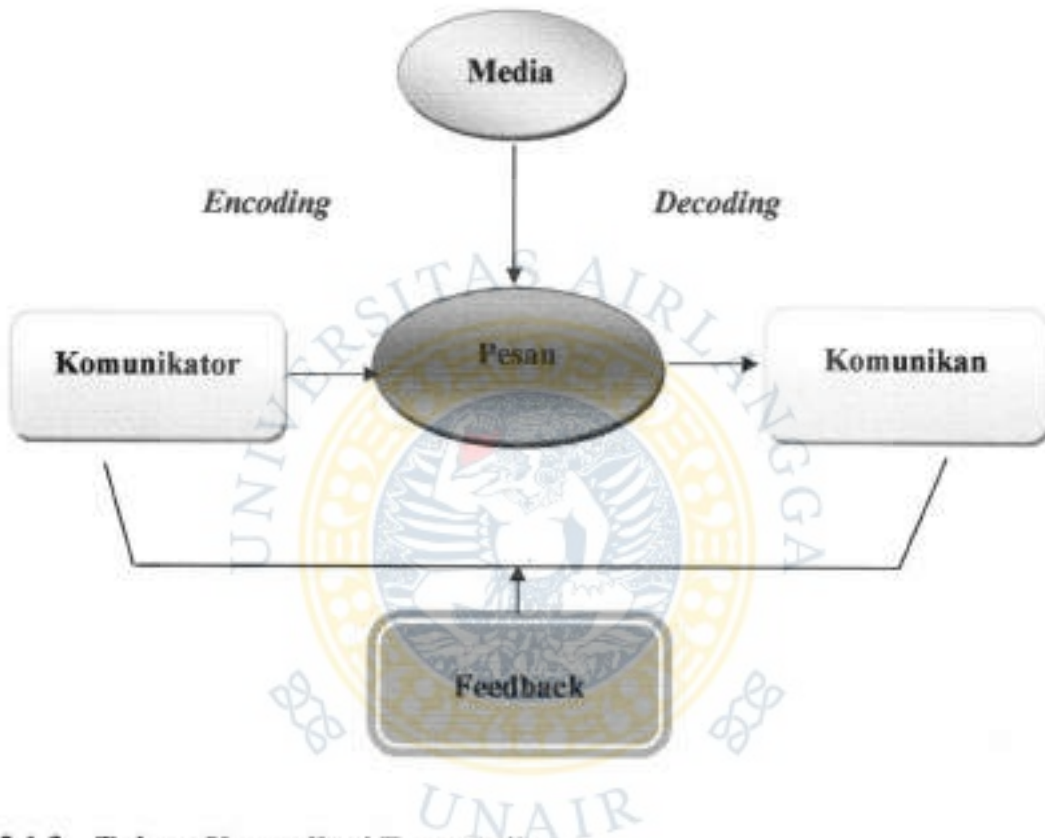
Komunikasi adalah proses interpersonal yang melibatkan perubahan verbal dan non verbal dari informasi dan ide. Komunikasi mengacu tidak hanya pada isi tetapi juga pada perasaan dan emosi dimana individu menyampaikan hubungan.(Potter dan Perry, 1999). Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara perawat dengan klien. Persoalan yang mendasar dari komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan klien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi di antara perawat dan klien, perawat membantu dan klien menerima bantuan (Patricai A. dan Potter, 1996, Stuart G.W (1998) menyatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dan klien, dalam hubungan ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien.

2.1.2 Komponen Komunikasi Terapeutik

Menurut Potter & Perry (1993), ada 6 komponen komunikasi yaitu:

- a. Komunikator: Penyampai informasi atau sumber informasi
- b. Komunikan: penerima informasi atau memberi respon terhadap stimulus yang disampaikan oleh komunikator
- c. Pesan: gagasan atau pendapat, fakta, informasi atau stimulus yang disampaikan

- d. Media komunikasi: saluran yang dipakai untuk menyampaikan pesan
- e. Kegiatan “encoding”: perumusan pesan oleh komunikator sebelum disampaikan oleh komunikan
- f. Kegiatan “decoding”: penafsiran pesan oleh komunikan pada saat menerima pesan



2.1.3 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut Stuart dan Sundeen (1996), tujuan hubungan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien meliputi :

1. Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan terhadap diri.
2. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri.
3. Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang intim dan saling tergantung dengan kapasitas untuk mencintai dan dicintai.

4. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistik.

2.1.4 Unsur – unsur Komunikasi terapeutik

Unsur-unsur yang terkandung dalam komunikasi terapeutik antara lain (Potter dan Perry, 2010) :

- a. Keramahan

Keramahan merupakan bagian dari komunikasi terapeutik. Keramahan diberikan untuk memberikan kesan pertama yang menarik hati lawan bicara kita.

- b. Penggunaa nama

Pengenalan diri merupakan suatu yang penting agar tidak menimbulkan keraguan. Memanggil klien dengan nama akan menunjukkan penghargaan diri terhadap pasien itu sendiri.

- c. Dapat Dipercaya

Orang yang dapat dipercaya adalah orang yang apabila membantu orang lain tidak akan memberikan keraguan terhadap orang yang dibantunya. Untuk itu seorang perawat harus menunjukkan kehangatan, konsistensi, reliabilitas, kejujuran, kompetensi, dan rasa hormat.

- d. Otonomi dan Tanggung Jawab

Seorang perawat harus mampu membuat pilihan sendiri dan berani untuk mempertanggung jawabkan atas pilihan atau keputusan yang diberikan (Townsend, 2003)

e. Asertif Komunikasi

Asertif memungkinkan anda untuk mengekspresikan perasaan dan pikiran tanpa menuduh atau melukai orang lain (Grover, 2005). Sikap asertif akan memberikan kepercayaan diri sekaligus penghormatan terhadap orang lain.

2.1.5 Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik meningkatkan pemahaman dan membantu terbentuknya hubungan yang konstruktif diantara perawat-klien. Tidak seperti komunikasi sosial, komunikasi terapeutik mempunyai tujuan untuk membantu klien mencapai suatu tujuan dalam asuhan keperawatan. Oleh karenanya sangat penting bagi perawat untuk memahami prinsip dasar komunikasi terapeutik berikut ini :

1. Hubungan perawat dan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan, didasarkan pada prinsip 'humanity of nurses and clients'. Hubungan ini tidak hanya sekedar hubungan seorang penolong (*helper*/perawat) dengan kliennya, tetapi hubungan antara manusia yang bermartabat (Dult-Batthey, 2004).
2. Perawat harus menghargai keunikan klien, menghargai perbedaan karakter, memahami perasaan dan perilaku klien dengan melihat perbedaan latar belakang keluarga, budaya, dan keunikan setiap individu.
3. Semua komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan, dalam hal ini perawat harus mampu menjaga harga dirinya dan harga diri klien.
4. Komunikasi yang menciptakan tumbuhnya hubungan saling percaya (*trust*) harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan

memberikan alternatif pemecahan masalah (Stuart, 1998). Hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah kunci dari komunikasi terapeutik.

2.1.6 Jenis Komunikasi Terapeutik

Jenis-jenis komunikasi yang umum digunakan antara lain adalah komunikasi verbal, komunikasi non verbal, komunikasi simbolik, dan metakomunikasi.

1. Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal menggunakan kata yang ditulis ataupun diucapkan. Bahasa verbal merupakan kode yang menyampaikan arti spesifik melalui kombinasi kata. Aspek terpenting dalam komunikasi lisan antara lain (Potter dan Perry, 2010):

a. Perbendaharaan Kata

Komunikasi tidak akan berhasil jika pengirim dan penerima tidak dapat menerjemahkan kata dan frase yang digunakan.

b. Makna Denotatif dan Konotatif

Arti konotatif adalah makna berbeda yang timbul oleh pengaruh pikiran, perasaan ataupun ide terhadap suatu kata.

c. Kecepatan

Percakapan akan berhasil apabila kecepatan dalam pengucapan kata-kata yang digunakan sesuai dengan ritme ucapan tersebut.

d. Intonasi

Intonasi suara klien, akan menggambarkan informasi tentang keadaan kesehatannya dan tingkat energinya.

e. Kejelasan dan Ringkasan

Komunikasi yang efektif bersifat sederhana, singkat, dan langsung. Semakin sedikit kata yang dikandung, maka semakin mudah untuk dimengerti.

f. Waktu dan Kesesuaian

Dalam melakukan komunikasi, perhatikanlah situasi dan kondisi yang sedang terjadi disekeliling kita dan lawan bicara.

2. Komunikasi Nonverbal

Komunikasi yang mencakup seluruh indra dan semua hal yang tidak melibatkan kata tertulis (Potter dan Perry, 2010). Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan komunikasi nonverbal antara lain (Potter dan Perry, 2010):

a. Penampilan Pribadi

Factor ini mengomunikasikan kesejahteraan fisik, kepribadian, status social, pekerjaan, agama, budaya, dan konsep diri.

b. Postur dan Gaya Berjalan

Postur dan gaya berjalan menunjukkan ekspresi diri. Dan gerakan menunjukkan sikap, emosi, konsep diri, dan kesehatan.

c. Ekspresi Wajah

Wajah adalah bagian tubuh yang paling ekspresif. Seorang perawat harus mampu menghindari ekspresi rasa terkejut, jijik, tidak senang, atau reaksi buruk lainnya didepan klien.

d. Kontak Mata

Individu dikatakan siap untuk melakukan percakapan, dilihat melalui kontak matanya. Kontak mata merupakan contoh sikap penghargaan dan kesediaan untuk mendengarkan.

e. Gerakan Tubuh

Semua yang dikatakan akan dipertegas dengan beberapa gerakan tubuh, dan gerakan tubuh itu sendiri sudah memiliki makna

f. Suara

Suara desahan, erangan, atau isakan juga mengomunikasikan sebuah perasaan atau pikiran. Dan juga suara akan membantu untuk memperjelas suatu pesan yang dikirim.

3. Komunikasi Simbolik

Sebuah komunikasi yang membutuhkan symbol-simbol lisan dan nonverbal yang digunakan pihak lain untuk menyampaikan arti, misalnya adalah seni dan musik.

4. Metakomunikasi

Metakomunikasi merupakan istilah luas yang merujuk kepada factor yang memengaruhi komunikasi. Kesadaran akan factor ini membantu individu dalam memahami hal yang disampaikan (Arnold dan Boggs, 2003)

2.1.7 Tahapan dalam Komunikasi Terapeutik

(Stuart, 1998) menjelaskan bahwa dalam prosesnya komunikasi terapeutik terbagi menjadi empat tahapan yaitu tahap persiapan atau tahap pra-interaksi, tahap perkenalan atau orientasi, tahap kerja dan tahap terminasi.

1. Tahap Persiapan/Pra-interaksi

Dalam tahapan ini perawat menggali perasaan dan menilik dirinya dengan cara mengidentifikasi kelebihan dan kekurangannya. Pada tahap ini juga perawat mencari informasi tentang klien sebagai lawan bicaranya. Setelah hal ini dilakukan perawat merancang strategi untuk pertemuan pertama dengan klien. Tahapan ini dilakukan oleh perawat dengan tujuan mengurangi rasa cemas atau kecemasan yang mungkin dirasakan oleh perawat sebelum melakukan komunikasi terapeutik dengan klien.

Kecemasan yang dialami seseorang dapat sangat mempengaruhi interaksinya dengan orang lain (Ellis, Gates dan Kenworthy, 2000). Hal ini disebabkan oleh adanya kesalahan dalam menginterpretasikan apa yang diucapkan oleh lawan bicara. Pada saat perawat merasa cemas, dia tidak akan mampu mendengarkan apa yang dikatakan oleh klien dengan baik (Brammer, 1993) sehingga tidak mampu melakukan *active listening* (mendengarkan dengan aktif dan penuh perhatian).

Tugas perawat dalam tahapan ini adalah :

- 1) Mengeksplorasi perasaan, mendefinisikan harapan dan mengidentifikasi kecemasan.
- 2) Menganalisis kekuatan dan kelemahan diri.
- 3) Mengumpulkan data tentang klien.
- 4) Merencanakan pertemuan pertama dengan klien.

2. Tahap Perkenalan/Orientasi

Tahap perkenalan dilaksanakan setiap kali pertemuan dengan klien dilakukan. Tujuan dalam tahap ini adalah memvalidasi keakuratan data dan

rencana yang telah dibuat sesuai dengan keadaan klien saat ini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang telah lalu (Stuart, 1998).

Tugas perawat dalam tahapan ini adalah :

- 1) Membina rasa saling percaya, menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka.
- 2) Merumuskan kontrak (waktu, tempat pertemuan, dan topik pembicaraan) bersama-sama dengan klien dan menjelaskan atau mengklarifikasi kembali kontrak yang telah disepakati bersama.
- 3) Menggali pikiran dan perasaan serta mengidentifikasi masalah klien yang umumnya dilakukan dengan menggunakan teknik komunikasi pertanyaan terbuka.
- 4) Merumuskan tujuan interaksi dengan klien. Sangat penting bagi perawat untuk melaksanakan tahapan ini dengan baik karena tahapan ini merupakan dasar bagi hubungan terapeutik antara perawat dan klien.

3. Tahap Kerja

Tahap kerja merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik (Stuart, 1998). Tahap kerja merupakan tahap yang terpanjang dalam komunikasi terapeutik karena didalamnya perawat dituntut untuk membantu dan mendukung klien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisa respons ataupun pesan komunikasi verbal dan non verbal yang disampaikan oleh klien. Dalam tahap ini pula perawat mendengarkan secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu klien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh klien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya. Dibagian akhir tahap ini, perawat diharapkan mampu menyimpulkan

percakapannya dengan klien. Teknik menyimpulkan ini merupakan usaha untuk memadukan dan menegaskan hal-hal penting dalam percakapan, dan membantu perawat dan klien memiliki pikiran dan ide yang sama (Suryani, 2005). Dengan dilakukannya penarikan kesimpulan oleh perawat maka klien dapat merasakan bahwa keseluruhan pesan atau perasaan yang telah disampaikannya diterima dengan baik dan benar-benar dipahami oleh perawat.

4. Tahap Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dan klien. Tahap terminasi dibagi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir (Stuart, 1998). Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan klien, setelah hal ini dilakukan perawat dan klien masih akan bertemu kembali pada waktu yang berbeda sesuai dengan kontrak waktu yang telah disepakati bersama. Sedangkan terminasi akhir dilakukan oleh perawat setelah menyelesaikan seluruh proses keperawatan.

Tugas perawat dalam tahap ini adalah :

- 1) Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan (evaluasi objektif). Brammer dan McDonald (1996) menyatakan bahwa meminta klien untuk menyimpulkan tentang apa yang telah didiskusikan merupakan sesuatu yang sangat berguna pada tahap ini.
- 2) Melakukan evaluasi subjektif dengan cara menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat.
- 3) Menepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan. Tindak lanjut yang disepakati harus relevan dengan interaksi yang baru saja

dilakukan atau dengan interaksi yang akan dilakukan selanjutnya. Tindak lanjut dievaluasi dalam tahap orientasi pada pertemuan berikutnya.

2.1.8 Dimensi Hubungan Yang Membantu Komunikasi Terapeutik

Dimensi Hubungan Yang Membantu Komunikasi Terapeutik Menurut Potter and Perry (2005), dimensi hubungan yang membantu komunikasi terapeutik meliputi :

1. Rasa Percaya

Rasa percaya dapat didefinisikan sebagai kepercayaan bahwa orang lain akan memberi bantuan ketika membutuhkan dan tertekan. Rasa percaya akan membentuk hubungan komunikasi terapeutik yang terbuka. Pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi pasien untuk mempercayai perawat.

Untuk meningkatkan rasa percaya perawat harus meningkatkan rasa percaya, bertindak secara konsisten, dapat dipercaya dan kompeten. Kejujuran dalam memberikan informasi kepada klien juga dapat membantu terciptanya rasa percaya. Tanpa rasa percaya, hubungan perawat antara perawat dengan klien tidak akan memiliki kemajuan lebih dari interaksi sosial dan hanya untuk memenuhi kebutuhan superfisial.

2. Empati

Empati telah diterima secara luas sebagai komponen klinis dalam hubungan yang membantu. Definisi empati merefleksikan pengaruh psikoterapis. Empati adalah kemampuan untuk mencoba memahami dan memasuki kerangka referensi klien, menurut Haber et al (1994) dalam Potter dan Perry (2005).

Empati adalah merasakan, memahami dan membagi kerangka referensi klien, dimulai dengan masalah yang dihadapi klien. Sangat adil, sensitif, dan

objektif untuk melihat pengalaman yang dimiliki orang lain. Empati membantu klien untuk menjelaskan dan mengkaji perasaan mereka sehingga pemecahan masalah dapat terjadi.

3. Perhatian

Perhatian adalah memiliki penghargaan positif terhadap orang lain, merupakan dasar untuk hubungan yang membantu. Sebagian besar klien secara langsung ataupun tidak langsung menunjukkan keinginan untuk diperhatikan pada waktu tertentu. Perawat menunjukkan perhatian dengan menerima perhatian klien sebagaimana mereka adanya dan menghargai mereka sebagai individu. Ketika klien merasa diperhatikan, mereka merasa aman dari ancaman atau situasi yang menyebabkan kecemasan. Perhatian juga meningkatkan rasa percaya dan mengurangi kecemasan. Penghilangan kecemasan dan stres akan meningkatkan daya tahan tubuh dan membantu penyembuhan.

4. Autonomi dan Mutualitas

Autonomi adalah kemampuan untuk mengontrol diri. Mutualitas meliputi perasaan untuk berbagi dengan sesama. Keduanya sangat penting dalam hubungan yang saling membantu. Perawat dan klien bekerja sebagai tim yang ikut serta dalam keperawatan. Perawat menawarkan kesempatan untuk mengambil keputusan, sekalipun untuk hal-hal yang sangat sepele. Ketika klien menjadi lebih mandiri Perawat menawarkan lebih banyak kesempatan untuk mengambil keputusan. Perawat juga bertindak sebagai penasehat untuk memberi tahu klien tentang alternatif perawatan kesehatan dan untuk memberikan dukungan dalam pengambilan keputusan.

2.1.9 Sikap Komunikasi Terapeutik.

Egan (1998) dalam Koziar, et.al (2004), telah menggambarkan lima cara yang spesifik untuk menunjukkan kehadiran secara fisik ketika melaksanakan komunikasi terapeutik, yang ia definisikan sebagai sikap atas kehadiran atau keberadaan terhadap orang lain atau ketika sedang berada dengan orang lain. Berikut adalah tindakan atau sikap yang dilakukan ketika menunjukkan kehadiran secara fisik :

1. Berhadapan dengan lawan bicara. Dengan posisi ini perawat menyatakan kesiapannya ("saya siap untuk anda").
2. Sikap tubuh terbuka; kaki dan tangan terbuka (tidak bersilangan). Sikap tubuh yang terbuka menunjukkan bahwa perawat bersedia untuk mendukung terciptanya komunikasi.
3. Menunduk/memposisikan tubuh kearah/lebih dekat dengan lawan bicara. Hal ini menunjukkan bahwa perawat bersiap untuk merespon dalam komunikasi (berbicara-mendengar).
4. Pertahankan kontak mata, sejajar, dan natural. Dengan posisi mata sejajar perawat menunjukkan kesediaannya untuk mempertahankan komunikasi.
5. Bersikap tenang. Akan lebih terlihat bila tidak terburu-buru saat berbicara dan menggunakan gerakan/bahasa tubuh yang natural.

2.1.10 Tehnik Komunikasi Terapeutik

Tiap klien tidak sama oleh karena itu diperlukan penerapan tehnik berkomunikasi yang berbeda pula. Tehnik komunikasi berikut ini, terutama penggunaan referensi dari Shives (1994), Stuart & Sundeen (1950) dan Wilson & Kneisl (1920), yaitu :

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian

Berusaha mendengarkan klien menyampaikan pesan non-verbal bahwa perawat perhatian terhadap kebutuhan dan masalah klien. Mendengarkan dengan penuh perhatian merupakan upaya untuk mengerti seluruh pesan verbal dan non-verbal yang sedang dikomunikasikan.

2. Menunjukkan penerimaan

Menerima tidak berarti menyetujui. Menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau tidak setuju. Tentu saja sebagai perawat kita tidak harus menerima semua perilaku klien. Perawat sebaiknya menghindari ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggelengkan kepala seakan tidak percaya. Berikut ini menunjukkan sikap perawat yang menggelengkan kepala seakan tidak percaya.

3. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan.

Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai klien. Paling baik jika pertanyaan dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata dalam konteks sosial budaya klien. Selama pengkajian ajukan pertanyaan secara berurutan.

4. Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri.

Dengan mengulang kembali ucapan klien, perawat memberikan umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan mengharapkan komunikasi berlanjut.

5. Klarifikasi

Apabila terjadi kesalahan pemahaman, perawat perlu menghentikan pembicaraan untuk mengklarifikasi dengan menyamakan pengertian, karena informasi sangat penting dalam memberikan pelayanan keperawatan. Agar pesan dapat sampai dengan benar, perawat perlu memberikan contoh yang konkrit dan mudah dimengerti klien.

6. Memfokuskan

Metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti. Perawat tidak seharusnya memutuskan pembicaraan klien ketika menyampaikan masalah yang penting, kecuali jika pembicaraan berlanjut tanpa informasi yang baru.

7. Menyampaikan hasil observasi

Perawat perlu memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya, sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengan benar. Perawat menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh syarat non-verbal klien. Menyampaikan hasil pengamatan perawat sering membuat klien berkomunikasi lebih jelas tanpa harus bertambah memfokuskan atau mengklarifikasi pesan.

8. Menawarkan informasi

Tambahan informasi ini memungkinkan penghayatan yang lebih baik bagi klien terhadap keadaannya. Memberikan tambahan informasi merupakan pendidikan kesehatan bagi klien. Selain ini akan menambah rasa percaya klien terhadap perawat. Apabila ada informasi yang ditutupi oleh dokter, perawat perlu mengklarifikasi alasannya. Perawat tidak boleh memberikan nasehat kepada klien

ketika memberikan informasi, tetapi memfasilitasi klien untuk membuat keputusan.

9. Diam

Diam memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk mengorganisir pikirannya. Penggunaan metode diam memerlukan keterampilan dan ketetapan waktu, jika tidak maka akan menimbulkan perasaan tidak enak. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi terhadap dirinya sendiri, mengorganisir pikirannya, dan memproses informasi.

10. Meringkas

Meringkas adalah pengulangan ide utama yang telah dikomunikasikan secara singkat. Metode ini bermanfaat untuk membantu topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pada pembicaraan berikutnya. Meringkas pembicaraan membantu perawat mengulang aspek penting dalam interaksinya, sehingga dapat melanjutkan pembicaraan dengan topik yang berkaitan.

11. Memberikan penghargaan

Memberi salam pada klien dengan menyebut namanya, menunjukkan kesadaran tentang perubahan yang terjadi menghargai klien sebagai manusia seutuhnya yang mempunyai hak dan tanggung jawab atas dirinya sendiri sebagai individu. Penghargaan tersebut jangan sampai menjadi beban baginya, dalam arti kata jangan sampai klien berusaha keras dan melakukan segalanya demi mendapatkan pujian atau persetujuan atas perbuatannya.

12. Menawarkan diri

Klien mungkin belum siap untuk berkomunikasi secara verbal dengan orang lain atau klien tidak mampu untuk membuat dirinya dimengerti. Seringkali

perawat hanya menawarkan kehadirannya, rasa tertarik, tehnik komunikasi ini harus dilakukan tanpa pamrih.

13. Memberi kesempatan kepada klien untuk memulai pembicaraan.

Memberi kesempatan pada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Biarkan klien yang merasa ragu-ragu dan tidak pasti tentang perannya dalam interaksi ini perawat dapat menstimulasinya untuk mengambil inisiatif dan merasakan bahwa ia diharapkan untuk membuka pembicaraan.

14. Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan.

Tehnik ini menganjurkan klien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan yang mengindikasikan bahwa klien sedang mengikuti apa yang sedang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang akan dibicarakan selanjutnya.

15. Menempatkan kejadian secara teratur akan menolong perawat dan klien untuk melihatnya dalam suatu perspektif. Kelanjutan dari suatu kejadian secara teratur akan menolong perawat dan klien untuk melihatnya dalam suatu perspektif. Kelanjutan dari suatu kejadian secara teratur akan menolong perawat dan klien untuk melihat kejadian berikutnya sebagai akibat kejadian yang pertama.

16. Menganjurkan klien untuk menguraikan persepsinya

Apabila perawat ingin mengerti klien, maka ia harus melihat segala sesungguhnya dari perspektif klien. Klien harus merasa bebas untuk menguraikan persepsinya kepada perawat. Ketika menceritakan pengalamannya, perawat harus waspada akan timbulnya gejala ansietas.

17. Refleksi

"Refleksi menganjurkan klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri. Apabila klien bertanya apa yang harus ia pikirkan dan kerjakan atau rasakan maka perawat dapat menjawab: "Bagaimana menurutmu?" atau "Bagaimana perasaanmu?".

2.1.11 Hambatan Dalam Komunikasi Terapeutik

Hambatan Dalam Komunikasi Terapeutik antara perawat dengan klien atau pun perawat dengan keluarga ada beberapa kendala yaitu:

1. Pemberian Pendapat

Dengan memberikan pendapat akan membutuhkan pengambilan keputusan yang dilakukan jauh dari klien. Hal ini menghalangi spontanitas, memperlambat pemecahan masalah, dan menyebabkan keraguan. Sering kali klien hanya membutuhkan kesempatan untuk menunjukkan perasaannya. Pemberian pendapat akan menghalangi pasien mengembangkan solusi untuk memecahkan masalah (Potter & Perry, 2005).

2. Memberikan Penentraman Semu

Penentraman yang tulus dan dapat dipercaya sangat penting dan dapat membantu menetapkan harga diri dan harapan klien. Menurut Bradley dan Edinberg (1990) *cit* Potter dan Perry (2005) telah mengidentifikasi enam kondisi dasar dimana penentraman secara verbal dapat diberikan, klien dapat diyakinkan bahwa:

- 1) Masih ada harapan
- 2) Perawat selalu mendengarkan
- 3) Pengobatan tersedia

- 4) Perubahan tertentu yang tidak diinginkan dapat terjadi
 - 5) Klien akan diperlakukan sebagai individu
 - 6) Masalah klien telah dipahami
3. Bersikap Defensif

Defensif adalah respon untuk mengkritik, untuk menunjukkan bahwa klien tidak memiliki hak untuk memberikan opini. Ketika perawat menjadi defensif, apa yang menjadi kekhawatiran klien sering kali terabaikan (Potter & Perry, 2005).

4. Menunjukkan Persetujuan atau Ketidaksetujuan

Menunjukkan persetujuan yang berlebihan dapat berbahaya untuk hubungan klien dan perawat, sama seperti menunjukkan ketidaksetujuan. Memberikan pujian yang berlebihan menunjukkan bahwa tingkah laku yang di puji adalah satu-satunya yang dapat diterima. Sering kali klien berbagi keputusan dengan perawat, tidak dalam usaha untuk mencari persetujuan tetapi untuk mencari cara untuk mendiskusikan perasaan (Potter & Perry, 2005).

5. Stereotip

Setiap orang memiliki ciri khas. Namun respon stereotip menghalangi keunikan dan secara berlebihan menyederhanakan situasi. Stereotip adalah kepercayaan umum mengenai orang. Penggunaan stereotip menghalangi komunikasi dan dapat menghalangi hubungan antara klien dan perawat (Potter & Perry, 2005).

6. Bertanya Mengapa

Ketika orang tidak setuju atau tidak dapat memahami orang lain, mereka cenderung bertanya mengapa orang lain percaya atau bertindak seperti itu.

Pertanyaan “mengapa” dapat menyebabkan kebencian, rasa tidak aman, dan tidak percaya (Potter & Perry, 2005).

7. Mengubah Subjek Pembicaraan Secara Tidak Tepat

Perawat mungkin dengan tidak hati-hati menghentikan klien ketika membicarakan subjek yang penting dengan mengganti subjek. Menginterupsi pembicaraan dengan kasar sangat tidak sopan dan menunjukkan kurangnya rasa empati. Mengubah subjek menghalangi kemajuan dalam komunikasi terapeutik. Pemikiran dan spontanitas klien menjadi terganggu, ide-idenya menjadi kusut dan sebagai akibatnya informasi yang tersedia menjadi tidak adekuat (Potter and Perry, 2005).

2.2 Konsep Harga Diri

2.2.1 Pengertian

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart dan Sudeen, 1991). Menurut Beck, Willian dan Rawlin (1986) menyatakan bahwa konsep diri adalah cara individu memandang dirinya secara utuh, baik fisik, emosional intelektual, sosial dan spiritual. Konsep diri terbagi menjadi beberapa bagian. Menurut John Robert Powers (1977), konsep diri adalah kesadaran dan pemahaman terhadap dirinya sendiri yang meliputi ; siapa aku, apakah kemampuanku, apakah kekuranganku, apakah kelebihanku, apakah perananku, dan apakah keinginanku. Pembagian konsep diri dikemukakan oleh Stuart and Sundeen (1991), yang terdiri dari: gambaran diri (body image), ideal diri, harga diri, peran, dan identitas.

Menurut Stuart dan Sundeen (1991) penilaian tentang konsep diri dapat dilihat berdasarkan rentang-rentang respon konsep diri yaitu:

Respon Adaktif ←————→ Respon Maladaktif



Harga diri merupakan bagian dari konsep diri, menurut Coopersmith (1967) harga diri merupakan evaluasi yang dibuat oleh individu mengenai hal-hal yang berkaitan dengan dirinya yang diekspresikan melalui suatu bentuk penilaian setuju dan menunjukkan tingkat dimana individu meyakini dirinya sebagai individu yang mampu, penting dan berharga. Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (Stuart and Sundeen, 1991). Frekuensi pencapaian tujuan akan menghasilkan harga diri yang rendah atau harga diri yang tinggi. Jika individu sering gagal, maka cenderung harga diri rendah. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Aspek utama adalah dicintai dan menerima penghargaan dari orang lain (Keliat, 1992). Biasanya harga diri sangat rentan terganggu pada saat remaja dan usia lanjut. Dari hasil riset ditemukan bahwa masalah kesehatan fisik mengakibatkan harga diri rendah. Harga diri tinggi terkait dengan ansietas yang rendah, efektif dalam kelompok dan diterima oleh orang lain. Sedangkan harga diri rendah terkait dengan hubungan interpersonal yang buruk dan resiko terjadi depresi dan skizofrenia. Gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan

negatif terhadap diri sendiri termasuk hilangnya percaya diri dan harga diri. Harga diri rendah dapat terjadi secara situasional (trauma) atau kronis (negatif self evaluasi yang telah berlangsung lama). Dan dapat diekspresikan secara langsung atau tidak langsung (nyata atau tidak nyata).

2.2.2 Karakteristik Harga Diri

Menurut Coopersmith (dalam Burn, 1998) harga diri mempunyai beberapa karakteristik, yaitu : (1) harga diri sebagai sesuatu yang bersifat umum; (2) harga diri bervariasi dalam berbagai pengalaman; dan (3) evaluasi diri. Individu yang memiliki harga diri tinggi menunjukkan perilaku menerima dirinya apa adanya, percaya diri, puas dengan karakter dan kemampuan diri dan individu yang memiliki harga diri rendah, akan menunjukkan penghargaan buruk terhadap dirinya sehingga tidak mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial (Stuart dan Sundeen, 1991 dan Keliat, 1995).

2.2.3 Pembentukan Harga Diri

Harga diri mulai terbentuk setelah anak lahir, ketika anak berhadapan dengan dunia luar dan berinteraksi dengan orang-orang di lingkungan sekitarnya. Interaksi secara minimal memerlukan pengakuan, penerimaan peran yang saling tergantung pada orang yang bicara dan orang yang diajak bicara. Interaksi menimbulkan pengertian tentang kesadaran diri, identitas, dan pemahaman tentang diri. Hal ini akan membentuk penilaian individu terhadap dirinya sebagai orang yang berarti, berharga, dan menerima keadaan diri apa adanya sehingga individu mempunyai perasaan harga diri (Burn, 1998). Harga diri mengandung pengertian "siapa dan apa diri saya". Segala sesuatu yang berhubungan dengan

seseorang, selalu mendapat penilaian berdasarkan kriteria dan standar tertentu, atribut-atribut yang melekat dalam diri individu akan mendapat masukan dari orang lain dalam proses berinteraksi dimana proses ini dapat menguji individu yang memperlihatkan standar dan nilai diri yang terinternalisasi dari masyarakat dan orang lain.

2.2.4 Aspek-aspek Harga Diri

Coopersmith (1998) membagi harga diri kedalam empat aspek :

1. Kekuasaan (*power*).

Kemampuan untuk mengatur dan mengontrol tingkah laku orang lain. Kemampuan ini ditandai adanya pengakuan dan rasa hormat yang diterima individu dari orang lain.

2. Keberatan (*significance*).

Adanya kepedulian, penilaian, dan afeksi yang diterima individu dari orang lain.

3. Kebajikan (*virtue*).

Ketaatan mengikuti standar moral dan etika, ditandai oleh ketaatan untuk menjauhi tingkah laku yang tidak diperbolehkan.

4. Kemampuan (*competence*).

Sukses memenuhi tuntutan prestasi.

2.2.5 Ciri-ciri Harga Diri

Coopersmith (1967) mengemukakan ciri-ciri individu sesuai dengan tingkat harga dirinya :

1. Harga Diri Tinggi

Ciri-ciri harga diri tinggi diantaranya adalah :

- 1) Menganggap diri sendiri sebagai orang yang berharga dan sama baiknya dengan orang lain yang sebr ya dengan dirinya dan menghargai orang lain.
- 2) Dapat mengontrol tindakannya terhadap dunia luar dirinya dan dapat menerima kritik dengan baik.
- 3) Tidak cepat bingung dan putus asa bila sesuatu berjalan di luar rencana.
- 4) Berhasil atau berprestasi di bidang akademik, aktif dan dapat mengekpreskan dirinyan dengan baik.
- 5) Tidak menganggap dirinya sempurna, tetapi tahu keterbatasan diri dan mengharapkan adanya pertumbuhan dalam dirinya.
- 6) Memiliki nilai-nilai dan sikap yang demokratis serta orientasi yang realistis.
- 7) Lebih bahagia dan efektif menghadapi tuntutan dari lingkungan

2. Harga Diri Rendah

Ciri-ciri harga diri rendah diantaranya adalah :

- 1) Menganggap dirinya sebagai orang yang tidak berharga dan tidak sesuai, sehingga takut gagal untuk melakukan hubungan sosial. Hal ini sering kali menyebabkan individu yang memiliki harga diri yang rendah, menolak dirinya sendiri dan tidak puas akan dirinya.
- 2) Sulit mengontrol tindakan dan perilakunya terhadap dunia luar dirinya dan kurang dapat menerima saran dan kritikan dari orang lain.
- 3) Tidak menyukai segala hal atau tugas yang baru, sehingga akan sulit baginya untuk menyesuaikan diri dengan segala sesuatu yang belum jelas baginya.

- 4) Tidak yakin akan pendapat dan kemampuan diri sendiri sehingga kurang berhasil dalam prestasi akademis dan kurang dapat mengekspresikan dirinya dengan baik.
- 5) Menganggap diri kurang sempurna dan segala sesuatu yang dikerjakannya akan selalu mendapat hasil yang buruk, walaupun dia telah berusaha keras, serta kurang dapat menerima segala perubahan dalam dirinya.
- 6) Kurang memiliki nilai dan sikap yang demokratis serta orientasi yang kurang realistik.
- 7) Selalu merasa khawatir dan ragu-ragu dalam menghadapi tuntutan dari lingkungan.

2.2.6 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Harga Diri

Faktor-faktor yang melatarbelakangi harga diri (Coopersmith, dalam Burn, 1998) yaitu :

1. Pengalaman merupakan suatu bentuk emosi, perasaan, tindakan, dan kejadian yang pernah dialami individu yang dirasakan bermakna dan meninggalkan kesan dalam hidup individu.
2. Pola asuh merupakan sikap orangtua dalam berinteraksi dengan anak-anaknya yang meliputi cara orangtua memberikan aturan-aturan, hadiah maupun hukuman, cara orangtua menunjukkan otoritasnya, dan cara orangtua memberikan perhatiannya serta tanggapan terhadap anaknya.
3. Lingkungan memberikan dampak besar kepada remaja melalui hubungan yang baik antara remaja dengan orangtua, teman sebaya, dan lingkungan sekitar sehingga menumbuhkan rasa aman dan nyaman dalam penerimaan sosial dan harga dirinya.

4. Sosial ekonomi merupakan suatu yang mendasari perbuatan seseorang untuk memenuhi dorongan sosial yang memerlukan dukungan finansial yang berpengaruh pada kebutuhan hidup sehari-hari (Ali dan Asrori, 2004).

2.2.7 Hambatan dalam Perkembangan Harga Diri

Menurut Dariuszky (2004) yang menghambat perkembangan harga diri adalah : Perasaan takut, yaitu kekhawatiran atau ketakutan (*fear*). Dalam kehidupan sehari-hari individu harus menempatkan diri di tengah-tengah realita. Ada yang menghadapi fakta-fakta kehidupan dengan penuh kebenaran, akan tetapi ada juga yang menghadapinya dengan perasaan tidak berdaya. Ini adalah tanggapan negatif terhadap diri, sehingga sekitarnya pun merupakan sesuatu yang negatif bagi dirinya. Tanggapan ini menjadikan individu selalu hidup dalam ketakutan yang akan mempengaruhi seluruh alam perasaannya sehingga terjadi keguncangan dalam keseimbangan kepribadian, yaitu suatu keadaan emosi yang labil. Maka dalam keadaan tersebut individu tidak berpikir secara wajar, jalan pikirannya palsu, dan segala sesuatu yang diluar diri yang dipersepsikan secara salah. Dengan demikian tindakan-tindakannya menjadi tidak adekuat sebab diarahkan untuk kekurangan dirinya. Keadaan ini lama kelamaan tidak dapat dipertahankan lagi, yang akhirnya akan menimbulkan kecemasan, sehingga jelaslah bahwa keadaan ini akan berpengaruh pada perkembangan harga dirinya. Perasaan salah yang pertama dimiliki oleh individu yang mempunyai pegangan hidup berdasarkan kesadaran dan keyakinan diri, atau dengan kata lain individu sendiri telah menentukan criteria mengenai mana yang baik dan buruk bagi dirinya. Perasaan salah yang kedua adalah merasa salah terhadap ketakutan,

seperti umpamanya orangtua. Keadaan ini kemudian terlihat dalam bentuk kecemasan yang merupakan unsur penghambat bagi perkembangan kepercayaan akan diri sendiri.

2.2.8 Harga Diri Klien dengan Gagal Ginjal Kronis

Menurut Long (1999), klien dengan penyakit kronis seperti gagal ginjal kronis memiliki masalah yang sangat kompleks. Perubahan fisik akibat penurunan fungsi organ akan mempengaruhi masalah psikis dan menghambat sosialisasi klien tersebut. Gagal ginjal kronis juga sangat berkaitan dengan persepsi klien terhadap prognostik dari gagal ginjal kronis. Gagal ginjal kronis memiliki prognostik morbiditas dan mortalitas yang buruk terhadap organ tubuh yang lain, mengurangi kualitas hidup dan meningkatkan angka kematian. Hal ini memberikan gambaran bahwa pada gagal ginjal kronis terjadi perubahan-perubahan yang progresif yang ditandai dengan penurunan kondisi klien. Penumpukan hasil tubuh selanjutnya dapat meracuni organ lain sehingga membutuhkan tindakan seperti hemodialisa untuk mengeluarkan sisa tersebut (Price and Wilson, 2005). Penurunan fungsi tubuh pada klien dengan gagal ginjal kronis menyebabkan mereka tidak berguna yang secara emosional mempengaruhi prose interaksi dengan orang lain. Mereka sangat sensitif, cepat marah dan sering menutup diri dalam berinteraksi. Kondisi ini menunjukkan bahwa mereka sedang kehilangan kepercayaan diri dan merasa putus asa walaupun telah mendapatkan tindakan medis yang optimal. Hal inilah yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan harga diri pada klien dengan gagal ginjal kronis.

2.3 Konsep Gagal Ginjal Kronis

2.3.1 Pengertian

Gagal ginjal kronik (GGK) adalah suatu sindroma klinik yang disebabkan oleh penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan *irreversible*. Setiap penyakit yang terjadi pada ginjal akan menyebabkan terganggunya fungsi ginjal terutama berkaitan dengan fungsi pembuangan sisa metabolisme zat gizi keluar tubuh (Wilson, 2006). Penyakit ini merupakan sindrom klinis yang terjadi pada stadium gagal ginjal yang dapat mengakibatkan kematian kecuali jika dilakukan terapi pengganti (Soeparman, 2003). Gangguan ginjal yang telah berada pada tahap berat ditunjukkan dengan ketidakmampuan ginjal membuang sisa-sisa zat metabolisme dari dalam tubuh. Ketidakmampuan ginjal menyebabkan tubuh dipenuhi dengan air dan racun sehingga timbul gejala seperti mual, muntah dan sesak napas yang memerlukan hemodialisa darah sesegera mungkin (*Indonesian Kidney Care Club/IKCC*, 2008).

2.3.2 Klasifikasi

Tahapan penyakit gagal ginjal kronis berlangsung secara terus-menerus dari waktu ke waktu. *The Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K/DOQI)* mengklasifikasikan gagal ginjal kronis sebagai berikut:

Stadium 1: kerusakan masih normal (GFR >90 mL/min/1.73 m²)

Stadium 2: ringan (GFR 60-89 mL/min/1.73 m²)

Stadium 3: sedang (GFR 30-59 mL/min/1.73 m²)

Stadium 4: gagal berat (GFR 15-29 mL/min/1.73 m²)

Stadium 5: gagal ginjal terminal (GFR <15 mL/min/1.73 m²)

Pada gagal ginjal kronis tahap 1 dan 2 tidak menunjukkan tanda-tanda kerusakan ginjal termasuk komposisi darah yang abnormal atau urin yang abnormal (Arora, 2009).

2.3.3 Etiologi

Angka Perjalanan ESRD hingga tahap terminal dapat bervariasi dari 2-3 bulan hingga 30-40 tahun. Penyebab gagal ginjal kronik yang tersering dapat dibagi menjadi tujuh kelas seperti pada tabel berikut ini (Brunner & Suddarth, 2001).

No.	Klasifikasi Penyakit	Penyakit
1.	Penyakit infeksi tubulointerstisial	Pielonefritis kronis dan refluks nefropati
2.	Penyakit peradangan	Glomerulonefritis
3.	Penyakit vaskuler hipertensi	Nefrosklerosis benign, Nefrosklerosis maligna dan stenosis arteri renalis
4.	Gangguan kongenital dan herediter	Penyakit ginjal polikistik dan asidosis tumulus ginjal
5.	Penyakit metabolic	Diabetes mellitus, gout, hiperparatiroidisme dan amiloidosis.
6.	Nefropati toksik	Penyalahgunaan analgesik dan nefropati timah
7.	Nefropati obstruktif	batu, neoplasma, fibrosis retroperitoneal, hipertropi prostat, striktur urethra.

2.3.4 Tanda dan Gejala

Menurut Suyono (2001) Tanda dan gejala Gagal ginjal kronik adalah :

1. Gangguan pada sistem gastrointestinal.

Gangguan yang terjadi pada sistem gastrointestinal adalah :

- 1) Anoreksia, mual, dan muntah yang berhubungan dengan gangguan metabolisme protein dalam usus dan terbentuknya zat – zat toksik.
- 2) Fetor uremik : disebabkan ureum yang berlebihan pada air liur yang diubah menjadi amonia oleh bakteri sehingga nafas berbau amonia.
- 3) Cegukan, belum diketahui penyebabnya

2. Gangguan sistem hematologi dan kulit.

Gangguan yang terjadi pada sistem hematologi dan kulit diantaranya adalah :

- 1) Anemia, karena berkurangnya produksi eritropoetin.
- 2) Kulit pucat karena anemia dan kekuningan karena penimbunan urokrom
- 3) Gatal-gatal akibat toksin uremik.
- 4) Trombositopenia (penurunan kadar trombosit dalam darah).
- 5) Gangguan fungsi kulit (Fagositosis dan kemoaksis berkurang).

3. Sistem syaraf dan otak.

Gangguan yang terjadi pada sistem syaraf dan otak diantaranya adalah :

- 1) Miopati, kelelahan dan hipertropi otot.
- 2) Ensefalopati metabolik : Lemah, Tidak bisa tidur, gangguan konsentrasi.

4. Sistem kardiovaskuler.

Gangguan yang terjadi pada sistem kardiovaskuler diantaranya adalah :

- 1) Hipertensi.
- 2) Nyeri dada, sesak nafas.
- 3) Gangguan irama jantung akibat sklerosis dini.
- 4) Edema.

5. Sistem endokrin.

Gangguan yang terjadi pada sistem endokrin diantaranya adalah :

- 1) Gangguan seksual : libido, fertilitas dan penurunan seksual pada laki-laki, pada wanita muncul gangguan menstruasi.
- 2) Gangguan metabolisme glukosa, retensi insulin dan gangguan sekresi insulin.

6. Gangguan pada sistem lain.

Gangguan yang terjadi pada sistem yang lain diantaranya adalah :

- 1) Tulang : osteodistrofi renal.
- 2) Asidosis metabolik akibat penimbunan asam organik.

2.3.5 Faktor Resiko

Faktor resiko gagal ginjal kronik, yaitu pada pasien dengan diabetes melitus atau hipertensi, obesitas atau perokok, berumur lebih dari 50 tahun, dan individu dengan riwayat penyakit diabetes melitus, hipertensi, dan penyakit ginjal dalam keluarga (*National Kidney Foundation, 2009*).

2.3.6 Patofisiologi

Penurunan fungsi ginjal yang progresif tetap berlangsung terus meskipun penyakit primernya telah diatasi atau telah terkontrol. Hal ini menunjukkan adanya mekanisme adaptasi sekunder yang sangat berperan pada kerusakan yang sedang berlangsung pada penyakit ginjal kronik. Bukti lain yang menguatkan adanya mekanisme tersebut adalah adanya gambaran histologik ginjal yang sama pada penyakit ginjal kronik yang disebabkan oleh penyakit primer apapun. Perubahan dan adaptasi nefron yang tersisa setelah kerusakan ginjal yang awal akan menyebabkan pembentukan jaringan ikat dan kerusakan nefron yang lebih lanjut. Demikian seterusnya keadaan ini berlanjut menyerupai suatu siklus yang berakhir dengan gagal ginjal terminal (Noer, 2006).

2.3.7 Komplikasi

Menurut Smeltzer (2000), komplikasi potensial gagal ginjal kronik yang memerlukan pendekatan kolaboratif dalam perawatan, mencakup :

1. Hiperkalemia : akibat penurunan ekskresi, asidosis metabolik, katabolisme dan masukan diet berlebih.
2. Perikarditis : efusi perikardial , dan tamponade jantung akibat retensi produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.
3. Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta mal fungsi sistem renin, angiotensin, aldosteron.
4. Anemia : akibat penurunan eritropoetin, penurunan rentang usia sel darah merah, perdarahan gastro intestinal.
5. Penyakit tulang serta kalsifikasi metastatik akibat retensi fosfat.

2.3.8 Gambaran Klinik

Gambaran klinik gagal ginjal kronik berat disertai sindrom azotemia sangat kompleks, meliputi kelainan-kelainan berbagai organ seperti: kelainan hemopoeisis, saluran cerna, mata, kulit, selaput serosa, kelainan neuropsikiatri dan kelainan kardiovaskular (Sukandar, 2006).

2.3.9 Diagnosis

Pendekatan diagnosis gagal ginjal kronik (GGK) mempunyai sasaran berikut :

1. Memastikan adanya penurunan faal ginjal (LFG)
2. Mengejar etiologi GGK yang mungkin dapat dikoreksi
3. Mengidentifikasi semua faktor pemburuk faal ginjal (*reversible factors*)
4. Menentukan strategi terapi rasional

5. Meramalkan prognosis

Pendekatan diagnosis mer capai sasaran yang diharapkan bila dilakukan pemeriksaan yang terarah dan kronologis, mulai dari anamnesis, pemeriksaan fisik diagnosis dan pemeriksaan penunjang diagnosis rutin dan khusus (Sukandar, 2006).

2.3.10 Pencegahan Gagal Ginjal Kronis

Upaya pencegahan terhadap penyakit gagal ginjal kronis sebaiknya sudah mulai dilakukan pada stadium dini penyakit ginjal kronik. Berbagai upaya pencegahan yang telah terbukti bermanfaat dalam mencegah penyakit ginjal dan kardiovaskular, yaitu pengobatan hipertensi (makin rendah tekanan darah makin kecil risiko penurunan fungsi ginjal), pengendalian gula darah, lemak darah, anemia, penghentian merokok, peningkatan aktivitas fisik dan pengendalian berat badan (*National Kidney Foundation, 2009*).

2.3.11 Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronis

1. Terapi konservatif

Tujuan dari terapi konservatif adalah mencegah memburuknya faal ginjal secara progresif, meringankan keluhan-keluhan akibat akumulasi toksin azotemia, memperbaiki metabolisme secara optimal dan memelihara keseimbangan cairan dan elektrolit (Sukandar, 2006).

2. Terapi simtomatik

Terapi simtomatik terdiri dari :

- 1) Asidosis metabolik. Asidosis metabolik harus dikoreksi karena meningkatkan serum kalium (hiperkalemia). Untuk mencegah dan

mengobati asidosis metabolik dapat diberikan suplemen alkali. Terapi alkali (*sodium bicarbonat*) harus secepatnya diberikan intravena bila $\text{pH} \leq 7,35$ atau serum bikarbonat $\leq 20 \text{ mEq/L}$.

- 2) Anemia. Transfusi darah misalnya *Paked Red Cell* (PRC) merupakan salah satu pilihan terapi alternatif, murah, dan efektif. Terapi pemberian transfusi darah harus hati-hati karena dapat menyebabkan kematian mendadak.
- 3) Keluhan gastrointestinal. Anoreksi, cegukan, mual dan muntah, merupakan keluhan yang sering dijumpai pada GGK. Keluhan gastrointestinal ini merupakan keluhan utama (*chief complaint*) dari GGK. Keluhan gastrointestinal yang lain adalah ulserasi mukosa mulai dari mulut sampai anus. Tindakan yang harus dilakukan yaitu program terapi dialisis adekuat dan obat-obatan simtomatik.
- 4) Kelainan kulit. Tindakan yang diberikan harus tergantung dengan jenis keluhan kulit.
- 5) Kelainan neuromuskular. Beberapa terapi pilihan yang dapat dilakukan yaitu terapi hemodialisis reguler yang adekuat, medikamentosa atau operasi subtotal paratiroidektomi.
- 6) Hipertensi. Pemberian obat-obatan anti hipertensi.
- 7) Kelainan sistem kardiovaskular. Tindakan yang diberikan tergantung dari kelainan kardiovaskular yang diderita.

3. Terapi pengganti ginjal

Terapi pengganti ginjal dilakukan pada penyakit ginjal kronik stadium 5, yaitu pada LFG kurang dari 15 ml/menit. Terapi tersebut dapat berupa hemodialisis, dialisis peritoneal, dan transplantasi ginjal (Suwitra, 2006).

- 1) Hemodialisis. Tindakan terapi dialisis tidak boleh terlambat untuk mencegah gejala toksik azotemia, dan malnutrisi. Tetapi terapi dialisis tidak boleh terlalu cepat pada pasien GGK yang belum tahap akhir akan memperburuk faal ginjal (LFG). Indikasi tindakan terapi dialisis, yaitu indikasi absolut dan indikasi elektif. Beberapa yang termasuk dalam indikasi absolut, yaitu perikarditis, ensefalopati/neuropati azotemik, bendungan paru dan kelebihan cairan yang tidak responsif dengan diuretik, hipertensi refrakter, muntah persisten, dan *Blood Uremic Nitrogen* (BUN) > 120 mg% dan kreatinin > 10 mg%. Indikasi elektif, yaitu LFG antara 5 dan 8 mL/menit/1,73m², mual, anoreksia, muntah, dan astenia berat (Sukandar, 2006). Hemodialisis di Indonesia dimulai pada tahun 1970 dan sampai sekarang telah dilaksanakan di banyak rumah sakit rujukan. Umumnya dipergunakan ginjal buatan yang kompartemen darahnya adalah kapiler-kapiler selaput semipermeabel (*hollow fibre kidney*). Kualitas hidup yang diperoleh cukup baik dan panjang umur yang tertinggi sampai sekarang 14 tahun. Kendala yang ada adalah biaya yang mahal (Rahardjo, 2006).
- 2) Dialisis peritoneal (DP). Akhir-akhir ini sudah populer *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) di pusat ginjal di luar negeri dan di Indonesia. Indikasi medik CAPD, yaitu pasien anak-anak dan orang tua

(umur lebih dari 65 tahun), pasien-pasien yang telah menderita penyakit sistem kardiovaskular, pasien-pasien yang cenderung akan mengalami perdarahan bila dilakukan hemodialisis, kesulitan pembuatan AV shunting, pasien dengan stroke, pasien GGT (gagal ginjal terminal) dengan residual urin masih cukup, dan pasien nefropati diabetik disertai *co-morbidity* dan *co-mortality*. Indikasi non-medik, yaitu keinginan pasien sendiri, tingkat intelektual tinggi untuk melakukan sendiri (mandiri), dan di daerah yang jauh dari pusat ginjal (Sukandar, 2006).

- 3) Transplantasi ginjal. Transplantasi ginjal merupakan terapi pengganti ginjal (anatomi dan faal).





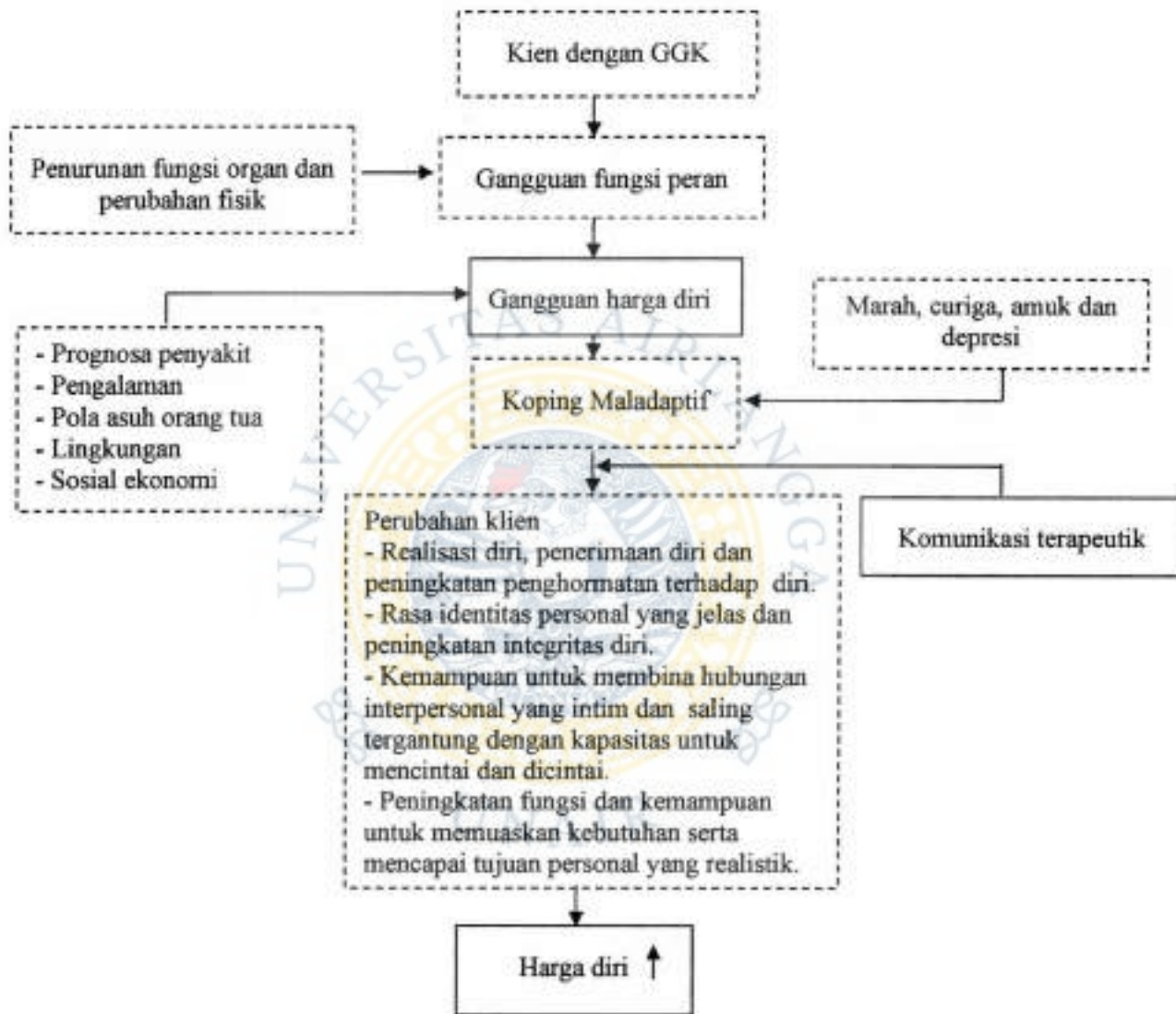
BAB 3

**KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.

Keterangan :



: Diukur



: Mengalami peningkatan



: Tidak diukur



: Mengalami penurunan

Menurut Long (1999), klien dengan penyakit kronis seperti gagal ginjal kronis memiliki masalah yang sangat kompleks. Perubahan fisik akibat penurunan fungsi organ akan mempengaruhi masalah psikis dan menghambat sosialisasi klien tersebut. Hubungan interpersonal yang buruk akibat penurunan fungsi organ dan perubahan pada kondisi fisiknya cenderung mengakibatkan gangguan harga diri (Carpenito, 2000). Klien yang sedang mengalami gangguan harga diri cenderung mengalami mekanisme koping maladaptif yang diekspresikan dengan marah, curiga, amuk dan depresi (Stuart and Sundeen, 1991). Faktor – faktor yang mempengaruhi harga diri diantaranya adalah prognosa penyakit, pengalaman, pola asuh orang tua, lingkungan dan sosial ekonomi. Dengan komunikasi terapeutik diharapkan perubahan klien ke arah yang lebih baik. Stuart G.W (1998) menyatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dan klien, dalam hubungan ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien.

Menurut Stuart dan Sundeen (1996), tujuan hubungan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien meliputi :

1. Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan terhadap diri.
2. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri.
3. Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang intim dan saling tergantung dengan kapasitas untuk mencintai dan dicintai.
4. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistis.

3.2 Hipotesis

Hi : Ada pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.





BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan adalah dengan *pre-post test control group design* dengan penelitian eksperimen semu (*Quasy-experiment*). Rancangan ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok pembanding di samping kelompok eksperimental. Dalam rancangan ini, kelompok eksperimental diberi perlakuan sedangkan kelompok pembanding tidak. Pada kedua kelompok perlakuan diawali dengan *pre test*, dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali (*post test*) (Nursalam, 2008).

Tabel 4.1 Desain penelitian Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Harga Diri klien dengan Gagal Ginjal Kronis yang di rawat jalan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Subyek	<i>Pre test</i>	Perlakuan	<i>Post test</i>
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan:

1. K-A : subyek (klien dengan gagal ginjal kronis) perlakuan
2. K-B : subyek (klien dengan gagal ginjal kronis) pembanding
3. - : Intervensi sesuai Di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Mataram
4. O : pengukuran skala harga diri
5. I : intervensi yaitu dengan komunikasi terapeutik
6. O1(A+B) : pengukuran skala harga diri sesudah komunikasi terapeutik (kelompok perlakuan dan pembanding).

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel, Dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2011). Populasi dalam penelitian ini adalah klien dengan gangguan harga diri dengan gagal ginjal kronis yang di rawat jalan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat yang berjumlah 72 klien rawat jalan yang melakukan hemodialisa.

4.2.2 Sampel dan Besar Sampel

Sampel adalah bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2011). Sampel penelitian ini adalah klien dengan gagal ginjal kronis yang mengalami gangguan harga diri di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat yang memenuhi kriteria inklusi. Untuk membantu mengurangi bias hasil penelitian perlu dilakukan penentuan kriteria sampel. Kriteria sampel dapat dibedakan menjadi dua bagian, yaitu: inklusi dan eksklusi (Nursalam, 2011).

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Klien dapat membaca dan menulis.
2. Klien bersedia untuk diteliti.
3. Klien melakukan hemodialisa 2 kali seminggu.
4. Klien yang sudah menjalani hemodialisa lebih dari satu tahun.

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan/mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi karena berbagai sebab. Dalam penelitian ini adalah :

1. Klien dengan gangguan kognitif.
2. Klien yang mengalami gangguan jiwa.
3. Klien yang tidak dapat berbicara.

Besar sampel pada penelitian ini adalah 12 klien dengan gagal ginjal kronis yang mengalami gangguan harga diri yang dirawat jalan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel atau sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2011). Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan cara *purposive sampling*, yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2011).

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Variabel Bebas (*Independent Variable*)

Variabel Bebas (*Independent Variable*) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel independen dalam penelitian ini adalah komunikasi terapeutik.

4.3.2 Variabel Tergantung (*Dependent Variable*)

Variabel Tergantung (*Dependent Variable*) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.

4.4 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi operasional pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis yang di rawat jalan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen: Komunikasi terapeutik	Komunikasi yang dilakukan oleh perawat kepada klien melalui pendekatan secara verbal dan non verbal yang bertujuan untuk membantu kesembuhan pasien yang terdiri dari tahap pra-interaksi, tahap orientasi, tahap kerja dan terminasi.	Komunikasi terapeutik antara perawat dan klien yang terdiri dari 8 kali pertemuan dengan durasi waktu 60 menit.	SAK	-	-
Variabel Dependen: Harga diri	Penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri.	1. Menganggap diri sendiri sebagai orang yang berharga dan menghargai orang lain (Kuesioner No. 1, 2) 2. Tidak cepat bingung dan putus asa. (Kuesioner No. 3) 3. Dapat mengekspresikan diri sendiri (Kuesioner No. 4, 5) 4. Dapat mengontrol semua tindakan dan dapat menerima kritikan (Kuesioner No. 6) 5. Tidak menganggap dirinya sempurna	Kuesioner Rosenberg <i>Self-Esteem Scale</i>	Interval	1. Harga diri rendah = 10-19 2. Harga diri sedang = 20-30 3. Harga diri tinggi = 31-40

(Kuesioner No. 7,
8)
6. Memiliki nilai-
nilai dan sikap
yang demokratis
(Kuesioner No. 9)
7. Lebih bahagia
dan efektif
menghadapi
tuntunan dari
lingkungan.
(Kuesioner No.
10)

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Arikunto, 2006). Pada penelitian ini peneliti akan menggunakan instrumen berupa lembar kuesioner, dimana instrumen tersebut harus dapat memberikan kecermatan dalam hasil pengukurannya. Lembar kuesioner diperlukan untuk mengukur tingkat harga diri klien dengan gagal ginjal kronis sebelum dan setelah dilakukan komunikasi terapeutik. Lembar kuesioner yang digunakan adalah *Rosenberg Self-Esteem Scale* yang berisi 10 butir pernyataan berbentuk skala likert yang sudah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia masing-masing dengan empat respon yang mungkin muncul pada klien. Pernyataan disusun berjenjang merefleksikan gejala dari sangat setuju sampai dengan tidak setuju dengan rentang nilai 1-4. Nilai untuk masing-masing kategori adalah angka tertinggi yang dipilih subjek pada kategori tersebut, sedangkan nilai total dihitung dengan cara menjumlahkan seluruh nilai yang diperoleh untuk masing-masing kategori sehingga nilai total bergerak dari 10-40.

Pelaksanaan komunikasi terapeutik menggunakan Satuan acara kegiatan (SAK).

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian adalah Unit Hemodialisis RSUP Mataram dari tanggal 24 Mei 2012 sampai dengan tanggal 22 Juni 2012.

4.7 Prosedur Pengambilan Atau Pengumpulan Data

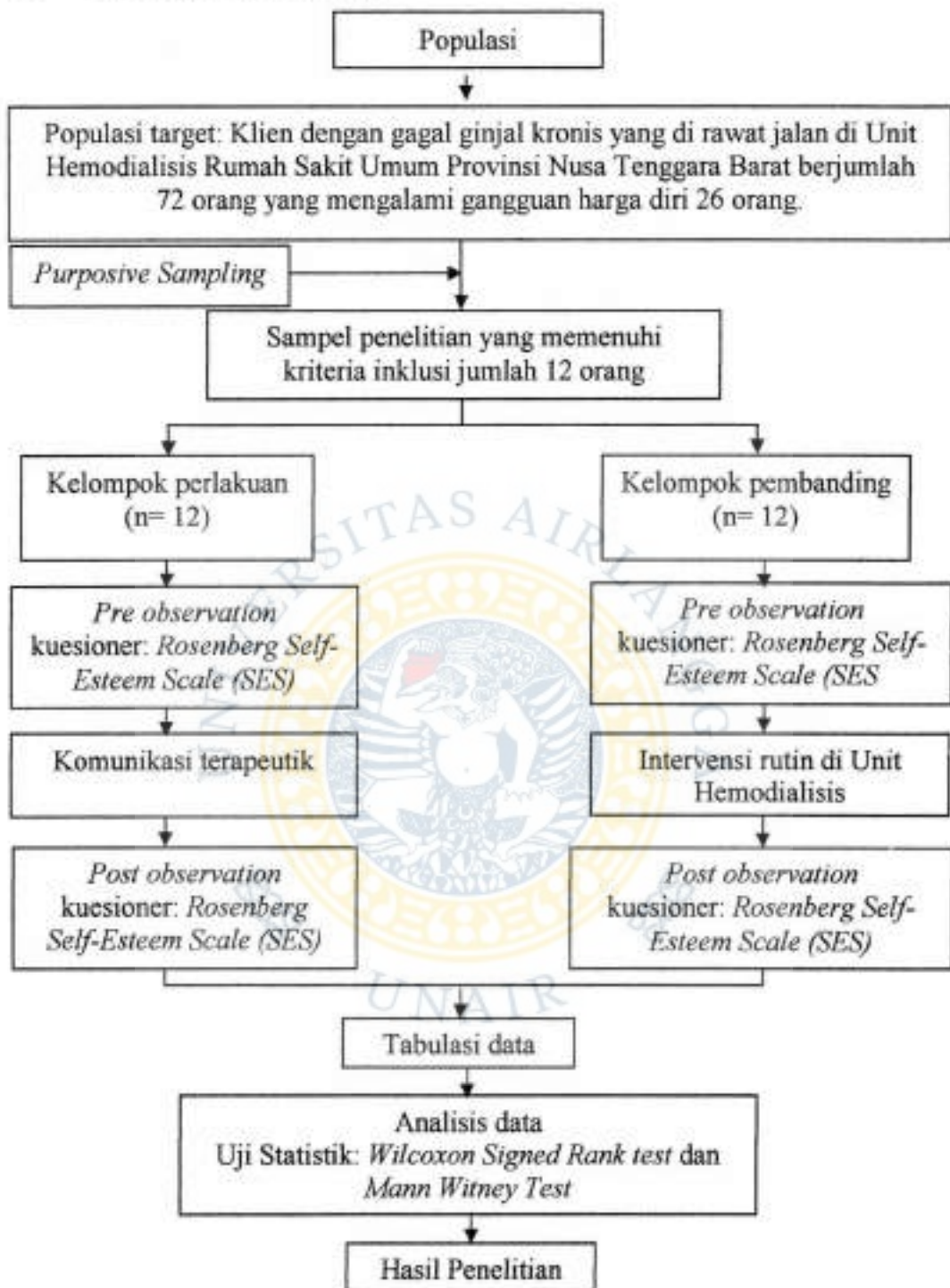
Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan setelah peneliti meminta surat pengantar dari pendidikan yang disampaikan ke instansi tempat penelitian. Setelah ada persetujuan dari pihak yang berwenang pada instansi tempat penelitian, peneliti melakukan pendekatan kepada responden dan menjelaskan tentang tujuan dan manfaat penelitian untuk mendapat kan persetujuan dari responden penelitian.

Semua responden yang terdiri dari kelompok perlakuan dan kelompok pembanding merupakan pasien lama yang sudah lebih dari satu tahun melakukan hemodialisa setiap 2 kali dalam seminggu yaitu hari selasa dan kamis dan dipilih menurut kriteria inklusi. Semua responden (kelompok perlakuan dan kelompok pembanding) sebelumnya diberikan *pre observation* dengan menggunakan kuesioner *Rosenberg Self - Esteem Scale* dengan didampingi oleh peneliti dan keluarga klien sebelum hemodialisa sehingga diperoleh data awal mengenai tingkatan harga diri klien sebelum diberikan intervensi. Intervensi yang diberikan pada kelompok perlakuan berlangsung selama proses hemodialisa dengan 8 kali pertemuan selama 60 menit dengan mengacu pada Satuan Acara Kegiatan (SAK). Sedangkan pada kelompok pembanding diberikan intervensi yang sesuai standar yang diterapkan di Unit Hemodialisa. Observasi terakhir pada kelompok

perlakuan dilakukan setelah semua intervensi selesai dengan menggunakan instrumen yang sama pada *pre-observation* sehingga dapat diketahui perbedaan tingkatan harga diri klien sebelum dan sesudah intervensi. Sedangkan pada kelompok pembandingan observasi terakhir menggunakan instrumen yang sama pada *pre-observation*. Setelah observasi terakhir pada kelompok perlakuan dan pembandingan, peneliti melakukan analisa apakah ada pengaruh harga diri klien dengan GGK yang diberikan intervensi komunikasi terapeutik dan apakah ada hubungan intervensi yang diberikan dengan harga diri klien pada kelompok perlakuan dan pembandingan.



4.8 Kerangka Operasional



Gambar 4.1. Kerangka kerja penelitian Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Harga Diri klien dengan Gagal Ginjal Kronis yang di rawat jalan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat.

4.9 Analisis Data

Data yang telah terkumpul dianalisis untuk mengetahui adanya pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis. Uji statistik yang digunakan adalah dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Sign Rank Test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) dengan derajat kemaknaan $p \leq 0,05$. Jika hasil analisis penelitian di dapatkan nilai $p \leq 0,05$ H_1 diterima artinya ada pengaruh antara komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien gagal ginjal kronis.

Selain itu digunakan pula uji statistik *Mann Whitney test* (uji komparasi 2 sampel bebas/independen) dengan derajat kemaknaan $p \leq 0,05$. Uji ini digunakan untuk mengetahui perbedaan tingkat harga diri klien yang mendapat perlakuan dan tidak mendapat perlakuan. Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p \leq 0,05$ H_1 diterima artinya ada perbedaan tingkat harga diri klien yang mendapat perlakuan dan tidak mendapat perlakuan. Skala data yang digunakan adalah interval.

Selanjutnya dari semua analisis tersebut dilakukan pembahasan secara deskriptif dan analitik sehingga diperoleh suatu gambaran dan pengertian yang lengkap tentang hasil penelitian.

4.10 Etik Penelitian

Dalam penelitian ini peneliti mengajukan permohonan ijin kepada kepala Unit Hemodilisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat. Setelah mendapat persetujuan, kemudian peneliti meminta surat persetujuan klien sebagai sampel, dengan menekankan permasalahan etik sebagai berikut :

1. *Informed Consent* (Lembar persetujuan dari klien)

Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika subjek bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan dan jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak responden.

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan klien, nama subyek tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data. Untuk mengetahui keikutsertaan, peneliti cukup dengan menuliskan nomor kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari klien dijamin kerahasiannya oleh peneliti.

4.11 Keterbatasan Penelitian

1. Kemampuan peneliti dalam melakukan penelitian masih sangat terbatas, karena penelitian yang dilakukan ini merupakan penelitian yang pertama.
2. Sampel hanya diambil terbatas pada klien rawat jalan yang melakukan hemodialisa dua kali seminggu di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara barat.
3. Kemampuan peneliti dalam menerapkan komunikasi terapeutik masih terbatas karena belum adanya pengalaman kerja.





BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HAS'L PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas mengenai hasil pengumpulan data tentang pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis di Unit hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat, yang dimulai dari tanggal 24 Mei sampai dengan 22 Juni 2012. Data yang disampaikan dalam bentuk diagram dan narasi yang meliputi data umum dan data khusus. Data umum menjelaskan gambaran umum lokasi penelitian dan karakteristik demografi responden penelitian (jenis kelamin, umur, status perkawinan, pendidikan terakhir, pekerjaan, berapa lama menderita gagal ginjal). Sedangkan data khusus menampilkan variabel yang diukur yang berkaitan dengan pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis di Unit hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat. Di ruang Hemodialisis ini terdapat 10 mesin Hemodialisa, dengan jumlah pasien perhari rata-rata 27 pasien yang melakukan hemodialisa yang terdiri dari 33 klien merupakan pasien lama dan 39 klien merupakan pasien baru yang kurang dari satu tahun melakukan hemodialisa. Jumlah pegawai di Unit Hemodialisa ini sebanyak 24 orang dengan latar belakang

pendidikan S1 sebanyak 3 orang, 21 orang lulusan D3 keperawatan, dimana terbagi menjadi 3 shift pagi, siang dan malam.

5.1.2 Karakteristik Demografi Responden

Data karakteristik responden ini menguraikan tentang karakteristik klien yang meliputi: 1) jenis kelamin 2) umur, 3) pendidikan, 4) pekerjaan, 5) lama menderita gagal ginjal, 6) frekuensi melakukan hemodialisa.

1) Distribusi klien berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan jenis kelamin responden sebagai berikut:

Tabel 5.1 Distribusi klien berdasarkan jenis kelamin

Jenis kelamin	Kelompok Perlakuan		Kelompok Pembanding	
	f(x)	%	f(x)	%
Laki-laki	7	58,3%	8	66,7%
Perempuan	5	41,7%	4	33,3%

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki sebanyak 7 orang (58,3%) pada kelompok perlakuan dan sebanyak 8 orang (66,7%) pada kelompok pembanding.

2) Distribusi klien berdasarkan umur

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan umur responden sebagai berikut:

Tabel 5.2 Distribusi klien berdasarkan umur

Umur	Kelompok Perlakuan		Kelompok Pembanding	
	f(x)	%	f(x)	%
25-44 tahun	5	41,7%	6	50%
45-64 tahun	7	58,3%	6	50%

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa umur responden pada kelompok perlakuan yang sebagian besar antara umur 45-64 tahun sebanyak 7 orang (58,3%),

sedangkan pada kelompok pembanding sama antara umur 25-44 dan antara umur 45-64 tahun sebanyak 6 orang (50%).

3) Distribusi klien berdasarkan pendidikan terakhir

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pendidikan terakhir responden sebagai berikut:

Tabel 5.3 Distribusi klien berdasarkan pendidikan terakhir

Pendidikan	Kelompok Perlakuan		Kelompok Pembanding	
	f(x)	%	f(x)	%
Tidak Sekolah	3	25%	2	16,7%
SD	5	41,7%	4	33,3%
SMP	2	16,7%	3	25%
SMA	1	8,3%	2	16,7%
Perguruan Tinggi	1	8,3%	1	8,3%

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar pendidikan terakhir responden adalah SD sebanyak 5 orang (41,7%) pada kelompok perlakuan dan sebanyak 4 orang (33,3%) pada kelompok pembanding.

4) Distribusi klien berdasarkan pekerjaan

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan pekerjaan responden sebagai berikut:

Tabel 5.4 Distribusi klien berdasarkan pekerjaan

Pekerjaan	Kelompok Perlakuan		Kelompok Pembanding	
	f(x)	%	f(x)	%
PNS	1	8,3%	-	0%
Pensiunan	-	0%	1	8,3%
Swasta	2	16,7%	3	25%
Petani/pedagang	7	58,3%	6	50%
Lain-lain	2	16,7%	2	16,7%

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar pekerjaan responden adalah petani/pedagang sebanyak 7 orang (58,3%) pada kelompok perlakuan dan sebanyak 6 orang (50%) pada kelompok pembanding.

5) Distribusi klien berdasarkan lama menderita gagal ginjal

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan lama klien menderita gagal ginjal sebagai berikut:

Tabel 5.5 Distribusi klien berdasarkan lama menderita gagal ginjal

Lama Menderita Gagal Ginjal	Kelompok Perlakuan		Kelompok Pembanding	
	f(x)	%	f(x)	%
1-5 tahun	8	66,7%	10	83,3%
6-10 tahun	4	33,3%	2	16,7%

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar klien lama menderita gagal ginjal adalah 1-5 tahun sebanyak 8 orang (66,7%) pada kelompok perlakuan dan sebanyak 10 orang (83,3%) pada kelompok pembanding.

5.1.3 Data Variabel yang Diukur

Variabel yang diukur pada penelitian ini adalah perbandingan harga diri klien sebelum dan sesudah diberikan intervensi komunikasi terapeutik pada kelompok perlakuan, perbandingan harga diri klien sebelum dan sesudah tanpa diberikan intervensi komunikasi terapeutik tetapi intervensi yang diberikan sesuai dengan standar yang diterapkan di Unit Hemodialisis pada kelompok pembanding dan tingkat harga diri klien pada kelompok perlakuan dan pembanding di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat pada tanggal 24 Mei 2012 sampai dengan 22 Juni 2012.

3) Tingkat harga diri klien di Unit Hemodialisis RSUP NTB pada tanggal 24

Mei 2012 – 22 Juni 2012

Tabel 5.6 Tingkat harga diri klien

No.	Skor Harga Diri Klien							
	Kelompok Perlakuan (A)				Kelompok Pembanding (B)			
	Pre	Ket.	Post	Ket.	Pre	Ket.	Post	Ket.
1 A/B	28	Sedang	30	Sedang	21	Sedang	23	Sedang
2 A/B	19	Rendah	22	Sedang	27	Sedang	28	Sedang
3 A/B	26	Sedang	32	Tinggi	23	Sedang	24	Sedang
4 A/B	17	Rendah	19	Rendah	19	Rendah	18	Rendah
5 A/B	26	Sedang	31	Tinggi	23	Sedang	22	Sedang
6 A/B	24	Sedang	31	Tinggi	26	Sedang	24	Sedang
7 A/B	28	Sedang	33	Tinggi	18	Rendah	19	Rendah
8 A/B	19	Rendah	22	Sedang	22	Sedang	21	Sedang
9 A/B	18	Rendah	24	Sedang	24	Sedang	25	Sedang
10 A/B	29	Sedang	32	Tinggi	26	Sedang	28	Sedang
11 A/B	27	Sedang	31	Tinggi	18	Rendah	19	Rendah
12 A/B	19	Rendah	21	Sedang	19	Rendah	17	Rendah
<i>Modus</i>	19	Rendah	31	Tinggi	27	Sedang	28	Sedang
Wilcoxon sign rank test $p=0,002$				Wilcoxon sign rank test $p=0,714$				
Mann whitney $p=0,026$								

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik yang diberikan pada kelompok perlakuan berdampak pada peningkatan harga diri klien. Sebagian besar responden (7 dari 12 klien) pada kelompok perlakuan saat pre observation mempunyai harga diri sedang dan tidak ada seorang pun yang mempunyai harga diri tinggi. Pada kelompok perlakuan setelah diberikan intervensi komunikasi terapeutik sebagian besar mempunyai harga diri tinggi (6 dari 12 klien dan hanya satu yang mempunyai harga diri rendah. Uji statistic *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikan ($p=0,002$) yang artinya terdapat hubungan yang signifikan terhadap harga diri klien.

Pada kelompok pembanding yang tidak diberikan intervensi menunjukkan tidak ada seorang pun yang mengalami perubahan tingkat harga diri yang artinya

masalahnya meskipun klien tampak khawatir dan malu. Dimana, peneliti berusaha untuk mendapatkan kepercayaan dan menjalin kerjasama terhadap klien, memberi solusi dari masalah klien untuk lebih menerima dan menghormati diri sendiri dan orang lain, klien mampu untuk bersosialisasi dengan lingkungan sekitarnya dan klien mampu mengontrol emosi dan perilakunya.

Observasi setelah intervensi (*post-observation*) pada kelompok perlakuan sesuai pada tabel 5.6 menunjukkan peningkatan harga diri klien setelah diberikan intervensi yang sebagian besar klien dengan harga diri tinggi dan hanya satu klien dengan harga diri rendah karena adanya keterbelakangan mental klien itu sendiri sehingga peneliti mengalami kesulitan untuk berinteraksi dengan klien meskipun sudah memperoleh dukungan dari keluarga klien. Pada saat *post observation* terdapat 2 responden yang tidak mengalami peningkatan harga diri karena pada saat intervensi klien tersebut belum mampu sepenuhnya terbuka untuk mengungkapkan perasaan maupun masalahnya dan klien tersebut berusaha untuk menutup diri sendiri. Observasi setelah semua intervensi selesai pada klien dengan harga diri tinggi lebih merasa nyaman untuk bersosialisasi dengan lingkungan, klien bisa menerima dirinya yang sekarang, lebih menghormati diri sendiri dan orang lain, klien bisa berfikir positif dan mencari solusi yang terbaik untuk permasalahannya serta klien dapat mengontrol semua tindakan dan emosinya. Sedangkan pada kelompok pembandingan yang diberikan intervensi sesuai standar yang diterapkan di Unit hemodialisis, tidak ada seorang pun yang mengalami peningkatan harga diri meskipun skor nilai harga dirinya mengalami penurunan dan peningkatan tetapi tetap pada interval harga diri rendah dan harga

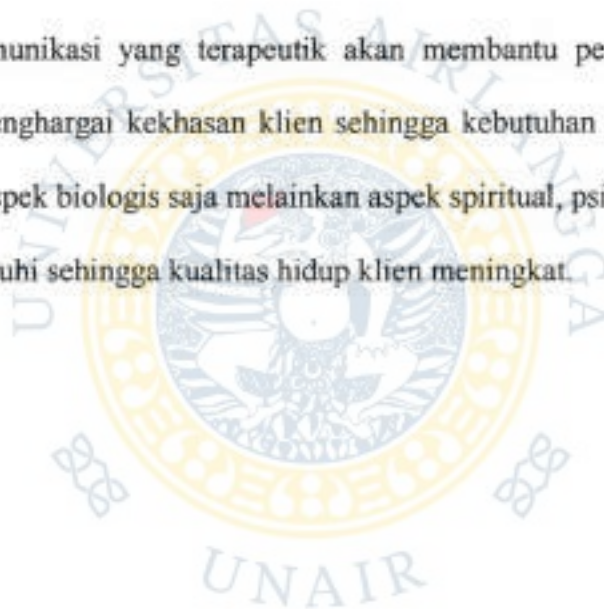
diri sedang. Dimana, klien masih tampak khawatir, perasaan malu untuk berinteraksi, berusaha menarik diri dan cenderung tertutup.

Sesuai dengan pendapat (Kozier dan Glenora, 2000) bahwa komunikasi terapeutik dipersepsikan sebagai proses interaksi antara klien dan perawat yang membantu klien mengatasi stress sementara untuk hidup harmonis dengan orang lain, menyesuaikan dengan sesuatu yang tidak dapat diubah dan mengatasi hambatan psikologis yang menghalangi realisasi diri. Selain itu, sesuai dengan pendapat Stuart G.W (1998) bahwa tujuan hubungan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien yang meliputi peningkatan realisasi diri, peningkatan penghormatan terhadap diri, rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri, kemampuan untuk membina hubungan interpersonal serta mencapai tujuan personal yang realistik.

Hal ini berarti komunikasi terapeutik bukan sekedar berkomunikasi biasa melainkan komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan klien dan dalam hubungan ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien. Selain itu, komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal karena adanya rasa saling membutuhkan antara perawat dengan pasien (komunikasi pribadi antara perawat dengan pasien) sehingga perawat lebih mudah dalam memberikan asuhan keperawatan dan intervensi yang tepat pada klien dapat berjalan dengan baik sehingga mempercepat proses penyembuhan klien.

Hasil analisis sesuai pada tabel 5.6 menunjukkan ada pengaruh harga diri klien pada kelompok perlakuan yang diberikan intervensi komunikasi terapeutik.

Dimana, hasil uji statistik Mann Whitney U test signifikan ($p=0,026$) yang artinya terjadi perubahan harga diri klien sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Sedangkan harga diri klien pada kelompok pembanding yang diberikan intervensi sesuai di Unit Hemodialisis sebelum dan sesudah intervensi tidak mengalami perubahan. Sesuai dengan pendapat (Potter, 2005) bahwa perawat sebagai tenaga yang profesional mempunyai kesempatan paling besar untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu pasien memenuhi kebutuhan dasar yang holistik. Penggunaan kemampuan komunikasi yang terapeutik akan membantu perawat merasakan, bereaksi, dan menghargai kekhasan klien sehingga kebutuhan klien tidak hanya terpenuhi pada aspek biologis saja melainkan aspek spiritual, psikologis dan sosial juga dapat terpenuhi sehingga kualitas hidup klien meningkat.





BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan dikemukakan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat, maka diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Harga diri klien pada kelompok perlakuan dan pembandingan sebelum diberikan intervensi yang sebagian besar klien dengan harga diri rendah. Keadaan ini karena peneliti belum membina hubungan saling percaya dengan klien sehingga klien tampak khawatir, perasaan malu untuk berinteraksi dan berusaha menarik diri.
2. Harga diri klien pada kelompok perlakuan setelah diberikan intervensi mengalami peningkatan yang sebagian besar klien dengan harga diri tinggi. Sedangkan pada kelompok perlakuan harga diri klien tidak mengalami perubahan meskipun terjadi perubahan dalam skor nilai harga diri tetapi tetap pada interval harga diri yang sama.
3. Ada pengaruh harga diri klien yang diberikan intervensi komunikasi terapeutik. Dimana, terjadi perubahan harga diri klien pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah diberikan intervensi. Sedangkan harga

diri klien pada kelompok pembanding yang diberikan intervensi sesuai standar di Unit hemodialisis sebelum dan sesudah intervensi tidak mengalami perubahan.

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang telah diuraikan diatas, maka saran yang bisa diberikan oleh peneliti yaitu:

1. Bagi klien dan keluarga

Dengan komunikasi terapeutik antara perawat dan klien diharapkan klien bisa menjadi pribadi yang lebih baik dari sebelumnya dan keluarga diharapkan untuk selalu memberikan dukungan maupun motivasi terhadap klien.

2. Bagi profesi keperawatan

Penelitian ini dapat meningkatkan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap klien dan diharapkan menerapkan komunikasi terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti selanjutnya dapat mengadakan penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto. S. (2009). *Manajemen penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta
- Arwani, (2003), *Komunikasi dalam keperawatan*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Carpenito, Lynda Juall. (2000). *Buku saku diagnosa keperawatan*. Edisi 8. Jakarta : EGC.
- Coopersmith, Stanley. (1967). *The Antecedent of self-esteem*. San Francisco: W.H Freeman and Company
- Dariuszky, G. (2004). *Membangun harga diri*. Bandung: CV. Pionir Jaya.
- Hurlock, B.Elizabeth. *Psikologi perkembangan suatu pendekatan sepanjang kehidupan edisi kelima* (Jakarta : Erlangga. 1980).
- IKCC, (2008). *Indonesian kidney care Club/IKCC*. Diakses dari <http://www.ikcc.or.id/print.php?id=284> pada tanggal 24 Maret 2012.
- Indrawati. (2003). *Komunikasi untuk perawat*, Jakarta: EGC.
- Keliat B.A. (1994) *Seri Keperawatan gangguan konsep diri*. Cetakan II. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Kozier,et.al.(2004). *Fundamentals of nursing ; concepts, process and practice Seventh edition*. United States: Pearson Prentice Hall.
- National Kidney Foundation, (2009). *Chronic kidney disease*. New york: National Kidney Foundation. Diakses dari: <http://www.kidney.org/kidneydisease/ckd/index.cfm#whatis> pada tanggal 22 Maret 2012.
- Noer, M.S., (2006). *Gagal Ginjal Kronik pada anak*, Fakultas Kedokteran UNAIR. Diakses dari: <http://www.pediatrik.com/pkb/20060220-mqb0gi-pkb.pdf> pada tanggal 20 Maret 2012.
- Nursalam., (2008). *Konsep & penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan* Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam 2011, *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta

- Price and Wilson. (2005). *Konsep klinis proses-proses penyakit Edisi 6*. Vol.2. Jakarta : EGC.
- Potter, P.A & Perry, A.G.(1993). *Fundamental of nursing concepts, process and practice*. Third edition St Louis: Mosby Year Book.
- Purwondjawa. (2010). *Asuhan keperawatan pada pasien dengan chronic kidney disease (gagal ginjal kronik)* Diakses dari <http://purwondjawa.wordpress.com/2010/12/20/asuhan-keperawatan-pada-pasien-dengan-chronic-kidney-disease-gagal-ginjal-kronik/> pada tanggal 21 Maret 2012.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 8th Edition. Alih bahasa ; Waluyo, A. Jakarta: EGC; 2000 (Buku asli diterbitkan tahun 1996).
- Smeltzer, S.C. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal-bedah*. Edisi 8 Vol 1 Jakarta:EGC.
- Smeltzer, Suzanne C dan Brenda G Bare. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal bedah* Brunner & Suddarth. Edisi 8. Jakarta :EGC.
- Soeparman. (2003). *Ilmu penyakit dalam Jilid II*. Edisi kedua. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Stuart, G.W & Sundeen S.J. (1995). *Pocket guide to psychiatric nursing*. Third edition. St.Louis: Mosby Year Book
- Stuart, G.W & Sundeen S.J. (1995). *Principles and practise of psychiatricnursing*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Stuart dan Sundeen. (1998). *Buku saku keperawatan jiwa*. Edisi 3. Jakarta : EGC.
- Suyono, Slamet. (2001). *Buku ajar ilmu penyakit Dalam*. Edisi 3. Jilid I II. Jakarta : Balai Penerbit FKUI.
- Suyono, Slamet et.al. (2000). *Buku Ajar Ilmu Penyakit dalam*. Jakarta:EGC.
- Sukandar, E., (2006). *Neurologi klinik*. Edisi ketiga. Bandung: Pusat Informasi Ilmiah (PII) Bagian Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran UNPAD.
- Suryani. (2005). *Komunikasi terapeutik; teori dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Hartono. (2006). H., dkk., Editor Patofisiologi konsep klinis proses- proses penyakit dalam. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Jakarta.



LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Judul penelitian : Pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Peneliti : Juniyaska Hari Pratama, mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Tujuan penelitian ini adalah meningkatkan kualitas hidup klien, mempermudah proses penyembuhan dengan cara meningkatkan harga diri klien dengan gagal ginjal kronis yang dirawat jalan di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat dari tanggal 24 Mei sampai dengan 22 Juni 2012 dengan 8 kali pertemuan dengan durasi setiap pertemuan 60 menit. Penelitian ini sangat bermanfaat dalam meningkatkan kualitas hidup klien dan mempermudah dalam proses penyembuhan klien.

Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/Ibu untuk menjadi responden. Saya akan menjamin kerahasiaan identitas Bapak/Ibu. Bila Bapak/Ibu berkenan menjadi responden, mohon untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian Bapak/Ibu, saya ucapkan terimakasih.

Mataram, Mei 2012
Hormat Saya,

(Juniyaska Hari Pratama)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

No. responden :

Setelah saya mendapatkan penjelasan dari peneliti, kemudian saya sudah paham dan mengerti tujuan, maksud dan mekanisme penelitian ini, maka saya yang bertandatangan di bawah ini bersedia untuk menjadi peserta penelitian.

Judul penelitian : Pengaruh komunikasi terapeutik terhadap harga diri klien dengan gagal ginjal kronis di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat

Peneliti : Juniyaska Hari Pratama, mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Mataram, Mei 2012
Peserta Penelitian,

(.....)

Lampiran 3

FORMAT PENGUMPULAN DATA

Judul Penelitian : Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Harga Diri klien dengan Gagal Ginjal Kronis di Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat

Tanggal Penelitian :

No. kode responden :

Peneliti :

Petunjuk : Berilah tanda "V" pada kotak yang Anda anggap sesuai dan tulis angkanya pada kotak sebelah kanan yang tersedia.

Karakteristik Responden

1. No. Responden

--	--	--

2. Jenis Kelamin

- | | |
|--|--------------|
| | 1) Laki-laki |
| | 2) Perempuan |

3. Umur

- | | |
|--|----------------|
| | 1) 15-24 tahun |
| | 2) 25-44 tahun |
| | 3) 45-64 tahun |

4. Pendidikan

- | | |
|--|---------------------|
| | 1) Tidak sekolah |
| | 2) SD |
| | 3) SMP |
| | 4) SMA |
| | 5) Perguruan Tinggi |

5. Pekerjaan anda sekarang

- | | |
|--|-------------------------|
| | 1) Pegawai Negeri Sipil |
| | 2) Pensiunan |
| | 3) Swasta |
| | 4) Petani/pedagang |
| | 5) Lain-lain |

6. Berapa lama anda menderita gagal ginjal

- | | |
|--|---------------|
| | 1) < 1 tahun |
| | 2) 1-5 tahun |
| | 3) 6-10 tahun |
| | 4) > 10 tahun |

Lampiran 4

KUESIONER**HARGA DIRI***(Rosenberg Self-Esteem Scale)***PETUNJUK :**

Berilah tanda *checklist* (√) pada kolom skor sesuai dengan kenyataan.

Kriteria skor adalah sebagai berikut:

SS : Sangat setuju

S : Setuju

TS : Tidak setuju

STS : Sangat tidak setuju

No	PERTANYAAN	SS	S	TS	STS
1.	Saya merasa bahwa saya orang yang berharga dan sama baiknya dengan orang lain.				
2.	Saya merasa bahwa saya memiliki banyak kualitas yang baik.				
3.	Saya merasa semua usaha yang saya lakukan selama ini cenderung gagal.				
4.	Saya bisa melakukan banyak hal seperti orang lain				
5.	Saya merasa saya tidak punya sesuatu yang bisa dibanggakan.				
6.	Saya mengambil sikap positif terhadap diri sendiri.				
7.	Secara keseluruhan, saya puas dengan diri sendiri.				
8.	Saya merasa tidak berguna bagi orang lain dan lingkungan.				
9.	Saat ini saya berfikir saya orang yang tidak sempurna.				
10.	Saya berharap saya bisa lebih menghormati diri sendiri.				

Keterangan:**Skor**

1: STS

2: TS

3: S

4: SS

Skor Total

a. Harga diri rendah : 10-19

b. Harga diri sedang : 20-30

c. Harga diri tinggi : 31-40

Lampiran 5

**SATUAN ACARA KEGIATAN
PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP HARGA DIRI
KLIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS**

Sasaran : Klien dengan gagal ginjal kronis dengan gangguan harga diri

Tempat : Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat

Materi : Meningkatkan realisasi diri, penerimaan diri dan penghormatan terhadap diri klien

Pertemuan : 1-2

Waktu : 60 menit

I. Tujuan Umum

Setelah perawat melakukan komunikasi terapeutik diharapkan dapat meningkatkan harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.

II. Tujuan Khusus

1. Klien menganggap diri sendiri sebagai orang yang berharga dan sama baiknya dengan orang lain.
2. Klien dapat menghargai diri sendiri dan orang lain.

No	Tahap (Waktu)	Kegiatan
1	Persiapan/Pra-interaksi 10 menit	1) Mengumpulkan data tentang klien 2) Merumuskan kontrak (waktu, tempat pertemuan dan topik pembicaraan)
2	Perkenalan/Orientasi 10 menit	1) Membina hubungan saling percaya, menunjukkan penerimaan dan komunikasi yang terbuka 2) Menjelaskan maksud dan tujuan dari proses interaksi yang akan dilakukan
3	Pelaksanaan 30 menit	1) Menggali pikiran dan perasaan klien serta mengidentifikasi masalah klien dengan teknik komunikasi pertanyaan terbuka 2) Membantu dan mendukung klien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya 3) Menganalisa respons ataupun pesan komunikasi verbal atau non verbal yang disampaikan klien 4) Mendengarkan secara aktif dan penuh perhatian untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh klien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya.

		5) Menarik kesimpulan dari semua percakapan
		1) Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan (evaluasi objektif)
4	Terminasi 10 menit	2) Melakukan evaluasi subjektif dengan cara menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat
		3) Merumuskan kontrak (waktu, tempat dan topik pembicaraan) selanjutnya dengan klien.

IV. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur
 - a. Klien dapat mengikuti proses interaksi
 - b. Kontrak dilakukan minimal 30 menit sebelum proses interaksi
2. Evaluasi Proses
 - a. Klien dapat berinteraksi dengan baik
 - b. Klien mampu menyampaikan perasaan dan pikirannya
 - c. Klien tampak menikmati semua proses interaksi dan mengikuti proses interaksi sampai selesai



SATUAN ACARA KEGIATAN
PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP HARGA DIRI
KLIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS

- Sasaran** : Klien dengan gagal ginjal kronis dengan gangguan harga diri
Tempat : Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat
Materi : Meningkatkan rasa identitas personal yang jelas dan meningkatkan integritas diri klien
Pertemuan : 3-4
Waktu : 60 menit

I. Tujuan Umum

Setelah perawat melakukan komunikasi terapeutik diharapkan dapat meningkatkan harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.

II. Tujuan Khusus

1. Klien lebih aktif dan dapat mengekspresikan dirinya dengan baik
2. Klien memiliki nilai-nilai dan sikap yang demokratis serta orientasi yang realistik

No	Tahap (Waktu)	Kegiatan
1	Persiapan/Pra-interaksi 10 menit	1) Mengumpulkan data tentang klien 2) Merumuskan kontrak (waktu, tempat pertemuan dan topik pembicaraan)
2	Perkenalan/Orientasi 10 menit	1) Membina hubungan saling percaya, menunjukkan penerimaan dan komunikasi yang terbuka 2) Menjelaskan maksud dan tujuan dari proses interaksi yang akan dilakukan
3	Pelaksanaan 30 menit	1) Menggali pikiran dan perasaan klien serta mengidentifikasi masalah klien dengan teknik komunikasi pertanyaan terbuka 2) Membantu dan mendukung klien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya 3) Menganalisa respons ataupun pesan komunikasi verbal atau non verbal yang disampaikan klien 4) Mendengarkan secara aktif dan penuh perhatian untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh klien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya.
4	Terminasi	5) Menarik kesimpulan dari semua percakapan 1) Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang

10 menit	telah dilaksanakan (evaluasi objektif)
	2) Melakukan evaluasi subjektif dengan cara menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat
	3) Merumuskan kontrak (waktu, tempat dan topik pembicaraan) selanjutnya dengan klien.

IV. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur
 - a. Klien dapat mengikuti proses interaksi
 - b. Kontrak dilakukan minimal 30 menit sebelum proses interaksi
2. Evaluasi Proses
 - a. Klien dapat berinteraksi dengan baik
 - b. Klien mampu menyampaikan perasaan dan pikirannya
 - c. Klien tampak menikmati semua proses interaksi dan mengikuti proses interaksi sampai selesai



SATUAN ACARA KEGIATAN
PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP HARGA DIRI
KLIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS

Sasaran : Klien dengan gagal ginjal kronis dengan gangguan harga diri
Tempat : Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat
Materi : Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang intim dan saling tergantung dengan kapasitas untuk mencintai dan dicintai
Pertemuan : 5-6
Waktu : 60 menit

I. Tujuan Umum

Setelah perawat melakukan komunikasi terapeutik diharapkan dapat meningkatkan harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.

II. Tujuan Khusus

1. Klien dapat mengontrol semua tindakannya terhadap dunia luar dirinya dan dapat menerima kritik dengan baik
2. Klien lebih bahagia dan efektif menghadapi tuntutan dari lingkungan

No	Tahap (Waktu)	Kegiatan
1	Persiapan/Pra-interaksi 10 menit	1) Mengumpulkan data tentang klien 2) Merumuskan kontrak (waktu, tempat pertemuan dan topik pembicaraan)
2	Perkenalan/Orientasi 10 menit	1) Membina hubungan saling percaya, menunjukkan penerimaan dan komunikasi yang terbuka 2) Menjelaskan maksud dan tujuan dari proses interaksi yang akan dilakukan
3	Pelaksanaan 30 menit	1) Menggali pikiran dan perasaan klien serta mengidentifikasi masalah klien dengan teknik komunikasi pertanyaan terbuka 2) Membantu dan mendukung klien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya 3) Menganalisa respons ataupun pesan komunikasi verbal atau non verbal yang disampaikan klien 4) Mendengarkan secara aktif dan penuh perhatian untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh klien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya. 5) Menarik kesimpulan dari semua percakapan

		1) Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan (evaluasi objektif)
4	Terminasi 10 menit	2) Melakukan evaluasi subjektif dengan cara menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat
		3) Merumuskan kontrak (waktu, tempat dan topik pembicaraan) selanjutnya dengan klien.

IV. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur
 - a. Klien dapat mengikuti proses interaksi
 - b. Kontrak dilakukan minimal 30 menit sebelum proses interaksi
2. Evaluasi Proses
 - a. Klien dapat berinteraksi dengan baik
 - b. Klien mampu menyampaikan perasaan dan pikirannya
 - c. Klien tampak menikmati semua proses interaksi dan mengikuti proses interaksi sampai selesai



SATUAN ACARA KEGIATAN
PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP HARGA DIRI
KLIEN DENGAN GAGAL GINJAL KRONIS

- Sasaran** : Klien dengan gagal ginjal kronis dengan gangguan harga diri
Tempat : Unit Hemodialisis Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat
Materi : Meningkatkan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistik
Pertemuan : 7-8
Waktu : 60 menit

I. Tujuan Umum

Setelah perawat melakukan komunikasi terapeutik diharapkan dapat meningkatkan harga diri klien dengan gagal ginjal kronis.

II. Tujuan Khusus

1. Klien tidak menganggap dirinya sempurna, tetapi tahu keterbatasan diri dan mengharapkan adanya pertumbuhan dalam dirinya
2. Klien tidak cepat bingung dan putus asa bila sesuatu berjalan diluar rencana

No	Tahap (Waktu)	Kegiatan
1	Persiapan/Pra-interaksi 10 menit	1) Mengumpulkan data tentang klien 2) Merumuskan kontrak (waktu, tempat pertemuan dan topik pembicaraan)
2	Perkenalan/Orientasi 10 menit	1) Membina hubungan saling percaya, menunjukkan penerimaan dan komunikasi yang terbuka 2) Menjelaskan maksud dan tujuan dari proses interaksi yang akan dilakukan
3	Pelaksanaan 30 menit	1) Menggali pikiran dan perasaan klien serta mengidentifikasi masalah klien dengan teknik komunikasi pertanyaan terbuka 2) Membantu dan mendukung klien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya 3) Menganalisa respons ataupun pesan komunikasi verbal atau non verbal yang disampaikan klien 4) Mendengarkan secara aktif dan penuh perhatian untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh klien, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya. 5) Menarik kesimpulan dari semua percakapan

		1) Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan (evaluasi objektif)
4	Terminasi 10 menit	2) Melakukan evaluasi subjektif dengan cara menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat 3) Merumuskan kontrak (waktu, tempat dan topik pembicaraan) selanjutnya dengan klien.

IV. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur
 - a. Klien dapat mengikuti proses interaksi
 - b. Kontrak dilakukan minimal 30 menit sebelum proses interaksi
2. Evaluasi Proses
 - a. Klien dapat berinteraksi dengan baik
 - b. Klien mampu menyampaikan perasaan dan pikirannya
 - c. Klien tampak menikmati semua proses interaksi dan mengikuti proses interaksi sampai selesai.



Lampiran 6

Tabulasi Kelompok Perlakuan

Responden	Sex	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Lama Menderita GGK
1A	1	3	2	4	2
2A	1	3	1	3	2
3A	2	3	2	4	2
4A	2	3	2	3	3
5A	1	2	1	4	2
6A	1	3	4	4	2
7A	2	2	2	5	3
8A	1	2	3	4	3
9A	2	3	2	4	2
10A	1	2	3	4	2
11A	1	3	5	1	2
12A	2	2	1	5	3

Keterangan:

Jenis kelamin

- 1= Laki-laki
2= Perempuan

Umur

- 1= 15-24 tahun
2= 24-44 tahun
3= 45-64 tahun

Pendidikan

- 1= Tidak sekolah
2= SD
3= SMP
4= SMA
5= Perguruan tinggi

Pekerjaan

- 1= PNS
2= Pensiunan
3= Swasta
4= Petani/pedagang
5= Lain-lain

Lama menderita GGK

- 1= < 1 tahun
2= 1-5 tahun
3= 6-10 tahun
4= > 10 tahun

Tabulasi Kelompok Pembanding

Responden	Sex	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Lama Menderita GGK
1B	1	3	1	4	2
2B	1	2	3	4	2
3B	1	2	3	3	2
4B	1	3	4	3	2
5B	2	3	1	4	2
6B	1	3	2	3	2
7B	1	2	4	5	3
8B	2	2	2	4	2
9B	2	3	3	4	2
10B	1	3	5	2	3
11B	1	2	2	5	2
12B	2	2	2	4	2

Keterangan:

Jenis kelamin

- 1= Laki-laki
2= Perempuan

Umur

- 1= 15-24 tahun
2= 24-44 tahun
3= 45-64 tahun

Pendidikan

- 1= Tidak sekolah
2= SD
3= SMP
4= SMA
5= Perguruan tinggi

Pekerjaan

- 1= PNS
2= Pensiunan
3= Swasta
4= Petani/pedagang
5= Lain-lain

Lama menderita GGK

- 1= < 1 tahun
2= 1-5 tahun
3= 6-10 tahun
4= > 10 tahun

Lampiran 7

Tabulasi Nilai Harga Diri pada Kelompok Perlakuan

RESPONDEN	PRE OBSERVATION		POST OBSERVATION	
	SCORE	KATEGORI	SCORE	KATEGORI
1A	28	Sedang	30	Sedang
2A	19	Rendah	22	Sedang
3A	26	Sedang	32	Tinggi
4A	17	Rendah	19	Rendah
5A	26	Sedang	31	Tinggi
6A	24	Sedang	31	Tinggi
7A	28	Sedang	33	Tinggi
8A	19	Rendah	22	Sedang
9A	18	Rendah	24	Sedang
10A	29	Sedang	32	Tinggi
11A	27	Sedang	31	Tinggi
12A	19	Rendah	21	Sedang

Tabulasi Nilai Harga Diri pada Kelompok Pembanding

RESPONDEN	PRE OBSERVATION		POST OBSERVATION	
	SCORE	KATEGORI	SCORE	KATEGORI
1B	21	Sedang	23	Sedang
2B	27	Sedang	28	Sedang
3B	23	Sedang	24	Sedang
4B	19	Rendah	18	Rendah
5B	23	Sedang	22	Sedang
6B	26	Sedang	24	Sedang
7B	18	Rendah	19	Rendah
8B	22	Sedang	21	Sedang
9B	24	Sedang	25	Sedang
10B	26	Sedang	28	Sedang
11B	18	Rendah	19	Rendah
12B	19	Rendah	17	Rendah

Keterangan:

Skor Total

a. Harga diri rendah : 10-19

b. Harga diri sedang : 20-30

c. Harga diri tinggi : 31-40

Lampiran 8

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_perlakuan pre_perlakuan	Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
	Positive Ranks	12 ^b	6,50	78,00
	Ties	0 ^c		
	Total	12		

- a. post_perlakuan < pre_perlakuan
- b. post_perlakuan > pre_perlakuan
- c. post_perlakuan = pre_perlakuan

Test Statistics ^a	
	post_perlakuan - pre_perlakuan
Z	-3,071 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

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

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post_pemb - pre_pemb	Negative Ranks	5 ^a	6,90	34,50
	Positive Ranks	7 ^b	6,21	43,50
	Ties	0 ^c		
	Total	12		

- a. post_pemb < pre_pemb

b. post_pemb > pre_pemb

c. post_pemb = pre_pemb

Test Statistics^a

	post_pemb - pre_pemb
Z	-,367 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	,714

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

Mann-Whitney Test

Ranks

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
1	12	15,71	188,50
post 2	12	9,29	111,50
Total	24		

Test Statistics^a

	post
Mann-Whitney U	33,500
Wilcoxon W	111,500
Z	-2,232
Asymp. Sig. (2-tailed)	,026
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,024 ^b

a. Grouping Variable: kelompok

b. Not corrected for ties.

tidak ada hubungan yang signifikan dengan memperhatikan hasil uji *Wilcoxon* yang menunjukkan nilai signifikan ($p=0,714$).

Hasil uji statistic Mann Whitney U test menunjukkan kelompok perlakuan dengan intervensi komunikasi terapeutik lebih efektif dibandingkan dengan kelompok pembanding dimana nilainya menunjukkan nilai signifikan ($p=0,026$).

5.2 Pembahasan

Pada bagian pembahasan ini akan dibahas mengenai harga diri klien dengan GGK sebelum dan sesudah diberikan intervensi komunikasi terapeutik pada kelompok perlakuan dan harga diri klien dengan GGK tanpa diberikan intervensi komunikasi terapeutik melainkan intervensi yang sesuai dengan standar yang diterapkan di Unit Hemodialisis pada kelompok pembanding serta menganalisa pengaruh intervensi yang diberikan terhadap harga diri klien dengan GGK.

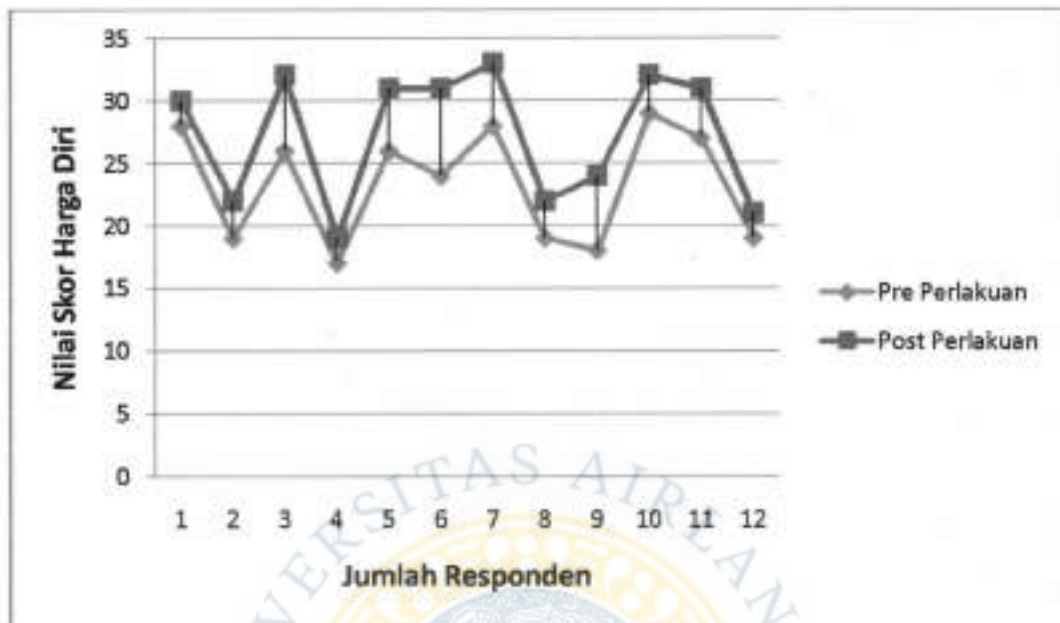
Sesuai tabel 5.6 sebelum intervensi komunikasi terapeutik (*pre-observation*) sebagian besar responden baik kelompok perlakuan maupun kelompok pembanding mempunyai harga diri rendah. Pada saat intervensi yang pertama dan kedua pada kelompok perlakuan masih banyak klien yang belum mampu untuk mengungkapkan perasaan atau pun masalahnya dimana klien masih belum mau untuk berinteraksi dan berusaha untuk menutup diri. Sesuai dengan pendapat Long (1999), bahwa klien dengan penyakit kronis seperti gagal ginjal kronis memiliki masalah yang sangat kompleks. Perubahan fisik akibat penurunan fungsi organ akan mempengaruhi masalah psikis dan menghambat sosialisasi klien tersebut. Penurunan fungsi tubuh pada klien dengan gagal ginjal kronis menyebabkan klien merasa tidak berguna yang secara emosional mempengaruhi prose interaksi dengan orang lain. Klien sangat sensitif, cepat marah dan sering

menutup diri dalam berinteraksi. Kondisi ini menunjukkan bahwa mereka sedang kehilangan kepercayaan diri dan merasa putus asa walaupun telah mendapatkan tindakan medis yang optimal. Hal inilah yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan harga diri pada klien GGK.

Keadaan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengalaman, pola asuh orangtua, lingkungan dan sosial ekonomi. Selain itu, tingkat pendidikan, pekerjaan dan lama klien menderita GGK dapat berpengaruh terhadap harga diri klien. Berdasarkan data demografi sebagian besar pendidikan terakhir responden kelompok perlakuan dan pembandingan adalah Sekolah dasar (SD), sehingga tingkat emosional dan pola pikir klien sangat rendah karena apabila pendidikan klien semakin baik maka pola pikir akan semakin baik pula untuk lebih bisa mengontrol diri, menerima keadaan dan menyelesaikan masalah dengan cara yang adaptif serta lebih berfikir positif. Pekerjaan klien baik kelompok perlakuan maupun kelompok pembandingan yang sebagian besarnya berprofesi sebagai petani dan pedagang dimana tingkat ekonominya sangat rendah sehingga berpengaruh juga terhadap kesejahteraan psikologis klien dimana semakin hari semakin banyak keperluan untuk memenuhi kebutuhan hidup tetapi kebutuhan tersebut belum terlalu terpenuhi. Responden kelompok perlakuan dan kelompok pembandingan adalah pasien lama yang sudah menjalani hemodialisa lebih dari satu tahun dimana dua kali dalam seminggu harus melakukan hemodialisa sehingga lama kelamaan dapat menyebabkan stress, kejenuhan, putus asa, khawatir, tidak percaya diri dan tidak bisa sepenuhnya beraktifitas seperti biasa.

Pada intervensi selanjutnya dengan dukungan dari keluarga klien, klien lebih mampu untuk berbicara dan berusaha untuk mengungkapkan perasaan dan

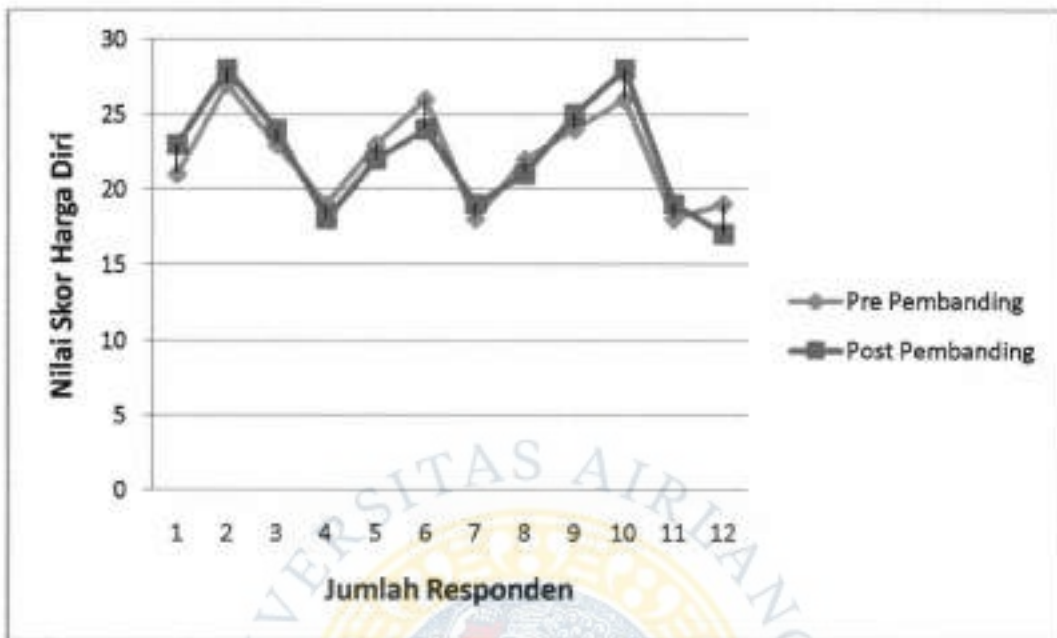
- 1) Distribusi harga diri klien sebelum dan sesudah diberi intervensi pada kelompok perlakuan.



Gambar 5.1 Harga diri klien sebelum dan sesudah diberikan intervensi komunikasi terapeutik tanggal 24 Mei 2012 sampai dengan 22 Juni 2012.

Gambar 5.1 menunjukkan perbandingan harga diri klien sebelum dan sesudah diberi intervensi komunikasi terapeutik. Sebelum diberi intervensi (*pre-observation*) didapatkan data bahwa sebanyak 7 orang (58,3%) klien dengan harga diri sedang dan tidak ada klien dengan harga diri tinggi. Setelah diberikan intervensi komunikasi terapeutik (*post-observation*) terjadi peningkatan harga diri klien, yaitu sebanyak 7 orang (58,3%) dengan harga diri tinggi dan hanya 1 klien (8,3) dengan harga diri rendah.

- 2) Distribusi harga diri klien sebelum dan sesudah pada kelompok pembandingan



Gambar 5.2 Harga diri klien sebelum dan sesudah tanpa diberikan intervensi komunikasi terapeutik tanggal 24 Mei 2012 sampai dengan 22 Juni 2012.

Gambar 5.2 menunjukkan perbandingan harga diri klien sebelum dan sesudah pada kelompok pembandingan tanpa diberikan intervensi komunikasi terapeutik tetapi intervensi yang diberikan sesuai di Unit Hemodialisis. Pada saat *pre-observation* diperoleh data bahwa sebagian besar klien dengan harga diri sedang yaitu sebanyak 8 klien (66,7%) dan tidak ada klien dengan harga diri tinggi. Sedangkan pada saat *post-observation* tidak terjadi peningkatan harga diri klien meskipun terjadi peningkatan maupun penurunan skor harga diri tetapi tetap pada interval harga diri rendah dan harga diri sedang.