

SKRIPSI
ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENERIMAAN
DIRI PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI TERAPI
HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA

PENELITIAN DESKRIPTIF KORELASIONAL



Oleh:
AISYAH KARTIKA SUKMAWATI
131411131072

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018

SKRIPSI
ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENERIMAAN
DIRI PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI TERAPI
HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA

PENELITIAN DESKRIPTIF KORELASIONAL

Untuk Memproleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
pada Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:
AISYAH KARTIKA SUKMAWATI
131411131072

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Surabaya, 30 Juli 2018

Yang menyatakan

A yellow rectangular stamp with the text "BIJETERAI TUNJUNG" at the top, "6000" in the middle, and a red circular logo at the bottom. A handwritten signature is written over the stamp.

Aisyah Kartika Sukamawati

NIM. 131411131072

**HALAMAN PERNYATAAN
PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN
AKADEMIK**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aisyah Kartiak Sukmawati
NIM : 131411131072
Program Studi : Pendidikan Ners
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Diri Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, alihmedia (format), mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 30 Juli 2018

Yang Menyatakan



Aisyah Kartika Sukmawati

NIM. 131411131072

LAMBAR PERSETUJUAN


SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENERIMAAN
DIRI PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI TERAPI
HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA


Oleh:
Aisyah Kariya Sukirmanati
NIM. 111411131072

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI
Tanggal, 13 Agustus 2018

Oleh:
Dosen Pembimbing Ketua


Dr. Abu Bakar, M.Kep.Ns., Sp.Kep.MB
NIP. 198004272009121002

Dosen Pembimbing II


Dedi Yasmara M. Kep., Ns., Sp., Kep. MB
NIP. 198409282015041002

Mengetahui
dan Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
Wakil Dekan I


Dr. Kurniyo, S.Kp., M.Kes
NIP. 196008211980011002



SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR YANG...

AI SYAH K S

SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR YANG....

AI SYAH K S

MOTTO

Kerjakan yang terbaik untuk sekarang, maka akan baik pula tuk selanjutnya.

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala limpahan rahmat dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Dalam menyelesaikan skripsi saya yang berjudul **“Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Diri Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya”** ini, saya menyadari bahwa tanpa bantuan, dukungan, serta bimbingan dari berbagai pihak, sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan untaian terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
2. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes., selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Pendidikan Ners.
3. Dr. Abu Bakar, S. Kep., Ns., M. Kep., Sp. Kep. MB selaku Dosen Pembimbing I yang telah selalu meluangkan waktu untuk memberikan ilmu, koreksi, saran, dan motivasi dengan penuh kesabaran hingga skripsi ini selesai dengan baik.
4. Deni Yasmara, S. Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep. MB selaku Dosen Pembimbing II yang telah meluangkan waktu untuk memberikan ilmu, koreksi, saran, dan motivasi dengan penuh kesabaran hingga skripsi ini selesai dengan baik.
5. Laily Hidayati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan komentar sehingga skripsi ini menjadi lebih baik.
6. Dr. Hanik Endang Nihayati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku dosen penguji proposal yang telah memberikan saran dan komentar sehingga skripsi ini menjadi lebih baik.
7. Ika Nur Pratiwi, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku dosen wali yang selalu memberikan semangat dan motivasi dalam penyelesaian skripsi ini.

8. Direktur RS Umum Haji Surabaya yang telah memberikan bantuan, ijin dan kerjasamanya dalam melaksanakan penelitian ini.
9. Seluruh staff dan dosen Fakultas Keperawatan UNAIR
10. Seluruh responden dalam penelitian yaitu pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Umum Haji Surabaya.
11. Kedua orang tua (Sugianto dan Suciati) dan Nenek (Patoekah) tercinta yang selalu senantiasa memberikan dukungan dan doa sehingga memotivasi saya untuk menyelesaikan skripsi ini, serta bantuan material dan kasih sayang yang telah di berikan oleh bapak dan ibu.
12. Dua lelakiku Deaz Iman Dermawan dan Moch Firman Prasetyo yang telah memberikan perhatian dan kasih sayangnya demi kelancaran pengerjaan skripsi ini.
13. Sahabat tercinta Diana Rachmawati, malaikat kecil Jessy Jacklyn serta orang terkasih yang telah ada sebagai pendamping hati demi terselesaikannya skripsi ini.
14. Vandin, Nadhia, Elfira selaku teman sedosen pembimbing 1 dan Ainun serta Suco teman setempat penelitian yang telah memberikan dukungan moral, doa serta senantiasa memberikan semangat dalam mengerjakan skripsi ini.
15. Para senior M10 yang senantiasa menjadi tempat konsultasi setelah dosen pembimbing dan tempat meminjam buku.
16. Teman-teman FKP UNAIR angkatan 2014 dan berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga Allah SWT senantiasa membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Semoga skripsi ini nantinya dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan di Indonesia

Surabaya, 30 Juli 2018

Penulis

ABSTRACT

**ANALYSIS OF RELATED FACTORS OF PATIENT'S SELF
ACCEPTANCE WITH CHRONIC RENAL FAILURE ONGOING
HEMODIALYSIS THERAPY IN RUMAH SAKIT UMUM HAJI
SURABAYA**

Descriptive Correlational Study in Hemodialysis Unit, RSU Haji
Surabaya

By: Aisyah Kartika Sukmawati

Introduction: Chronic renal failure (CRF) is a progressive decrease in renal function tissue that generally ends in irreversible renal failure. Treatment for clients with chronic renal failure is hemodialysis aimed at improving the client's body condition. Self-acceptance is the main thing that needs to be noticed because of its close relationship with the improvement of the client's condition. This research is intended to analyze factors related to self-acceptance of CRF clients undergoing hemodialysis. **Methods:** This study used quantitative method with descriptive correlation design. Data collection was done to 83 respondents who undergoing hemodialysis at RSU Haji Surabaya by using self-acceptance questionnaire by Harlock. The data obtained were analyzed using spearman method to analyze factors related to self-acceptance of CRF clients undergoing hemodialysis. **Result:** Among the 10 factors studied, four factors were found to be related to self-acceptance of CRF clients ($p = 0,0240$), income ($p = 0.0114$), support ($p = 0.0486$), perceptions of susceptibility ($p = 0.0120$). Self-acceptance of clients undergoing hemodialysis is influenced by higher education, better family support, greater income, and perceptions of vulnerability experienced by clients. Self-acceptance is an important aspect to consider in improving the client's condition. **Discussion:** Subsequent research focused on the desperation of clients in undergoing hemodialysis and the implementation of interventions aimed at improving client motivation in strengthening self-acceptance.

Keyword: self-acceptance, chronic renal failure, hemodialysis

DAFTAR ISI

Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	i
Surat Pernyataan Orisinalitas	ii
Halaman Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Penetapan Panitia Penguji	v
Motto	vi
Ucapan Terima Kasih	vii
Abstract.....	vii
Daftar Isi.....	x
Daftar Gambar	xii
Daftar Tabel.....	xiii
Daftar Lampiran	xiv
Daftar Singkatan	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan masalah	4
1.3 Tujuan penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat penelitian	5
1.4.1 Subjek	5
1.4.2 Masyarakat.....	5
1.4.3 Pengembangan ilmu pengetahuan	5
1.4.4 Perawat Klinis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Penerimaan Diri.....	7
2.1.1 Pengertian penerimaan diri	7
2.1.2 Ciri-ciri penerimaan diri	8
2.1.3 Efek penerimaan diri.....	10
2.1.4 Faktor yang mempengaruhi penerimaan diri	12
2.1.5 Tahapan penerimaan diri	16
2.2 Konsep Terapi Hemodilisa	17
2.2.1 Pengertian hemodialisa	17
2.2.2 Ulasan sejarah hemodilisa	18
2.2.3 Tujuan hemodilisa.....	18
2.2.4 Indikasi hemodilisa	19
2.2.5 Prinsip dan proses hemodilisa.....	21
2.2.6 Komplikasi hemodilisa	23
2.3 Konsep Penerimaan Diri Pasien Terapi Hemodialisa.....	24
2.4 Teori Keperawatan	31
2.4.1 Teori adaptasi Roy	31

2.4.2	Teori <i>Health Belief Model</i>	39
2.5	Keaslian penulisan	42
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....		48
3.1	Kerangka Konseptual	48
3.2	Hipotesis penelitian	50
BAB 4 METODE PENELITIAN		51
4.1	Desain Penelitian	51
4.2	Populasi, sampel, besar sampel dan teknik pengambilan sampel	51
4.2.1	Populasi penelitian	51
4.2.2	Sampel dan besar sampel penelitian	52
4.2.3	Teknik <i>sampling</i> penelitian.....	52
4.3	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel.....	52
4.3.1	Variabel independen	52
4.3.2	Variabel dependen	53
4.4	Defenisi Operasional	53
4.5	Instrumen Penelitian	59
4.6	Uji Validitas dan Reliabilitas.....	62
4.6.1	Uji validitas.....	62
4.6.2	Uji reliabilitas	63
4.7	Lokasi dan Waktu Pengambilan Data Penelitian	63
4.8	Prosedur Pengumpulan dan Pengambilan Data Penelitian.....	63
4.9	Analisis Data	65
4.10	Kerangka Operasional Penelitian	68
4.11	Etik Penelitian (<i>Ethical Clearance</i>).....	68
4.12	Keterbatasan Penelitian	69
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN		70
5.1 Hasil Penelitian		70
5.1.2	Gambaran umum lokasi penelitian.....	70
5.1.2	Data Khusus	71
5.2	Pembahasan.....	76
5.2.1	Pembahasan faktor yang berhubungan	76
5.2.2	Pembahasan faktor yang tidak berhubungan	81
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		87
6.1	Simpulan	87
6.2	Saran	88
Daftar Pustaka		89
Lampiran		93

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	: Kerangka teori adaptasi Roy.....	31
Gambar 3.1	: Kerangka konseptual	46
Gambar 4.1	: Kerangka metode penelitian.....	50
Gambar 4.2	: Kerangka kerja penelitian.....	67

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	: Perbedaan struktur otak laki-laki dan perempuan.....	32
Tabel 2.2	: Daftar penelitian sebelumnya.....	41
Tabel 4.1	: Definisi operasional penelitian	52
Tabel 4.2	: Dimensi alat ukur penermaan diri.....	58
Tabel 4.3	: Dimensi alat ukur dukungan sosial.....	61
Tabel 4.4	: Dimensi alat ukur persepsi individu.....	61
Tabel 4.5	: Koefisien korelasidan dan tingkat hubungan.....	67
Tabel 5.1	: Data khusus responden.....	73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Surat permohonan pengambilan data awal.....	92
Lampiran 2	: Lembar monitoring penelitian RSUD Haji Surabaya.....	93
Lampiran 3	: Lembar permohonan fasilitas pengambilan data penelitian...	94
Lampiran 4	: Surat balasan pengambilan data penelitian.....	95
Lampiran 5	: Sertifikat etik.....	96
Lampiran 6	: Lembar permintaan menjadi responden.....	97
Lampiran 7	: Lembar persetujuan menjadi responden.....	102
Lampiran 8	: Kuesioner (A) pengumpulan data umum.....	103
Lampiran 9	: Kuesioner (B) <i>Self Acceptance Scale</i>	106
Lampiran 10	: Kuesioner (C) persepsi individu.....	111
Lampiran 11	: Hasil uji validitas dan reliabilitas.....	115
Lampiran 12	: Tabulasi data penelitian.....	144
Lampiran 13	: Hasil uji analisis.....	147

DAFTAR SINGKATAN

GGK	:	Gagal Ginjal Gronis
WHO	:	<i>World Health Organization</i>
IRR	:	<i>Indonesian Renal Registry</i>
Kemenkes RI	:	Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
HBM	:	<i>Health Belief Models</i>
ESRD	:	<i>End Stage Renal Disease</i>
LFG	:	Laju Filtrasi Glomerulus
HD	:	Hemodialisa

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Penyakit gagal ginjal kronis (GGK) merupakan salah satu masalah utama kesehatan di dunia. *World Health Organization* (WHO) menyebutkan pertumbuhan jumlah penderita GGK pada tahun 2013 meningkat 50% dari tahun sebelumnya. GGK merupakan keadaan penurunan progresif jaringan fungsi ginjal yang umumnya berakhir pada gagal ginjal ireversibel (Sudoyo, 2009; Joyce and Jane, 2014). Hemodialisis merupakan salah satu cara yang harus dilalui untuk memperbaiki kimia tubuh klien (Joyce and Jane, 2014). Angka kejadian gagal ginjal di dunia secara global lebih dari 500 juta orang dari yang harus menjalani hidup dengan bergantung pada cuci darah (hemodialisis) 1,5 juta orang. Di Indonesia, berdasarkan data dari IRR (*Indonesian Renal Registry*) (Kemenkes, 2017) didapatkan bahwa dari 249 renal unit yang melapor, tercatat 30.554 pasien aktif menjalani dialisis pada tahun 2015. Penerimaan diri diperlukan untuk menyatukan tubuh, pikiran dan jiwa. Penerimaan diri merupakan sikap positif dimana individu dapat mengatasi keadaan emosionalnya (Fauziah, 2017).

Selama proses menjalani terapi hemodialisis, tentu akan menimbulkan berbagai permasalahan dalam kehidupan klien, baik masalah biologis maupun masalah psikososial. Klien yang menjalani terapi hemodialisis jangka panjang sering merasa khawatir akan kondisi sakitnya yang tidak dapat diramalkan dan gangguan dalam hidupnya (Smeltzer and Bare, 2008). Ketika seseorang divonis menderita gagal ginjal maka ia harus menjalani terapi hemodialisa secara rutin

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

seumur hidup sebanyak satu sampai tiga kali seminggu tergantung kondisi ginjal penderita. Mereka tidak hanya mengalami penderitaan secara fisik namun juga penderitaan mental seperti kecemasan dan depresi. Umumnya gejala yang sering ditunjukkan oleh penderita adalah depresi dan kekecewaan, karena disatu sisi harus bergantung seumur hidup pada mesin dialisis dan disisi lain harus tetap menjalankan peran dan aktivitas dalam kehidupannya. Kesulitan yang dialami adalah untuk dapat menjalani kehidupan dengan sebagaimana mestinya. Waktu mereka terpotong untuk pergi ke rumah sakit melakukan terapi . selain itu penderita juga mengeluh banyak hal termasuk kondisi dan kemampuan fisiknya yang sudah banyak mengalami penurunan. Penderita merasa tidak bisa mandiri sehingga berpikiran bahwa dirinya hanya merepotkan orang lain, selain itu penderita juga merasa bahwa dirinya tidak memiliki hal yang dapat dibanggakan, jika kondisi ini berlangsung dalam jangka waktu yang panjang tanpa ada intervensi khusus dengan segera, maka bisa menjadikan mereka sulit untuk menerima dirinya (Zefry and Purnama, 2016). Penerimaan diri yang rendah pada klien akan sangat berdampak pada terapi hemodialisa yang dijalani. Antara lain dengan ketidakpatuhan klien akan terapinya, bahkan hingga memutuskan untuk menghentikan terapi. Maka penerimaan diri sangatlah diperlukan bagi klien-klien dengan gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis.

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 2 s/d 13 April 2018 di RSUD Haji Surabaya, tercatat pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa sebanyak 80 pasien. Dari sekian banyak pasien gagal ginjal, studi kasus dengan metode pengisian kuesioner *Burger's self-acceptance scale* yang dilakukan kepada 20 orang pasien, ternyata teridentifikasi bahwa 2 diantaranya

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

memiliki penerimaan diri yang buruk.

Penelitian ini dijelaskan melalui model adaptasi milik Sister Calista Roy, dimana stimulus yang datang adalah faktor apapun yang bisa mencetuskan respon (Alligood, 2017). Dengan teori ini dapat dipelajari bagaimana faktor yang ada memiliki proses mekanisme koping regulator dan kognator, hingga pada pencapaian output adaptif, yakni penerimaan diri. Dimana input atau stimulusnya diambil dari empat komponen dalam teori *Health Belief Models* (HBM) yang mengemukakan bahwa persepsi seorang individu tentang penyakitnya akan mempengaruhi perilaku kesehatan. Teori HBM ini berfokus pada persepsi subjektif seseorang diantaranya persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan, yang dapat dipengaruhi oleh faktor pemodifikasi berupa umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan, pengetahuan, dan dukungan (Edberg, 2009). Dalam penelitian sebelumnya, menggambarkan bahwa jenis dukungan yang signifikan dengan penerimaan diri pasien dengan hemodialisa adalah dukungan sosial (Zefry and Purnama, 2016).

Tidak terkendalinya faktor yang dapat mempengaruhi penerimaan diri ini akan berdampak pada penyesuaian diri dan sosial klien, kurang mampu untuk mengenali kelebihan dan kekurangannya, biasanya juga akan memiliki keyakinan diri (*self confidence*) dan harga diri (*self esteem*) yang rendah (Hurlock, 2006). Ditambah dengan penjadwalan dialisis dapat menciptakan kesulitan kesulitan tersendiri, kesulitan financial, penurunan bahkan kehilangan kinerja (Joyce and Jane, 2014). Pengetahuan dan dukungan yang kurang, dimana tidak adanya pemikiran akan manfaat dari terapi, memungkinkan klien melakukan ketidakpatuhan akan instruksi yang diberikan selama perawatan. Adanya

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

hambatan di dalam lingkungan, menimbulkan perilaku untuk mencari pengobatan atau mencegah penyakit sangat memungkinkan klien untuk memutuskan menghentikan terapi hemodialisa yang dijalani (Edberg, 2009). Keadaan keadaan tersebut akan berakhir pada kegagalan terapi dan berakibat fatal bagi klien.

Berdasarkan uraian di atas dan mengingat pentingnya peran psikososial pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa, maka perlu dilakukan penelitian untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya. Diharapkan dengan adanya penelitian ini, intervensi dapat difokuskan pada faktor yang berpengaruh paling dominan.

1.2 Rumusan masalah

Apakah faktor dominan yang berhubungan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisa faktor dominan yang berhubungan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis hubungan faktor persepsi individu (persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan) dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya.

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

2. Menganalisis hubungan faktor demografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan) dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya.
3. Menganalisis hubungan faktor pengetahuan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya.
4. Menganalisis hubungan faktor dukungan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Subjek

Memberikan wawasan bagi pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa mengenai faktor yang paling kuat hubungannya dengan penerimaan dirinya, sehingga dapat dioptimalkan dan mencapai derajat kesehatan yang optimal.

1.4.2 Masyarakat

Memberikan pengetahuan kepada masyarakat mengenai intervensi khususnya modifikasi perilaku sebagai upaya untuk meningkatkan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa.

1.4.3 Pengembangan ilmu pengetahuan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi ilmiah dalam ilmu keperawatan yaitu faktor yang paling kuat hubungannya dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa.

1.4.4 Perawat Klinis

Informasi ilmiah yang didapatkan dari penelitian ini dapat digunakan sebagai acuan dalam penyusunan asuhan keperawatan, yang kemudian perencanaan intervensi dapat difokuskan pada faktor yang berhubungan paling dominan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab 2 ini akan dijelaskan tentang beberapa konsep yang berhubungan dengan penelitian ini, konsep tersebut meliputi: 1) Konsep Penerimaan Diri; 2) Konsep terapi hemodialisa; 3) Konsep penerimaan diri pasien terapi hemodialisa; dan 4) Teori Keperawatan.

2.1 Konsep Penerimaan Diri

2.1.1 Pengertian penerimaan diri

Penerimaan diri (*Self-acceptance*) ialah suatu kemampuan individu untuk dapat melakukan penerimaan terhadap keberadaan diri sendiri. Hasil analisa atau penilaian terhadap diri sendiri akan dijadikan dasar bagi seorang individu untuk dapat mengambil suatu keputusan dalam rangka penerimaan terhadap keberadaan diri sendiri. Sikap penerimaan diri dapat dilakukan secara realistis, tetapi juga dapat dilakukan secara tidak realistis. Sikap penerimaan realistis dapat ditandai dengan memandang segi kelemahan-kelemahan maupun kelebihan-kelebihan diri secara objektif. Sebaliknya penerimaan diri tidak realistis ditandai dengan upaya untuk menilai secara berlebihan terhadap diri sendiri, mencoba untuk menolak kelemahan diri sendiri, mengingkari atau menghindari hal-hal yang buruk dari dalam dirinya, misalnya pengalaman traumatis masa lalu (Dariyo, 2007).

Definisi penerimaan diri menurut Sheerer yang kemudian dimodifikasi oleh Berger sebagai berikut yaitu yang pertama nilai-nilai dan standart diri tidak dipengaruhi lingkungan luar, keyakinan dalam menjalani hidup, bertanggung jawab terhadap apa yang dilakukan, mampu menrima kritik dan saran sesubjektif

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

mungkin, tidak menyalahkan diri atas perasaan terhadap orang lain, menganggap bahwa dirinya sama dengan orang lain, tidak ingin orang lain menolaknya dalam kondisi apapun, tidak menganggap dirinya berbeda dari orang lain, dan tidak mau atau rendah diri (Denmark, 1973).

Ditambahkan lagi penerimaan diri menjadi salah satu faktor penting yang berperan terhadap kebahagiaan individu sehingga ia mampu memiliki penyesuaian diri yang baik (Hurlock, 2006).

Berdasarkan berbagai definisi yang diuraikan di atas, maka peneliti mengambil kesimpulan bahwa penerimaan diri adalah sikap seorang individu yang menunjukkan perasaan mampu menerima dan bahagia atas segala kelebihan dan kekurangan yang ada pada dirinya serta mampu dan bersedia untuk hidup dengan segala karakteristik yang ada dalam dirinya, tanpa merasakan ketidaknyaman terhadap dirinya sendiri.

2.1.2 Ciri-ciri penerimaan diri

Self acceptance (penerimaan diri) setiap individu terhadap dirinya sendiri cenderung tidak sama antara yang satu dengan yang lainnya. Ciri-ciri orang yang menerima dirinya adalah sebagai berikut (Custrona and Russell, 1987):

1. Menerima diri sendiri apa adanya

Memahami diri ditandai dengan perasaan yang tulus, nyata, dan jujur dalam menilai diri sendiri. Kemampuan seseorang untuk memahami dirinya tergantung pada kapasitas intelektual dan kesempatan menemukan dirinya. Individu tidak hanya mengenal dirinya tetapi juga menyadari kenyataan yang dialaminya, jika seorang individu mau menerima diri apa adanya, maka individu tersebut bisa untuk lebih menghargai dirinya sendiri. Individu

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

tersebut juga mampu untuk menerima orang lain dan tidak menuntut bahwa mereka harus mencoba untuk menyamai dirinya. Menerima diri sendiri berarti merasa senang terhadap apa dan siapa ia sesungguhnya.

2. Tidak menolak apabila memiliki kekurangan

Sikap atau respon dari lingkungan membentuk sikap terhadap diri seseorang. Individu yang mendapat sikap yang sesuai dan menyenangkan dari lingkungan cenderung akan menerima dirinya. Kelebihan merupakan suatu kemampuan karakteristik atau ciri tentang diri dianggap lebih baik daripada kemampuan-kemampuan lain dalam dirinya. Salah satu penyebab seseorang sulit untuk menerima kelebihannya dikarenakan ingin mendapatkan sesuatu yang lebih dalam hal itu. Kekurangan adalah kemampuan yang sebenarnya diharapkan untuk lebih baik dari kondisi yang sesungguhnya namun ternyata tidak demikian, yang dianggap kurang biasanya adalah hal diinginkan untuk menjadi lebih baik, dan kekurangan bisa melahirkan rasa malu dan minder.

3. Memiliki keyakinan bahwa untuk mencintai diri sendiri, seseorang tidak harus dicintai dan dihargai oleh orang lain

Seseorang yang dapat mengidentifikasi dirinya sendiri serta memiliki penyesuaian diri yang baik maka cenderung dapat menerima dirinya dan dapat melihat dirinya sama dengan apa yang dilihat oleh orang lain. Mencintai diri sendiri dengan menerima segala bentuk kekurangan yang ada dalam diri, memaafkan segala kesalahan-kesalahan yang telah diperbuat, dan menghargai setiap apa yang ada dan telah dicapai, merupakan sebuah kekuatan yang besar untuk membangun diri dan memiliki penghormatan tertinggi bagi pikiran, tubuh, dan jiwa.

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

4. Tidak perlu merasa sempurna

Seseorang yang memiliki konsep diri yang stabil akan melihat dirinya dari waktu secara konstan dan tidak mudah berubah-ubah. Memandang diri secara positif merupakan sikap mental yang melibatkan proses memasukkan pikiran, kata, dan gambaran yang membangun perkembangan dari suatu pemikiran.

Tanda-tanda penerimaan diri adalah sebagai berikut (Santrock, 2007):

- a. Seorang yang menerima dirinya memiliki penghargaan yang realistik tentang sumber-sumber yang ada pada dirinya digabungkan dengan penghargaan tentang harga atau kebergunaan dirinya. Ia percaya akan norma-norma serta keyakinan-keyakinan sendiri, dengan tidak menjadi budak daripada opini-opini orang lain. Ia juga memiliki pandangan yang realistik tentang keterbatasan-keterbatasan tanpa menimbulkan tindakan menjauhi atau penolakan diri yang rasional.
- b. Individu-individu yang menerima kehadiran dirinya mengenal dan menghargai kekayaan-kekayaannya (potensi-potensi dirinya) dan bebas mengikuti perkembangannya. Mereka menyadari kekurangan kekurangan kekurangannya tanpa harus terus menerus menyesalinya.
- c. Ciri yang paling menonjol dari pada seseorang yang menerima dirinya adalah spontanitas dan tanggung jawabnya untuk dirinya sendiri. Mereka menerima kualitas-kualitas kemanusiaannya tanpa mempersalahkan dirinya bila terjadi hal-hal yang diluar kemampuannya untuk mengontrolnya.

2.1.3 Efek penerimaan diri

Dampak penerimaan diri menjadi dua kategori (Hurlock, 2006):

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

1. Dalam Penyesuaian Diri (*Effects on Self-Adjustment*)

Orang yang memiliki penerimaan diri, mampu mengenali kelebihan dan kekurangannya. Ia biasanya memiliki keyakinan diri (self confidence) dan harga diri (self esteem). Selain itu mereka juga lebih dapat menerima kritik demi perkembangan dirinya. Penerimaan diri yang disertai dengan adanya rasa aman untuk mengembangkan diri ini memungkinkan seseorang untuk menilai dirinya secara lebih realistis sehingga dapat menggunakan potensinya secara efektif.

Dengan penilaian yang realistis terhadap diri, seseorang akan bersikap jujur dan tidak berpura-pura. Ia juga mampu membuat penilaian diri yang kritis (*critical self-appraisals*) yang membantunya mengenal dan mengoreksi kekurangan yang ada pada dirinya. Selain itu yang paling penting adalah mereka juga merasa puas dengan menjadi dirinya sendiri tanpa ada keinginan untuk menjadi orang lain.

2. Dalam Penyesuaian Sosial (*Effects on Social Adjustments*)

Penerimaan diri biasanya disertai dengan adanya penerimaan pada orang lain. Orang yang memiliki penerimaan diri akan merasa aman untuk menerima orang lain, memberikan perhatiannya pada orang lain, memiliki perasaan toleransi terhadap sesama yang dibarengi dengan rasa selalu ingin membantu orang lain, serta menaruh minat terhadap orang lain, seperti menunjukkan rasa empati dan simpati. Dengan demikian orang yang memiliki penerimaan diri dapat melakukan penyesuaian sosial yang lebih baik dibandingkan dengan orang yang merasa rendah diri. Ia dapat mengatasi keadaan emosionalnya tanpa mengganggu orang lain.

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Semakin individu dapat menerima dirinya sendiri, maka akan semakin tinggi sikap positif individu tersebut terhadap diri sendiri, memahami, menerima semua aspek diri, termasuk kualitas diri yang buruk dan memandang masa lalu sebagai sesuatu yang baik. Sebaliknya, semakin rendah penerimaan diri individu terhadap diri sendiri maka individu tersebut akan semakin tidak puas dengan dirinya sendiri, akan kecewa dengan masa lalu, dan kualitas diri sehingga menimbulkan perasaan ingin menjadi orang lain (Ryff, 1989).

2.1.4 Faktor yang mempengaruhi penerimaan diri

Tidak semua individu dapat menerima dirinya dikarenakan masing-masing orang memiliki ideal self yang lebih tinggi dibandingkan real self yang dimilikinya (Hurlock, 2006). Apabila ideal self itu tidak bersifat realistis dan sulit untuk diraih dalam kehidupan yang nyata, maka hal itu akan menyebabkan frustrasi dan perasaan kecewa. Lebih lanjut beberapa kondisi yang mendukung seseorang untuk dapat menerima dirinya sendiri. Dimana kondisi-kondisi tersebut mampu mewujudkan penerimaan diri seorang individu. Kondisi yang mendukung proses penerimaan diri tersebut, antara lain (Hurlock, 2006):

1. Pemahaman Diri (*Self-Understanding*)

Pemahaman diri adalah persepsi tentang dirinya sendiri yang dibuat secara jujur, tidak berpura-pura dan bersifat realistis. Persepsi atas diri yang ditandai dengan keaslian (*genuineness*); tidak berpura-pura tetapi apa adanya, tidak berkhayal tetapi nyata (benar adanya), tidak berbohong tetapi jujur, dan tidak menyimpang. Pemahaman diri bukan hanya terpaku pada mengenal atau mengakui fakta tetapi juga merasakan pentingnya fakta-fakta (Hurlock, 2006).

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

2. Harapan yang Realistis (*Realistic Expectations*)

Harapan yang realistis muncul jika individu menentukan sendiri harapannya yang disesuaikan dengan pemahaman mengenai kemampuan dirinya, bukan harapan yang ditentukan oleh orang lain. Hal tersebut dikatakan realistis jika individu memahami segala kelebihan dan kekurangan dirinya dalam mencapai harapan dan tujuannya (Hurlock, 2006).

3. Tidak ada Hambatan Lingkungan (*Absence of Environmental Obstacle*)

Ketidakmampuan untuk meraih harapan realistis mungkin disebabkan oleh adanya berbagai hambatan dari lingkungan. Bila lingkungan sekitar tidak memberikan kesempatan atau bahkan malah menghambat individu untuk dapat mengekspresikan dirinya, maka penerimaan diri akan sulit untuk dicapai. Namun jika lingkungan, dan significant others turut memberikan dukungan, maka kondisi ini dapat mempermudah penerimaan diri seorang individu (Hurlock, 2006).

4. Sikap Sosial yang Menyenangkan (*Favorable Social Attitudes*)

Tiga kondisi utama yang menghasilkan evaluasi positif terhadap diri seseorang antara lain, tidak adanya prasangka terhadap seseorang, adanya penghargaan terhadap kemampuan-kemampuan sosial, dan kesediaan individu mengikuti tradisi suatu kelompok sosial. Individu yang memiliki hal tersebut diharapkan mampu menerima dirinya (Hurlock, 2006).

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

5. Tidak Adanya Stress Emosional (*Absence of Severe Emotional Stress*)

Ketiadaan gangguan stress yang berat akan membuat individu dapat bekerja sebaik mungkin, merasa bahagia, rileks, dan tidak bersikap negatif terhadap dirinya. Kondisi positif ini diharapkan membuat individu mampu melakukan evaluasi diri sehingga penerimaan diri yang memuaskan dapat tercapai (Hurlock, 2006).

6. Jumlah Keberhasilan (*Preponderance of Successes*)

Saat individu berhasil ataupun gagal, ia akan memperoleh penilaian sosial dari lingkungannya. Ketika seseorang memiliki aspirasi tinggi, maka ia tidak akan mudah terpengaruh oleh penilaian sosial tentang kesuksesan maupun kegagalan. Dia kemudian akan menjadi lebih mudah dalam menerima dirinya sendiri terkait dengan kondisi dimana ia telah terpuaskan dengan keberhasilan yang telah dicapainya tanpa memikirkan pendapat lingkungan sosial.(Hurlock, 2006).

7. Identifikasi dengan orang yang memiliki penyesuaian diri yang baik (*Identification with Well-Adjusted People*)

Saat individu dapat mengidentifikasi diri dengan orang yang memiliki penyesuaian diri yang baik, maka hal itu dapat membantu individu untuk mengembangkan sikap positif dan menumbuhkan penilaian diri yang baik. Lingkungan rumah dengan model identifikasi yang baik akan membentuk kepribadian sehat pada seseorang sehingga ia mampu memiliki penerimaan diri yang baik pula (Hurlock, 2006).

8. Perspektif diri (*Self-Persperctive*)

Individu yang mampu melihat dirinya sebagaimana perspektif orang lain memandang dirinya, akan membuat individu tersebut menerima dirinya dengan baik. Dimana hal ini diperoleh melalui pengalaman dan belajar. Usia dan tingkat pendidikan seseorang juga berpengaruh untuk dapat mengembangkan perspektif dirinya. Sebuah perspektif diri yang baik memudahkan akses terhadap penerimaan diri (Hurlock, 2006).

9. Pola Asuh Masa Kecil Yang Baik (*Good Childhood Training*)

Meskipun penyesuaian diri pada seseorang dapat berubah secara radikal karena adanya peningkatan dan perubahan dalam hidupnya, hal tersebut dianggap dapat menentukan apakah penyesuaiannya dikatakan baik jika diarahkan oleh masa kecilnya. Konsep diri mulai terbentuk sejak masa kanak-kanak sehingga pengaruhnya terhadap penerimaan diri seseorang tetap ada walaupun usia individu terus bertambah. Dengan demikian, pola asuh juga turut mempengaruhi bagaimana seseorang dapat mewujudkan penghayatan penerimaan diri (Hurlock, 2006).

10. Konsep Diri yang Stabil (*Stable Self-concept*)

Individu dianggap memiliki konsep diri yang stabil, jika dalam setiap waktu ia mampu melihat kondisinya dalam keadaan yang sama. Jika seseorang ingin mengembangkan kebiasaan penerimaan diri, ia harus melihat dirinya sendiri dalam suatu cara yang menyenangkan untuk menguatkan konsep dirinya, sehingga sikap penerimaan diri itu akan menjadi suatu kebiasaan (Hurlock, 2006).

2.1.5 Tahapan penerimaan diri

Proses seorang individu untuk dapat menerima dirinya tidak dapat muncul begitu saja, melainkan terjadi melalui serangkaian proses secara bertahap. Tahapan penerimaan diri terjadi dalam 5 fase, antara lain (Germer, 2009):

1. Penghindaran (*Aversion*)

Pertama-tama, reaksi naluriah seorang individu jika dihadapkan dengan perasaan tidak menyenangkan (*uncomfortable feeling*) adalah menghindar, contohnya kita selalu memalingkan pandangan kita saat kita melihat adanya pemandangan yang tidak menyenangkan. Bentuk penghindaran tersebut dapat terjadi dalam beberapa cara, dengan melakukan pertahanan, perlawanan, atau perenungan.

2. Keingintahuan (*Curiosity*)

Setelah melewati masa aversion, individu akan mengalami adanya rasa penasaran terhadap permasalahan dan situasi yang mereka hadapi sehingga mereka ingin mempelajari lebih lanjut mengenai permasalahannya tersebut walaupun hal tersebut membuat mereka merasa cemas.

3. Toleransi (*Tolerance*)

Pada tahap ketiga ini, individu akan menahan perasaan tidak menyenangkan yang mereka rasakan sambil berharap hal tersebut akan hilang dengan sendirinya.

4. Membiarkan Begitu Saja (*Allowing*)

Setelah melalui proses bertahan akan perasaan tidak menyenangkan telah selesai, individu akan mulai membiarkan perasaan

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

tersebut datang dan pergi begitu saja. Individu secara terbuka membiarkan perasaan itu mengalir dengan sendirinya.

5. Persahabatan (*Friendship*)

Seiring dengan berjalannya waktu, individu akan mulai bangkit dari perasaan tidak menyenangkan tadi dan mencoba untuk dapat memberi penilaian atas kesulitan tersebut. Bukan berarti ia merasakan kemarahan, melainkan individu dapat merasa bersyukur atas manfaat yang didapatkan berdasarkan situasi ataupun emosi yang hadir.

2.2 Konsep Terapi Hemodialisa

2.2.1 Pengertian hemodialisa

Hemodialisa adalah suatu prosedur yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut. Proses dialisa menyebabkan pengeluaran cairan dan sisa metabolisme dalam tubuh serta menjaga keseimbangan elektrolit dan produk kimiawi dalam tubuh (Ignatavicius and Workman, 2006).

Hemodialisa merupakan salah satu bentuk terapi pengganti pada pasien dengan kegagalan fungsi ginjal, baik yang sifatnya akut maupun kronik atau pada stadium gagal ginjal terminal dengan bantuan mesin hemodialisa. Hemodialisa berasal dari bahasa Yunani, hemo berarti darah dan dialisa berarti pemisahan atau filtrasi. Secara klinis hemodialisa adalah proses pemisahan zat-zat tertentu (toksik uremik) dari darah melalui membran semipermeabel di dalam ginjal buatan yang disebut dialiser dan selanjutnya dibuang melalui cairan dialiser yang disebut dialisat. Proses pemisahan (penyaringan) sisa-sisa metabolisme melalui selaput

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

semipermeabel dalam dialysis mesin dialiser. Darah yang sudah bersih dipompa kembali ke dalam tubuh (Cahyaningsih, 2009).

2.2.2 Ulasan sejarah hemodilisa

Ginjal buatan pertama dikembangkan pada tahun 1943 di Belanda. Pada 1960 pengobatan sukses pertama klien dengan ESRD dilaporkan. Pada tahun-tahun awal, walaupun teknologi telah tersedia, harganya terlalu tinggi dan kurangnya perangkat diperlukan proses seleksi yang ketat dalam memilih klien untuk hemodialisis. Klien disaring berdasarkan motivasi, kecerdasan, stabilitas emosi, dan potensi rehabilitasi. Intinya, harus diputuskan siapa diantara calon berpotensi yang paling bisa dengan baik mengatasi program dan siapa yang akan membuat kontribusi terbesar dalam masyarakat. Pada 1972 diperlukan amandemen terhadap *Social Security Act* bahwa siapa pun klien dengan ESRD dapat menjalani pengobatan yang diperlukan untuk menyelamatkan jiwa. Pada 1973 Medicare memikul tanggung jawab financial untuk banyak klien yang menerima hemodialisis. Dengan demikian pengobatan untuk klien dengan ESRD menjadi tersedia secara luas dan populasi yang menerima hemodialisis mewakili kelompok silang usia, berpotensi rehabilitasi, dan status sosioekonomi. Terus menjadi perdebatan tentang seleksi kandidat yang tepat, ketika akan dimulai, dan kapan serta bagaimana berhentinya (Joyce and Jane, 2014).

2.2.3 Tujuan hemodilisa

Tujuan hemodialisa adalah untuk mempertahankan kehidupan dan kesejahteraan pasien sampai fungsi ginjal pulih kembali. Metode terapi mencakup hemodialisis, hemofiltrasi dan peritoneal dialysis. Hemodialisis dapat dilakukan

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

pada saat toksin atau zat racun harus dikeluarkan untuk mencegah kerusakan permanen atau menyebabkan kematian. Hemofiltrasi digunakan untuk mengeluarkan cairan yang berlebihan (Cahyaningsih, 2009).

Tujuan hemodialisis adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah yang penuh dengan toksin dan limbah nitrogen dialihkan dari tubuh pasien ke dialiser tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan lagi ke tubuh pasien. Aliran darah akan melewati tubulus tersebut sementara cairan dialisat bersirkulasi di sekitarnya. Pertukaran limbah dari darah ke dalam cairan dialisat akan terjadi membran semipermeabel tubulus. Proses hemodialisis dilakukan 1-3 kali dalam seminggu di rumah sakit dengan memerlukan waktu sekitar 2-45 jam setiap kali hemodialisis (Syamsyir and Hadibroto, 2007).

2.2.4 Indikasi hemodialisa

Hemodialisis diindikasikan pada klien dalam keadaan akut yang memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau klien dengan penyakit ginjal tahap akhir yang membutuhkan terapi jangka panjang/permanen (Smeltzer and Bare, 2008). Keputusan untuk inisiasi terapi dialisis berdasarkan parameter laboratorium bila LFG antara 5 dan 8 ml/menit/1.73 m². Secara umum indikasi hemodialisis pada gagal ginjal kronis adalah: 1) LFG kurang dari 15 ml/menit; 2) hiperkalemia; 3) asidosis metabolik; 4) kegagalan terapi konservatif; 5) kadar ureum lebih dari 200 mg/dL dan kreatinin lebih dari 6 mEq/L; 6) kelebihan cairan berat, oedem seluruh tubuh; 7) oedem paru.

Etiologi gagal ginjal kronis menurut (Muttaqin, 2011) adalah:

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

- 1) Penyakit dari luar ginjal: (1) penyakit pada saringan (glomerulus); glomerulonefritis; (2) infeksi kuman: pyelonefritis, ureteritis; (3) batu ginjal; nefrolitiasis; (4) kista di ginjal: *polycystic kidney*; (5) trauma langsung pada ginjal; (6) keganasan pada ginjal; (7) sumbatan: batu, tumor, penyempitan/striktur.
- 2) Penyakit umum di luar ginjal: (1) penyakit sistemik: diabetes militus, hipertensi, kolesterol tinggi; (2) dyslipidemia; (3) SLE; (4) infeksi di badan: TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis; (5) pre eklamsi; (6) obat-obatan; (7) kehilangan banyak cairan yang mendadak.

Manifestasi klinis stadium awal gagal ginjal bergantung pada prose penyakit dan faktor-faktor yang berkontribusi. Oleh karena kerusakan nefron berkembang menjadi ESRD, manifestasi dijelaskan menjadi sindrom uremia. Manifestasi klinis CKD stadium 5 muncul di seluruh tubuh. Kulit pucat, kaki bengkak dan mual muntah dapat terjadi. Tidak ada sistem organ yang tersisa. Perubahan ginjal termasuk ketidak mampuan ginjal mengonsentrasikan urine dan mengatur pengeluaran elektrolit. Poliuri berkembang menjadi anurina, dan klien kehilangan pola pengosongan diurnal normal. Selanjutnya, seluruh fungsi ginjal, seperti pengaturan keseimbangan asam basa, pengaturan tekanan darah, sintesis 1,25-dihidroksikolekalsiferol, biogenesis eritropoetin, degradasi insulin, dan sintesis prostaglandin rusak (Joyce and Jane, 2014).

Penyakit ginjal kronik mengakibatkan berbagai komplikasi yang manifestasinya sesuai dengan derajat penurunan fungsi ginjal yang terjadi (Suwitra, 2006).

a. Anemia

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Anemia terjadi pada 80-90% pasien penyakit ginjal kronik. Anemia pada penyakit ginjal kronik terutama disebabkan oleh defisiensi eritropoitin. Penatalaksanaan terutama ditujukan pada penyebab utamanya, disamping penyebab lain bila ditemukan. Pemberian eritropoipin (EPO) merupakan hal yang dianjurkan. Dalam pemberian EPO ini status besi harus selalu mendapat perhatian karena EPO memerlukan besi dalam mekanisme kerjanya. Pemberian transfusi pada penyakit ginjal kronik harus dilakukan secara hati-hati, berdasarkan indikasi yang tepat dan pemantauan yang cermat. Transfusi darah yang dilakukan secara tidak cermat dapat mengakibatkan kelebihan cairan tubuh, hiperkalemia dan pemburukan fungsi ginjal sasaran hemoglobin menurut berbagai studi klinik adalah 11-12 g/dl.

b. Osteodistrofi renal

Osteodistrofi Renal merupakan komplikasi penyakit ginjal kronik yang sering terjadi. Penatalaksanaan Osteodistrofi Renal dilaksanakan dengan cara mengatasi hiperfosfatemia dan pemberian hormone Kalsitriol ($1.25(\text{OH})_2\text{D}_3$). Penatalaksanaan hiperfosfatemia meliputi pembatasan asupan fosfat, pemberian pengikat fosfat dengan tujuan absorpsi fosfat disaluran cerna. Dialisis yang dilakukan pada pasien dengan gagal ginjal juga ikut berperan dalam mengatasi hiperfosfatemia.

2.2.5 Prinsip dan proses hemodilisa

Prinsip hemodialisis terdiri atas difusi, konveksi dan ultrafiltrasi. Difusi merupakan proses perpindahan molekul dari konsentrasi tinggi ke konsentrasi tekanan rendah. Molekul dengan berat molekul lebih besar akan berdifusi lebih lambat dibanding molekul dengan berat molekul rendah. Kecepatan perpindahan

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

zat terlarut tersebut, makin tinggi bila: 1) perbedaan konsentrasi kedua kompartemen makin besar, 2) diberi tekanan hidrolis pada kompartemen darah, dan 3) tekanan osmotik di kompartemen cairan dialisis lebih tinggi. (Sudoyo, 2009).

Konveksi merupakan proses perpindahan zat terlarut dalam cairan. Ciran akan bergerak keluar melewati membran semipermeabel buatan (dialiser) selama proses dialisis terjadi. Tekanan hidrostatik terjadi pada proses ultrafiltrasi, dimana cairan akan bergerak melewati membran semipermeabel. Pada proses dialisis ini klien akan terpapar dengan cairan dialisis sebanyak 120-150 liter/dialisis. Kandungan zat terlarut didalam cairan dialisis juga perlu diperhatikan sesuai dengan batas yang dapat di toleransi, karena zat-zat dengan berat molekul ringan akan dengan mudah berdifusi ke dalam darah klien selama proses dialisis (Sudoyo, 2009).

Terdapat 2 jenis cairan dialisis yang sering digunakan yaitu cairan asetat dan bikarbonat. Asetat yang digunakan dapat mengakibatkan timbulnya suasana asam didalam darah yang akan menimbulkan vasodilatasi sehingga mempengaruhi vasokonstriksi pembuluh darah untuk memperbaiki hemodinamik. Proses pengeluaran darah dari tubuh ke dalam dialiser memerlukan heparin, karena proses tersebut dapat menimbulkan aktivasi koagulasi darah dan menimbulkan terbentuknya bekuan darah (Thomas, 2008).

Sebelum HD dilakukan pengkajian pradialisis, dilanjutkan dengan menghubungkan klien dengan mesin HD dengan memasang *blood line* dan jarum ke akses vaskuler klien, yaitu akses untuk jalan keluar darah ke dialiser dan akses masuk darah ke dalam tubuh. *Arterio Venous (AV) Fistula* adalah akses vaskuler

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

yang direkomendasikan karena cenderung lebih aman dan juga nyaman bagi klien (Thomas, 2008).

Setelah *blood line* dan akses akses vaskuler terpasang, proses HD dimulai. Saat dialisis darah dialirkan ke luar tubuh dan disaring di dalam dialiser. Darah mulai mengalir dibantu pompa darah. Cairan normal salin diletakkan sebelum pompa darah untuk mengantisipasi adanya hipotensi intradialisis. Infus heparin diletakkan sebelum atau sesudah pompa tergantung peralatan yang digunakan. Darah mengalir dari tubuh melalui akses arterial menuju ke dialiser sehingga terjadi pertukaran darah dan zat sisa. Darah harus dapat keluar dan masuk tubuh pasien dengan kecepatan 200-400 ml/menit (Price and Wilson, 2002).

Proses selanjutnya darah akan meninggalkan dialiser. Darah yang meninggalkan dialiser akan melewati detektor udara. Darah yang sudah disaring kemudian dialirkan kembali kedalam tubuh melalui akses venosa. Dialisis diakhiri dengan penghentian darah dari pasien, membuka selang normal salin dan membilas selang untuk mengembalikan darah pasien. Pada akhir dialisis, sisa akhir metabolisme dikeluarkan, keseimbangan elektrolit tercapai dan *buffer system* telah diperbarui (Smeltzer, 2013).

2.2.6 Komplikasi hemodialisa

1. Komplikasi akut hemodialisa

Komplikasi yang terjadi selama hemodialisis berlangsung. Komplikasi yang sering terjadi adalah hipotensi, kram otot, mual dan muntah, sakit kepala, sakit dada, sakit punggung, gatal, demam, dan menggigil. Komplikasi yang jarang terjadi misalnya sindrom disequilibrium, reaksi dialiser, aritmia, tamponade

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

jantung, perdarahan intrakranial, kejang, hemolisis, emboli udara, neutropenia, serta aktivasi komplemen akibat dialisis 4 jam (Sudoyo, 2009).

2. Komplikasi kronis hemodialisa

Hemodialisis kronis dapat menyebabkan beberapa komplikasi diantaranya adalah masalah teknis (seperti kebocoran darah, pemanasan berlebihan larutan dialisis, kehilangan cairan yang tidak mencukupi, konsentrasi yang tidak tepat akan garam dalam dialisat, dan penggumpalan), hipotensi atau hipertensi, kekacauan ritme jantung karena ketidakseimbangan kalsium, emboli udara, perdarahan karena heparinisasi dengan masalah khusus perdarahan (subdural, retroperitoneal, dan intraokuler), *Restless leg syndrom*, reaksi pirogenis (Black and Hawk, 2005).

2.3 Konsep Penerimaan Diri Pasien Terapi Hemodialisa

Pasien dengan penyakit kronis dapat berdampak kepada gangguan mental emosional. Risiko gangguan mental emosional semakin tinggi bersamaan dengan semakin banyak jumlah penyakit kronis yang diderita oleh responden. Responden yang menderita satu penyakit kronis berisiko 2,6 kali lebih besar untuk mengalami gangguan mental emosional. Risiko gangguan mental emosional lebih besar pada mereka yang mempunyai riwayat keluarga dengan gangguan jiwa, jenis kelamin perempuan, perokok dan peminum alkohol, pendidikan rendah, tidak bekerja, janda/ duda yang cerai mati atau cerai hidup, dan kelompok usia tua atau diatas 55 tahun (Widakdo and Besral, 2013). Dan terbukti bahwa ESRD berpengaruh membawa beban emosional, fisik, psikologis, sosial, dan eksistensial individu (Finnegan-John and Thomas, 2012).

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Terapi HD sangat berdampak pada pasien. Penelitian menunjukkan ada perbedaan tingkat kualitas hidup pasien GGK pada dimensi fisik sebelum dan sesudah menjalani HD, ada perbedaan tingkat kualitas hidup pasien GGK pada dimensi psikologis sebelum dan sesudah menjalani HD, ada perbedaan tingkat kualitas hidup pasien GGK pada dimensi sosial sebelum dan sesudah menjalani HD, dan ada perbedaan tingkat kualitas hidup pasien GGK pada dimensi lingkungan sebelum dan sesudah menjalani HD (Mahmudah, Cahyati and Wahyuningsih, 2013).

Penerimaan diri berhubungan dengan peningkatan resiko hasil klinis yang buruk. Pengetahuan dan pengelolaan psikologis yang cepat dapat memperbaiki hasil klinis pasien GGK (Chiang *et al.*, 2015). Penilaian ulang memiliki asosiasi klinis dan psikososial yang lebih positif daripada penekanan. Strategi emosional yang digunakan oleh pasien hemodialisis memiliki implikasi penting bagi kesejahteraan dan manajemen penyakit (Gillanders *et al.*, 2008).

Berikut penjelasan mengenai faktor yang mempengaruhi penerimaan diri pasien hemodialisa beserta dampak yang terjadi. Faktor yang mempengaruhi antara lain faktor demografi, faktor pengetahuan, faktor dukungan, dan faktor persepsi individu.

a. Umur

Penderita yang dalam usia produktif merasa terpacu untuk sembuh mengingat dia masih muda mempunyai harapan hidup yang lebih tinggi, sebagai tulang punggung keluarga, sementara yang tua menyerahkan keputusan pada keluarga atau anak-anaknya. Tidak sedikit dari mereka merasa sudah tua, capek hanya menunggu waktu, akibatnya mereka kurang motivasi dalam

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

menjalani terapi hemodialisa. Usia juga erat kaitannya dengan prognose penyakit dan harapan hidup mereka yang berusia diatas 55 tahun kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal sangat besar bila dibandingkan dengan yang berusia dibawah 40 tahun (Butar-butar and Siregar, 2011). Penelitian lain menunjukkan bahwa pasien hemodialisis mempresentasikan statististik psikologis yang berbeda-beda disetiap tahapan fisiknya (Niu and Liu, 2017).

b. Jenis kelamin

Karakteristik individu yang lain dilihat dari jenis kelamin, bahwa perempuan lebih banyak menderita penyakit gagal ginjal kronik, sedangkan laki-laki lebih rendah dan responden laki-laki mempunyai kualitas hidup lebih jelek dibandingkan perempuan, semakin lama menjalani terapi hemodialisa akan semakin rendah kualitas hidup penderita.

Didukung oleh penelitian lain bahwa strategi koping yang lebih luas yang digunakan oleh wanita dapat dikaitkan dengan penyangga hubungan antara stress yang dirasakan dan kualitas hidup. Pria dengan GGK mungkin mendapat manfaat dari intervensi yang tidak hanya mengurangi stress, tetapi juga memfasilitasi penggunaan strategi koping yang lebih luas untuk mengurangi stress dan meningkatkan kualitas hidup (Gemmell *et al.*, 2016).

c. Tingkat pendidikan

Pada penderita yang memiliki pendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas juga memungkinkan pasien itu dapat mengontrol dirinya dalam mengatasi masalah yang di hadapi, mempunyai rasa percaya diri yang tinggi, berpengalaman, dan mempunyai perkiraan yang tepat bagaimana

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

mengatasi kejadian, mudah mengerti tentang apa yang dianjurkan oleh petugas kesehatan, serta dapat mengurangi kecemasan sehingga dapat membantu individu tersebut dalam membuat keputusan (Butar-butur and Siregar, 2011).

d. Penghasilan

Pekerjaan saat erat kaitanya dengan penghasilan. Penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar transportasi (Butar-butur and Siregar, 2011).

Penelitian lain menjelaskan bahwa orang dengan non-religius, tidak memiliki pekerjaan atau pasangan, tingkat pendidikan rendah, tingkat hematokrit dan albumin rendah, dan *self-perceived* yang rendah berhubungan dengan persepsi yang buruk (Gesualdo *et al.*, 2017).

e. Pengetahuan

Baiknya pemahaman pasien tentang penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisis melalui pemahaman akan pengalaman riwayat dahulu. Mekanisme koping yang dilakukan untuk meminimalisir terjadinya defisit perawatan diri serta upaya pasien hemodialisis dalam pemenuhan kebutuhan dan pengoptimalan kondisi tubuh berbeda-beda. Pasien hemodialisis diharapkan mampu memenuhi kebutuhan *self-care* dengan cara disiplin dalam mengontrol keseimbangan cairan dan nutrisi dalam tubuh (Hidayati and Wahyuni, 2012).

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Didukung oleh penelitian bahwa pengetahuan modern dan kekuatan profesional kesehatan atas perawatan telah memaksa klien untuk percaya dan menerima pendapat ahli kesehatan. Klien tidak memiliki kekuatan untuk mempengaruhi keputusan perawatan dan menyesuaikan diri dengan penyakit mereka (Lin, Han and Pan, 2015).

f. Dukungan sosial

Dukungan sosial yang dibutuhkan pasien hemodialisa berbeda dengan dukungan sosial yang diterima oleh pasien hemodialisa, dimana dukungan yang diterima oleh pasien hemodialisa lebih kecil daripada yang dukungan yang mereka butuhkan. Perbedaan ini terjadi dalam dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan emosional dan dukungan dari kelompok sosial, lebih khusus lagi dalam hal keringanan biaya, bantuan obat-obatan, informasi umum tentang penyakit gagal ginjal terminal, informasi tentang perawatan hemodialisa, hiburan, dikunjungi oleh orang lain, bercerita tentang rasa sakit dan sedih dan partisipasi dalam kegiatan sosial (Lubis and Psikologi, 2006). Ditambah dengan dukungan keluarga. Penelitian menjelaskan bahwa semakin baik dukungan keluarga yang diberikan maka semakin ringan tingkat depresi klien gagal ginjal kronis dengan hemodialisis (Pratiwi, 2014). Dengan adanya motivasi juga akan meningkatkan harga diri pasien hemodialisa, telah dibuktikan dalam penelitian bahwa ada pengaruh yang signifikan antara *self esteem* dan optimisme untuk penyembuhan pasien hemodialisis (Wati and Purba, 2017).

g. Persepsi Keseriusan

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Perilaku untuk mencari pengobatan atau mencegah penyakit apabila ia merasa bahwa penyakitnya tersebut parah (Edberg, 2009). Pasien hemodialisa yang memiliki persepsi keseriusan yang baik, memiliki penerimaan diri yang baik. Pasien tau bahwa penyakit gagal ginjal kronis adalah penyakit yang serius. Sehingga perlu dilakukan terapi sesuai jadwal, agar tidak memperparah kondisi ginjalnya. Pemikiran yang realistis dan ada tidaknya identifikasi seseorang masuk dalam persepsi keseriusan.

h. Persepsi Kerentanan

Perilaku untuk mencari pengobatan atau mencegah penyakit apabila ia merasa rentan terhadap masalah penyakit tersebut (Edberg, 2009). Pasien hemodialisa dengan persepsi kerentanan yang baik, akan merasa bahwa sangat penting mematuhi instruksi dokter terkait penyakitnya. Mengerti bahwa dirinya rentan tanpa adanya rasa minder, akan meningkatkan kepatuhan regimen medis. Adanya pemahaman tentang diri sendiri, pola asuh masa kecil dan perspektif diri masuk dalam persepsi kerentanan.

i. Persepsi Manfaat

Pemikiran adanya manfaat dari perilaku untuk mencari pengobatan atau mencegah penyakit (Edberg, 2009). Sikap lingkungan seseorang, frekuensi keberhasilan, dan konsep diri yang stabil masuk dalam persepsi manfaat. Dengan persepsi individu akan manfaat dari terapi hemodialisa, dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

Kualitas hidup pasien mengalami fluktuasi berdasarkan tahapan adaptasi terhadap hemodialisis dan penyakit. Namun sebagian besar pasien menjalani hemodialisis lebih dari 12 bulan memiliki kualitas hidup yang cukup karena

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

pasien sudah terbiasa dengan terapi beserta gejala dan komplikasi yang dirasakannya. Tetapi ada faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup seperti jenis kelamin, status pernikahan dan tingkat pendidikan. Pasien juga diharapkan mematuhi anjuran dan larangan yang diberikan guna meningkatkan kualitas hidup pasien (Purwati and Wahyuni, 2015).

Dalam penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan antara citra tubuh dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. adanya perubahan fungsi struktur tubuh dan adanya tindakan hemodialisis akan menyebabkan pasien GGK mengalami gangguan citra tubuh. Hal ini disebabkan karena koping pasien yang maladaptif. Perubahan tubuh yang dialami oleh pasien tersebut seperti kulit yang kering dan menghitam, bengkak pada mata, perut, tangan dan kaki, nafas berbau gas atau bau pesing, kulit yang terasa gatal, serta lumpuh akibat kaki yang mengecil (Oxtavia and Lestari, 2013). Dan program inokulasi stress adalah metode yang fungsional, aman dan terjangkau untuk meningkatkan harga diri pasien hemodialisa (Mehri *et al.*, 2017).

j. Persepsi Hambatan

Hambatan yang mungkin akan dijumpai selama melakukan tindakan (Edberg, 2009). Tidak adanya hambatan di dalam lingkungan dan ada tidaknya tekanan yang berat masuk dalam persepsi hambatan.

Penyandang gagal ginjal tidak mudah dan membutuhkan proses dan waktu untuk menerima keadaan dirinya yang menderita gagal ginjal. Keterbatasan

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

penyandang gagal ginjal dalam segi fisik membuat mereka terbatas dalam melakukan aktivitas yang berhubungan dengan diri sendiri maupun aktivitas sosial. Hal tersebut tergantung dari kondisi fisik yang masih mampu dicapai. Nantinya mempengaruhi dimensi otonomi dan penguasaan lingkungan yang mereka lakukan. Penyandang gagal ginjal akan mengarahkan aktivitasnya untuk tujuan hidup ketika mereka yakin mereka mampu mencapainya dan sebaliknya. Dengan keyakinan itu pula penyandang gagal ginjal dapat mengembangkan diri mereka secara personal (Aini and Asiyah, 2013).

2.4 Teori Keperawatan

2.4.1 Teori adaptasi Roy

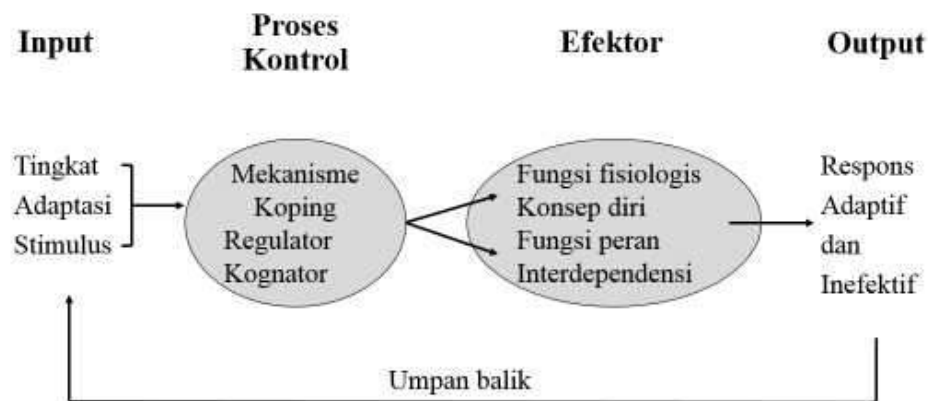
Model Roy berfokus pada adaptasi manusia. Konsep-konsepnya mengenai keperawatan manusia, kesehatan, dan lingkungan saling berhubungan dengan adaptasi sebagai konsep sentralnya. Manusia mengalami stimulus lingkungan secara terus-menerus. Pada akhirnya, manusia memberikan respon dan adaptasi pun terjadi. Respon ini dapat berupa respon adaptif ataupun respon inefektif. Respon adaptif meningkatkan integritas dan membantu manusia dalam mencapai tujuan adaptasi, yaitu untuk bertahan hidup, tumbuh, berkembangbiak, menguasai, serta transformasi seseorang dan lingkungannya. Respon inefektif gagal meraih tujuan adaptasi tersebut atau bahkan mengancam pencapaian tujuan. Keperawatan memiliki tujuan yang unik untuk membantu upaya adaptasi seseorang dengan mengelola lingkungannya. Hasilnya adalah pencapaian tingkat kesejahteraan optimal seseorang (Alligood, 2017).

Sebagai suatu sistem terbuka, manusia menerima input atau stimulus baik dari lingkungan atau dalam diri sendiri. Tingkat adaptasi ditentukan oleh

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

kombinasi efek stimulus fokal, konstektual, dan residual. Adaptasi terjadi pada saat seseorang berespon secara positif terhadap lingkungan. Respons adaptif ini meningkatkan integritas seseorang, yang akan membawanya menuju sehat. Di sisi lain, respons inefektif akan mengarah pada gangguan integritas seseorang (Alligood, 2017).

Terdapat dua subsistem yang saling berhubungan dalam model Roy. Subsistem proses primer, fungsional, atau kontrol terdiri dari regulator dan kognator. Sedangkan subsistem sekunder dan efektor terdiri dari empat mode adaptif berikut: (1) kebutuhan fisiologis, (2) konsep diri, (3) fungsi peran, dan (4) interdependensi (Alligood, 2017).



Gambar 2.1 Kerangka Teori Adaptasi Roy (Alligood, 2017)

Roy memandang regulator dan kognator sebagai metode koping. Subsistem koping regulator, dengan mode adaptif fisiologis, “berespons secara otomatis melalui proses koping neurologis, kimiawi dan endokrin”. Subsistem koping kognator dengan mode adaptif konsep diri, interdependensi, dan fungsi peran, “berespons melalui empat saluran kognitif-emosi yaitu: pemrosesan informasi yang diterima, pembelajaran penilaian, dan emosi” (Alligood, 2017).

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Empat mode adaptif dari dua subsistem dalam model Roy memberikan bentuk atau manifestasi dari aktifitas kognator dan regulator. Respons terhadap stimulus dilakukan melalui empat mode adaptif. Mode adaptif fisiologis-fisik berhubungan dengan cara manusia berinteraksi dengan lingkungannya melalui proses-proses fisiologis untuk memenuhi kebutuhan dasar akan oksigenasi, nutrisi, eliminasi aktivitas dan istirahat, serta perlindungan. Mode adaptasi konsep diri identitas kelompok berhubungan dengan kebutuhan untuk mengetahui siapa diri ini dan bagaimana bertindak dalam masyarakat. Konsep diri individu didefinisikan oleh Roy sebagai “kumpulan keyakinan atau perasaan yang dimiliki individu mengenai ia atau dirinya pada waktu tertentu”. Konsep diri individu terdiri atas diri secara fisik (sensasi tubuh dan citra tubuh) serta diri secara personal (konsistensi diri, ideal diri, dan moral-etik-spiritual diri). Mode adaptif fungsi peran digambarkan sebagai peran primer, sekunder, dan tersier yang ditampilkan individu dalam masyarakat. Suatu peran merupakan harapan tentang bagaimana seseorang berperilaku terhadap orang lain. Mode adaptif interdependensi menggambarkan interaksi orang-orang dalam masyarakat. Tugas utama dari mode interdependensi adalah sebagai seseorang untuk memberi dan menerima cinta, rasa hormat, dan nilai. Komponen yang paling penting dari mode interdependensi adaptif adalah orang terdekat dari individu tersebut (misalnya pasangan, anak, teman, atau Tuhan) serta sistem pendukung sosial yang dimilikinya. Manfaat dari keempat mode adaptif ini adalah untuk mencapai integritas fisiologis, psikososial, dan sosial. Empat mode ini saling berkaitan melalui persepsi (Alligood, 2017).

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Untuk menjelaskan pencapaian output penerimaan diri dari teori ini, masing-masing faktor atau input memiliki proses yang berbeda. Pada mekanisme koping regulator terjadi empat proses dan mekanisme koping kognator juga terjadi empat proses. Proses yang terjadi pada subsistem regulator antara lain:

1. Menuju pada efektor fungsi fisiologis, antara lain:
 - a. Perbedaan struktur otak

Berikut adalah tabel perbedaan struktur otak pada laki-laki dan perempuan (Susan B, 2002)

Tabel 2.1 Perbedaan struktur otak laki-laki dan perempuan

	Laki-laki	Perempuan
Lobus temporal Daerah korteks serebral membantu mengendalikan pendengaran, ingatan dan kesadaran seseorang akan diri dan waktu	Pada laki-laki yang secara kognitif normal, sebagian kecil daerah pada lobus temporal memiliki neuron sekitar 10% lebih kecil dibandingkan neuron yang dimiliki otak perempuan	Neuron yang terletak di daerah temporal, di tempat dimana bahasa, melodi, dan nada bicara dimengerti lebih banyak
Korpus kolosum Jembatan utama antara otak kiri dan otak kanan berisi seberkas neuron yang membawa pesan antara kedua hemisfer otak	Volume bagian otak ini pada laki-laki lebih kecil dari volume pada otak perempuan, artinya komunikasi yang terjadi antara kedua hemisfer otak lebih sedikit	Bagian belakang kolosum dalam otak perempuan lebih besar dari yang ada pada otak laki-laki. Ini menerangkan mengapa perempuan memakai kedua sisi otaknya untuk bahasa
Komisura anterior Kumpulan sel saraf ini, lebih kecil dari korpus kalosum, juga menghubungkan kedua hemisfer otak	Komisura milik laki-laki lebih kecil dari komisura perempuan, meskipun ukuran otak laki-laki rata-rata lebih besar dibandingkan otak perempuan	Komisura perempuan lebih besar dari komisura laki-laki, yang mungkin menyebabkan hemisfer serebral mereka terlihat seperti bekerjasama untuk menjalankan tugas yang berkenaan dengan bahasa sampai respons emosional

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Hemisfer otak	Hemisfer kanan otak laki-laki cenderung lebih dominan	Perempuan cenderung menggunakan otak secara lebih holistik, sehingga menggunakan kedua hemisfernya secara serentak.
Sisi kiri otak yang mengendalikan bahasa, dan sisi kanan otak adalah tempat emosi		
Ukuran otak	Otak laki-laki, rata-rata lebih besar dari otak perempuan	Otak perempuan rata-rata lebih kecil dari otak laki-laki karena struktur anatomi seluruh tubuh mereka lebih kecil. Akan tetapi, neuron mereka lebih banyak dari pada neuron laki-laki (seluruhnya 11%) yang berjejalan di dalam korteks serebral
Berat otak kira-kira 1,35 kg		

b. Kematangan otak

Hingga usia dewasa awal (19-40 tahun), kematangan otak manusia sudah tercapai. Terutama, pada bagian korteks prefrontal, yang berfungsi sebagai pusat perencanaan (*planning*), mencari jalan keluar (*problem solving*), nalar, emosi, gerakan dan sebagai pusat bicara manusia. Itu artinya, masih ada banyak kesempatan yang mendukung tumbuh kembang otak selama proses maturitas otak masih berjalan (Guyton and Hall, 2008).

2. Menuju pada efektor konsep diri, fungsi peran dan interdependensi :

a. Stereotip maskulinitas dan feminitas

Ketegangan peran dapat berasal dari nilai-nilai, keyakinan, perilaku, dan stereotip tentang peran gender. Sebagai contoh, perempuan mungkin dianggap kurang kompeten, kurang mandiri, kurang objektif, dan kurang logis dari pada pria. Pria mungkin dianggap kurang sensitivitas dalam hubungan interpersonal, kehangatan dan ekspresif, serta stereotip sifat

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

maskulin mungkin dianggap lebih diinginkan daripada stereotip feminin. Persepsi ini sampai-sampai mencerminkan standart sosial dari perilaku peran gender, baik perempuan maupun laki-laki dimasukkan ke dalam konflik peran oleh perbedaan standart. Seorang perempuan yang mengadopsi perilaku yang dianggap cocok bagi seorang pria beresiko mendapat kritik atas kegagalannya menjadi feminin. Jika dia mengadopsi perilaku yang tampak sebagai feminin, ia kurang dalam nilai-nilai yang berhubungan dengan maskulinitas. Demikian juga, jika seseorang laki-laki mengadopsi perilaku sebagai seorang perempuan, maskulinitas dan seksualitasnya mungkin dipertanyakan, dan kontribusinya mungkin didevaluasi atau diabaikan. Jika seorang laki-laki mengadopsi perilaku yang terkait dengan maskulinitas, ia beresiko tidak bisa mengungkapkan kehangatan, kelembutan, dan responsif (Stuart, 2016).

b. Transisi perkembangan

Transisi perkembangan adalah perubahan normal yang terkait dengan pertumbuhan. Berbagai tahap perkembangan dapat memacu ancaman terhadap identitas diri. Masa remaja adalah masa yang paling kritis, karena merupakan masa pergolakan, perubahan, cemas, dan rasa tidak aman. Ancaman serius bagi identitas pada masa dewasa adalah diskontinuitas budaya. Hal ini terjadi ketika seseorang berpindah dari suatu latar belakang budaya ke latar belakang budaya yang lain dan mengalami pergolakan emosi. Masalah dalam dalam struktur sosial, seperti gejala politik, depresi ekonomi, dan pengangguran yang tinggi, dapat menimbulkan ancaman terhadap konsep diri seseorang. Pada orang usia

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

lanjut, masalah konsep diri muncul kembali. Pensiun dan meningkatnya cacat fisik adalah masalah dimana seseorang harus bekerja keluar dari respons adaptif (Stuart, 2016).

Proses yang terjadi pada subsistem kognator antara lain:

1. Menuju pada efektor fungsi fisiologis, antara lain:

a. Intelegensia

Area asosiasi somatik, visual, dan auditorik, semuanya saling bertemu satu sama lain di bagian posterior lobus temporalis superior, tempat lobus temporalis, parietalis dan oksipitalis bertemu. Daerah pertemuan dari berbagai area interpretasi sensorik ini terutama berkembang pada sisi otak yang dominan (otak kiri pada hampir semua orang dengan tangan kanan) dan area ini sangat berperan pada fungsi pemahaman otak yang lebih tinggi (fungsi luhur) dalam setiap bagian korteks serebri, fungsi ini kita sebut intelegensia (berpikir). Oleh karena itu, daerah ini sering disebut dengan berbagai nama yang menyatakan bahwa area ini mempunyai kepentingan menyeluruh antara lain area interpretasi umum, area gnostik, area pengetahuan, area asosiasi tersier, dan sebagainya. Namun, area ini lebih dikenal sebagai area *Wernick* guna menghormati ahli neurologi yang pertama kali menjelaskan makna khususnya pada proses intelektual (Guyton and Hall, 2008).

b. Mekanisme perilaku dan motivasi

Beberapa efek perilaku akibat perangsangan adalah sebagai berikut : 1) Perangsangan pada hipotalamus lateral tidak hanya mengakibatkan timbulnya rasa haus dan nafsu makan, tetapi juga meningkatkan besarnya

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

aktifitas umum, yang kadangkala menyebabkan timbul rasa marah yang sangat hebat dan keinginan untuk berkelahi, 2) Perangsangan pada nukleus ventromedial dan area disekelilingnya terutama mengakibatkan efek yang berlawanan dengan efek disebabkan oleh perangsangan pada hipotalamus lateral yakni menimbulkan rasa kenyang, menurunnya nafsu makan, dan ketenangan, 3) perangsangan pada zona tipis dari nuklei paraventrikular, yang terletak sangat berdekatan dengan ventrikel ketiga (atau bila disertai dengan perangsangan pada area kelabu di bagian tengah mesensefalon yang merupakan lanjutan dari bagian hipotalamus ini) biasanya menimbulkan rasa takut dan reaksi terhukum, 4) dorongan seksual dapat timbul bisa ada rangsangan pada beberapa area hipotalamus, khususnya pada sebagian besar bagian anterior dan posterior hipotalamus (Guyton and Hall, 2008).

2. Menuju pada efektor konsep diri, fungsi peran dan interdependensi :

a. Transisi sehat sakit

Transisi sehat sakit adalah pergerakan dari keadaan sehat ke keadaan sakit. Beberapa stress dapat menyebabkan gangguan citra tubuh dan perubahan terkait dalam konsep diri. Perubahan ukuran, bentuk atau penampilan tubuh dapat mengancam persepsi diri seseorang. Ancaman terhadap citra tubuh dapat dihasilkan dari proses patologis yang menyebabkan perubahan struktur atau fungsi tubuh. Perubahan fisik berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan normal juga mungkin menimbulkan masalah, karena beberapa prosedur medis atau keperawatan. Semua stresor ini dapat menimbulkan ancaman bagi citra tubuh, dengan hasil perubahan

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

pada harga diri dan persepsi peran. Faktor yang mempengaruhi derajat ancaman terhadap citra tubuh antara lain makna dari ancaman bagi klien, sejauh mana pola adaptasi klien terganggu, kemampuan coping dan sumber daya yang tersedia, serta sifat ancaman, tingkat perubahan, dan dimana itu terjadi (Stuart, 2016).

b. Sumber coping

Perawat dan klien penting untuk mempertimbangkan sumber coping yang memungkinkan. Semua orang tidak peduli seberapa jauh perilaku mereka terganggu, mereka memiliki beberapa area kelebihan personal. Kelebihan ini antara lain olahraga dan kegiatan diluar ruangan, hobi dan kerajinan, seni eksresif, kesehatan dan perawatan diri, pendidikan atau pelatihan, vokasi atau posisi, bakat khusus, intelegen, imajinasi dan kreativitas, hubungan interpersonal. Ketika aspek positif klien menjadi jelas, perawat harus berbagi hasil pengamatan dengan klien untuk memperluas kesadaran diri klien dan menyarankan area yang mungkin untuk tindakan di masa depan (Stuart, 2016).

2.4.2 Teori *Health Belief Model*

Resenstoch pada tahun 1974 serta Becker dan Maiman tahun 1975 memiliki teori model anggapan yang biasa disebut dengan *Health Belief Model*, yang membahas hubungan antara anggapan individu dan tingkah lakunya (Potter and Perry, 2010). Teori ini muncul didasarkan adanya masalah kesehatan yang ditandai oleh kegagalan masyarakat menerima usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh layanan kesehatan. *Health Belief Model* memiliki variabel yang terbatas dan fokus pada motivasi seseorang

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

terhadap keinginan untuk sehat (Griffin, 2012). Konstruksi HBM terdiri dari persepsi rentan terhadap penyakit, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan dan *self efficacy*.

Teori *Health Belief Model* (HBM) membahas hubungan antara anggapan individu dan tingkah lakunya. Model ini memungkinkan pemahaman dan perkiraan cara tingkah laku klien sehubungan dengan kesehatannya dan bagaimana mereka akan mematuhi suatu terapi layanan kesehatan (Potter and Perry, 2010).

Konstruksi HBM terdiri dari persepsi rentan terhadap penyakit, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan dan *self efficacy* dengan penjelasan sebagai berikut (Glanz, Rimer and Vishwanath, 2008):

a. Kerentanan yang dirasakan (*Perceived Susceptibility*)

Perceived Susceptibility adalah kerentanan yang dirasakan terhadap risiko yang akan muncul. Kerentanan yang diyakini oleh individu dan dia percaya bahwa dirinya termasuk individu beresiko terhadap suatu penyakit serta kemungkinan dirinya terkena suatu penyakit (Glanz, Rimer and Vishwanath, 2008). *Perceived susceptibility* juga bisa diartikan sebagai persepsi seseorang terhadap kemungkinan tertular penyakit (Sirait and Sarumpaet, 2013).

Agar seseorang melakukan suatu tindakan untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, individu tersebut harus merasakan bahwa dirinya rentan terhadap penyakit tersebut. Bisa juga diartikan sebagai suatu tindakan pencegahan terhadap suatu penyakit akan muncul bila seseorang telah merasakan bahwa dirinya atau keluarganya rentan terhadap penyakit tersebut (Notoatmodjo, 2010).

b. Keparahan/ keseriusan yang dirasakan (*Perceived Severity*)

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Perceived severity merupakan perasaan individu tentang keseriusan untuk tertular suatu penyakit, tentang pengobatannya, dampak kelanjutan dari penyakit tersebut serta dampak sosial yang dirasakan baik terhadap keluarga, teman dan masyarakat setempat (Glanz, Rimer and Vishwanath, 2008). *Perceived severity* disebut juga persepsi seseorang terhadap keseriusan suatu penyakit baik medis maupun sosial, seperti kematian atau dikucilkan dari teman dan keluarga (Sirait and Sarumpaet, 2013).

c. Manfaat yang dirasakan (*Perceived Benefits*)

Perceived Benefits merupakan persepsi tentang manfaat yang akan dirasakan jika berubah perilakunya. Seseorang tidak akan menerima tindakan kesehatan yang dianjurkan kepadanya kecuali bila ia yakin bahwa tindakan tersebut dapat mengurangi ancaman penyakit yang menguntungkan (Sirait and Sarumpaet, 2013). Individu akan merasakan apakah tindakan atau perilaku yang dilakukan ada manfaat baginya, dengan kata lain individu akan mempertimbangkan segala hal yang berkaitan dengan segala perilaku yang dilakukan (Glanz, Rimer and Vishwanath, 2008).

d. Hambatan yang dirasakan (*Perceived Barriers*)

Perceived Barriers merupakan segala sesuatu yang memperlambat individu dalam perubahan perilaku tertentu. Hal ini dapat dilihat dari segi biaya yang mahal, manfaat, pelayanan kesehatan yang tidak memuaskan dan tidak menyenangkan serta dukungan keluarga dan lainnya (Glanz, Rimer and Vishwanath, 2008).

e. Isyarat pada tindakan (*cues to action*)

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Cues to action adalah isyarat atau petunjuk yang diperlukan untuk berperilaku dalam tindakan pencegahan penyakit seperti pendidikan kesehatan yang diperoleh, pengalaman tentang penyakit tertentu yang terjadi pada individu yang berada di lingkungan sekitarnya, komunikasi serta media informasi (Glanz, Rimer and Vishwanath, 2008). Faktor-faktor lain berupa pesan-pesan pada media massa, nasehat atau anjuran dari orang terdekat dan sebagainya (Notoatmodjo, 2010).

Variabel lain yang mempengaruhi perilaku seseorang secara tidak langsung yaitu terdiri dari faktor demografi, psikologisosial dan struktural. Peran variabel ini yaitu menyiapkan kondisi, baik persepsi individu maupun manfaat yang dirasakan dari tindakan preventif. Faktor-faktor tersebut di antaranya yaitu usia, jenis kelamin, ras, kepribadian, sosial ekonomi dan pengetahuan (Glanz, Rimer and Vishwanath, 2008).

2.5 Keaslian penulisan

Proses awal dari pengumpulan studi yang relevan dimulai dengan menentukan *keywords* yang terkait dengan topik dan tujuan dari penelitian ini. Adapun *keywords* yang peneliti hasilkan untuk melakukan pencarian studi di database yaitu „*self acceptance*“, „*chronic kidney disease*“ dan „*hemodialysis*“ dengan database Scencedirect dan Scopus, sedangkan untuk *keywords* „Penerimaan Diri“, „Gagal Ginjal Kronis“, dan „Hemodialisis“ peneliti mencari *major academic* database meliputi Google scholar. Perpustakaan universitas dan fakultas juga terlibat dalam pencarian artikel terkait khususnya *grey literature*.

Tabel 2. 2 Daftar penelitian sebelumnya

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

No.	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil penelitian
1	<i>The Psychological Trajectory from Approaching End of Life in Patients Undergoing Hemodialysis in China</i> ; Hong-Yan, <i>et al</i> ; 2016	<p>Desain : Kualitatif deskriptif fenomenologi</p> <p>Sample : Jumlah sampel 23 orang yang menjalani hemodialisis di Provinsi Jiangsu China</p> <p>Variabel : <i>Psychological trajetory, life experiences</i></p> <p>Instrumen : <i>Semistructured interview</i></p>	Pasien hemodialisis mempresentasikan statistik psikologis yang berbeda-beda disetiap tahapan fisiknya.
2	<i>The Correlation between Self-Esteem and Optimism for the Recovery Hemodialysis Patient</i> ; Anna Wati Dewi Purba; 2017	<p>Desain : Korelasional</p> <p>Sample : Jumlah sampel 50 pasien terapi hemodialisa di RS. Kumpulan Pane Medan</p> <p>Variabel : <i>Self-esteem, optimism of heal</i></p> <p>Instrumen : <i>Self-esteem Scale, Optimism Scale to Heal</i></p>	Ada pengaruh yang signifikan antara <i>self esteem</i> dan optimisme untuk penyembuhan pasien hemodialisis.
3	<i>Gender and Racial Differences in Stress, Coping, and Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease</i> ; Leigh A, <i>et al</i> ; 2016	<p>Desain : <i>Prospective Kohort Study</i></p> <p>Sample : Jumlah sampel 182 pasien dengan CKD</p> <p>Variabel : <i>Invertigate memory, sleep, stress, coping and HRQoL</i></p> <p>Instrumen : <i>Perceived Stress Scale (PSS)</i></p>	Strategi koping yang lebih luas yang digunakan oleh wanita dapat dikaitkan dengan penyangga hubungan antara stress yang dirasakan dan kualitas hidup. Pria dengan CKD mungkin mendapat manfaat dari intervensi yang tidak hanya mengurangi stress, tetapi juga memfasilitasi penggunaan strategi koping yang lebih luas untuk mengurangi stress dan meningkatkan kualitas

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

			hidup.
4	<i>Factors Associated with the Quality of Life of Patients Undergoing Hemodialysis;</i> Gabriela Dutra, <i>et al</i> ; 2017	<p>Desain : <i>Correlational Cross-Sectional Study</i></p> <p>Sample : Jumlah sampel 110 pasien terapi hemodialisa</p> <p>Variabel : <i>QoL, religion and personal beliefs</i></p> <p>Instrumen : <i>WHOQoL Brief and individual interview</i></p>	Orang dengan non-religius, tidak memiliki pekerjaan atau pasangan, tingkat pendidikan rendah, tingkat hematokrit dan albumin rendah, dan <i>self-perceived</i> yang rendah berhubungan dengan persepsi yang buruk.
5	<i>The Psychosocial Experience of Patients with End-Stage Renal Disease and Its Impact on Quality of Life;</i> Jennifer Finnegan dan Veronica; 2012	<p>Desain : Penelitian Kualitatif</p> <p>Sample : Jumlah sampel 118 pasien dari setiap tahap perjalanan penyakit ginjal (predialisis hingga post transplantasi ginjal)</p> <p>Variabel : <i>QoL, psychological effect</i></p> <p>Instrumen : <i>semistructured face-to-face interview</i></p>	ESRD berpengaruh membawa beban emosional, fisik, psikologis, sosial, dan eksistensial individu.
6	<i>Effects of Acceptance of Disability on Death or Dialysis in Chronic Kidney Disease Patients;</i> Hsin-Hung, <i>et al</i> ; 2015	<p>Desain : <i>Prospective Kohort Study</i></p> <p>Sample : Jumlah sampel 262 pasien dengan CKD tanpa dialisis</p> <p>Variabel : <i>Acceptance of Disability, mortality</i></p> <p>Instrumen : <i>Acceptance of Disability Scale-Revised (AODS-R)</i></p>	AOD berhubungan dengan peningkatan resiko hasil klinis yang buruk. Pengetahuan dan pengelolaan psikologis yang cepat dapat memperbaiki hasil klinis pasien CKD.
7	<i>Emotional Regulation, Affect, Psychosocial Functioning, and Well-being in</i>	<p>Desain : <i>Cross-Sectional Study</i></p> <p>Sample : Jumlah sampel 106 pasien</p>	Penilaian ulang memiliki asosiasi klinis dan psikososial yang lebih positif

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

	<i>Hemodialysis Patients</i> ; Sarah Gillanders, <i>et al</i> ; 2008	<p>hemodialisa</p> <p>Variabel : <i>Affect, psychosocial functioning, well-being</i></p> <p>Instrumen : <i>Possitive ang negative affect scale, the brief COPE questionnaire, the Kidney Disease QoL short form</i></p>	<p>daripada penekanan. Strategi emosional yang digunakan oleh pasien hemodialisis memiliki implikasi penting bagi kesejahteraan dan menejemen penyakit.</p>
8	<i>A Thematic Synthesis of the Experience of Adult Living with Hemodialysis</i> ; Clier Reid, <i>et al</i> ; 20016	<p>Desain : <i>Primary Qualitative Study</i></p> <p>Sample : Jumlah sampel 576 pasien yang termasuk <i>synthesis</i></p> <p>Variabel : Kualitas penilaian (<i>Quality Appraisal</i>), <i>synthesis of findings</i></p> <p>Instrumen : <i>Deep interview</i></p>	<p>Menghasilkan kerangka kerja yang dapat digunakan untuk mempertimbangkan intervensi untuk memperbaiki pengalaman pasien perawatan hemodialisa. Berfokus pada intervensi yang digabungkan dalam hubungan kesiapan pasien, memungkinkan perbaikan kontrol diri dan meningkatkan kepuasan atas perawatan.</p>
9	<i>Effect of Stress Inoculation Program on Self-Esteem of Hemodialysis Patients</i> ; Kordi Mehri, <i>et al</i> ; 2017	<p>Desain : <i>Clinical Trial Study</i></p> <p>Sample : Jumlah sampel 60 pasien hemodialisa</p> <p>Variabel : <i>Self-esteem, stress</i></p> <p>Instrumen : <i>Eysenck's Standart Self-Esteem Questionnaire</i></p>	<p>Program inokulasi stress adalah metode yang fungsional, aman dan terjangkau untuk meningkatkan harga diri pasien hemodialisa</p>
10	<i>Psychosocial Adaptation Process in Patients Undergoing Lonf-Term Hemodialysis</i> ; Chun-Chih Lin, <i>et al</i> ; 2014	<p>Desain : <i>Comparative Analysis Study</i></p> <p>Sample : Jumlah sampel 15 orang yang menjalani terapi hemodialisa</p>	<p>Pengetahuan modern dan kekuatan profesional kesehatan atas perawatan telah memaksa klien untuk percaya dan menerima</p>

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

		<p>Variabel : <i>Psychosocial adaptation, adopting HD life</i></p> <p>Instrumen : -</p>	pendapat ahli kesehatan. Klien tidak memiliki kekuatan untuk mempengaruhi keputusan perawatan dan menyesuaikan diri dengan penyakit mereka.
11	<p><i>Faktor yang Berhubungan dengan Mekanisme Koping Klien dengan Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisis di RSUP Fatmawati; Itoh Mutoharoh; 2009</i></p>	<p>Desain : <i>Cross sectional</i></p> <p>Sample : 72 pasien gagal ginjal kronik RSUP Fatmawati</p> <p>Variabel : Mekanisme koping, <i>Self efficacy</i>, dukungan social, jenis kelamin, tingkat pengetahuan, tingkat pendidikan.</p> <p>Instrumen : <i>Ways of coping scale by Susan Folkman</i></p>	Ada hubungan antara jenis kelamin dan <i>self efficacy</i> dengan mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialysis. Tidak ada hubungan antara pendidikan, pengetahuan, dukungan social dengan mekanisme koping klien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialysis.
12	<p><i>Dukungan Sosial dengan Penerimaan Diri Penderita Gagal Ginjal Kronik; Muhammad Zefry Wahyu; 2016</i></p>	<p>Desain : Kuantitatif korelasional</p> <p>Sample : 138 pasien terapi hemodialisa</p> <p>Variabel : Dukungan social, penerimaan diri</p> <p>Instrumen : <i>Multidimensial Scale of Perceived Social Support</i></p>	Terdapat hubungan positif yang sangat signifikan antara dukungan sosial dengan penerimaan diri pada penderita gagal ginjal
13	<p><i>Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Self Acceptance Penderita HIV AIDS dalam Kelompok Dukungan Sebaya Berdasarkan Teori Health Belief Model; Anis Fauziah; 2017</i></p>	<p>Desain : Deskriptif korelasional</p> <p>Sample : 86 penderita</p> <p>Variabel : Usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dukungan, pengetahuan, persepsi individu,</p>	Pengetahuan memiliki hubungan yang signifikan dengan persepsi hambatan individu. Penerimaan diri berhubungan dengan persepsi kerentanan dan persepsi manfaat individu.

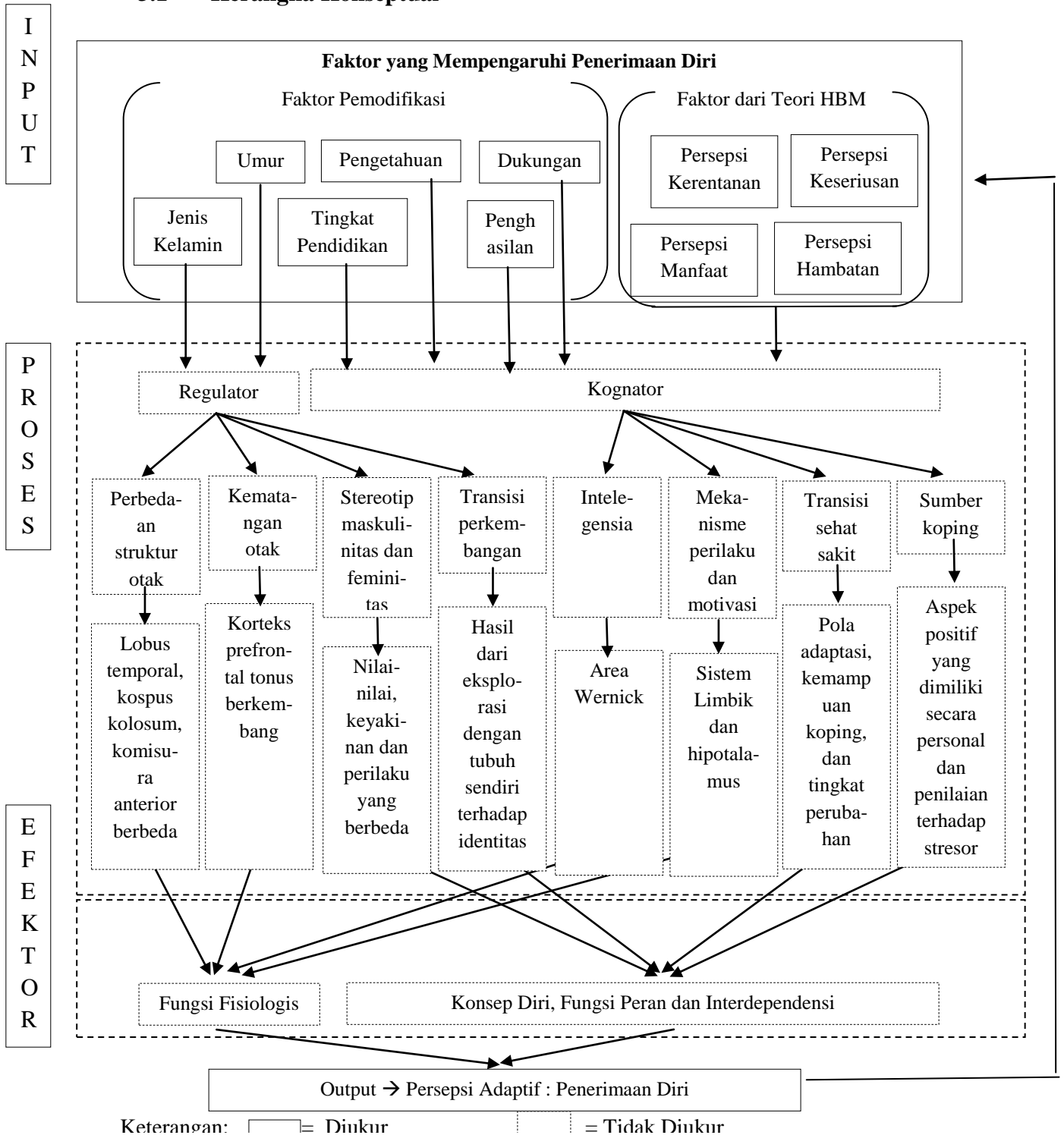
IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

		dan penerimaan diri. Instrumen : <i>Berger's Self Acceptance Scale</i>	
14	<i>Correlating factors of coping mechanism on CKD patients undergoing Hemodialysis in RSUD Kota Semarang; Yuni & Desi; 2011</i>	Desain : Deskriptif korelasional Sample : 39 orang Variabel : umur, lama CKD, lama HD, mekanisme koping Instrumen : <i>Jelowiec Coping Scale</i>	Tidak ada hubungan antara umur dengan respon mekanisme koping, ada hubungan antara lama CKD dengan mekanisme, ada hubungan antara lama menjalani HD dengan mekanisme koping dan ada hubungan sangat signifikan antara respon penerimaan stres terhadap mekanisme koping pasien.
15	<i>The Indicator of Quality Life Patient with Chronic Renal Failure by Hemodialysis Based on Coping Strategy; Evi, dkk; 2011</i>	Desain : <i>Cross sectional</i> Sample : 52 orang Variabel : Koping, kualitas hidup Instrumen : <i>Ways of Coping Questionnaire (WCQ)</i>	Sebagian besar responden yang menjalani terapi hemodialisa reguler memiliki koping yang adaptif dan kualitas hidup yang baik. Koping yang adaptif dapat memperbaiki kualitas hidup pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual analisis faktor dominan yang mempengaruhi penerimaan diri pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Pasien dengan gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialis dengan berbagai faktor dapat mengalami penerimaan diri yang rendah. Hal ini dapat dijelaskan melalui model adaptasi milik Sister Calista Roy, dimana stimulus yang datang adalah faktor apapun yang bisa mencetuskan respon (Alligood, 2017). Faktor yang mempengaruhi penerimaan diri digolongkan dalam empat komponen dalam teori *Health Belief Models* (HBM) diantaranya persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, dan persepsi hambatan. Ditambah dengan faktor demografi berupa umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan, pengetahuan dan dukungan (Edberg, 2009). Dalam masing-masing komponen mewakili faktor tertentu antara lain adanya pemahaman tentang diri sendiri dan perspektif diri masuk dalam persepsi kerentanan, pemikiran yang realistis, dan ada tidaknya identifikasi seseorang masuk dalam persepsi keseriusan, tidak adanya hambatan di dalam lingkungan, dan ada tidaknya tekanan yang berat masuk dalam persepsi hambatan, sikap lingkungan seseorang, frekuensi keberhasilan, dan konsep diri yang stabil masuk dalam persepsi manfaat (Hurlock, 2006).

Sebagai proses terdapat mekanisme koping yang didapat oleh seorang individu. Terdapat mekanisme koping kognitor dan regulator yang berperan. Dalam mekanisme koping regulator terjadi empat proses dimana faktor umur dan jenis kelamin dapat mempengaruhi penerimaan diri, antara lain: 1) perbedaan struktur otak dari laki-laki dan perempuan yang terdapat di bagian lobus temporal, korpus kolosum, dan komisura anteriornya, 2) kematangan otak akan selalu berkembang seiring bertambahnya umur terlihat dari bagian korteks prefrontal tonusnya yang berfungsi sebagai pusat perencanaan, *problem solving*, nalar, emosi, dan sebagai pusat bicara manusia, 3) stereotip maskulinitas dan feminitas

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

yang memiliki nilai-nilai, keyakinan dan perilaku yang berbeda, 4) transisi perkembangan yang merupakan hasil dari pengalaman dan eksplorasi dengan tubuh sendiri terhadap identitas yang berbeda. Dalam mekanisme coping kognator juga terjadi empat proses dimana faktor tingkat pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, dukungan dan empat faktor dari teori HBM dapat mempengaruhi penerimaan diri, antara lain: 1) intelegensia yang diatur oleh otak di area Wernick akan berbeda pada setiap inividu yang memiliki tingkat pendidikan, pekerjaan dan pengetahuan yang berbeda, 2) mekanisme perilaku dan motivasi yang diatur pada bagian sistem limbik dan hipotalamus otak akan berbeda pada setiap individu yang menerima dukungan dan persepsi yang berbeda, 3) Transisi sehat sakit dimana pola adaptasi, kemampuan coping, sifat ancaman dan tingkat perubahan yang berbeda pada setiap individu, 4) sumber coping atau aspek positif yang dimiliki secara personal dan penilaian terhadap stresor yang berbeda.

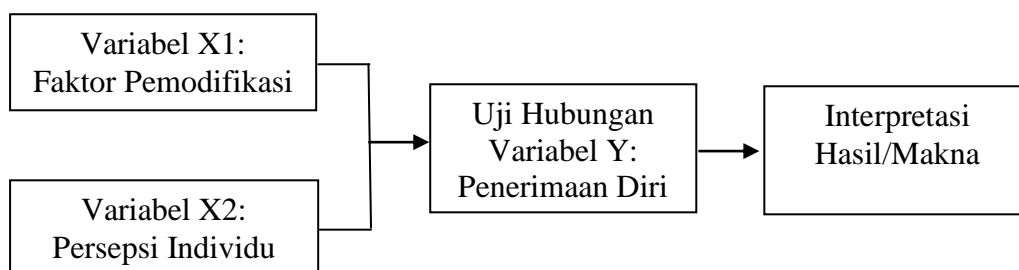
Delapan proses yang terjadi masing-masing menuju pada empat efektor, empat diantaranya menuju pada mode fisiologis, dan sisanya pada mode indentitas konsep diri, mode fungsi peran dan mode interdependensi untuk mencapai output penerimaan diri. Penerimaan diri adalah respon adaptif sebagai umpan balik dari input yang ada, yakni stimulus atau faktor yang mempengaruhinya.

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan metode kuantitatif yang menggunakan rancangan deskriptif korelasional. Penelitian ini dengan pendekatan “*cross-sectional*” yaitu penelitian ditekankan pada waktu pengukuran data variabel independen dan dependen hanya pada suatu waktu tanpa adanya tindak lanjut (Nursalam, 2013). Dalam penelitian ini variabel yang akan dihubungkan adalah persepsi individu dan faktor pemodifikasinya dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RSUD Haji Surabaya.

Pengukuran:



Gambar 4.1 Desain penelitian retrospektif

4.2 Populasi, sampel, besar sampel dan teknik pengambilan sampel

4.2.1 Populasi penelitian

Populasi target adalah pasien pasien rawat jalan Instalasi Hemodialisa RS Umum Haji Surabaya dan populasi terjangkau merupakan jumlah pasien yang menjalani rawat jalan berdasarkan data pasien terapi hemodialisa perbulan juli 2018 adalah sebanyak 83 orang.

4.2.2 Sampel dan besar sampel penelitian

Sampel dan besar sampel dalam penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

1. Kriteria Inklusi :

- Usia \geq 18 tahun
- Memahami bahasa Indonesia
- Pendidikan minimal tamat sekolah dasar
- Bersedia menjadi responden

2. Kriteria Eksklusi :

- Pasien hemodialisa dengan penyakit tambahan lain yang menghalangi pasien untuk memahami dan/atau mengisi kuesioner.
- Pasien hemodialisa dengan gangguan fungsi kognitif yang menghalangi pasien untuk memahami dan/atau mengisi kuesioner.

4.2.3 Teknik *sampling* penelitian

Peneliti menggunakan *total sampling*

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

Peneliti menggunakan 5 variabel penelitian dalam penelitian ini.

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen penelitian yakni persepsi individu dan faktor pemodifikasinya. Persepsi individu adalah persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi keuntungan, dan persepsi hambatan. Dan faktor pemodifikasinya meliputi faktor demografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, penghasilan) pengetahuan dan dukungan.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel atau yang diamati dan diukur untuk menentukan hubungannya dengan variable lain adalah penerimaan diri pada pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

4.4 Defenisi Operasional

Defenisi operasional dalam penelitian ini dapat dilihat pada tabel dibawah.

Tabel 4.1 Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Independen					
1. Faktor Pemodifikasi					
1.1 Umur	Satuan waktu yang dihitung dari sejak responden dilahirkan sampai waktu dilaksanakannya penelitian	1. 18-40 tahun (dewasa awal) 2. 41-60 tahun (dewasa madya) 3. 60 tahun (Hurlock, 2006)	Kuisisioner	Ordinal	Dikatagorikan menjadi : 1 = Dewasa Awal 2 = Dewasa Madya 3 = Lansia
1.2 Jenis Kelamin	Gender responden sebagai identitas yang dibawa sejak lahir	1. Laki-laki 2. Perempuan	Kuisisioner	Nominal	Dikatagorikan menjadi : 1 = Laki-laki 2 = Perempuan
1.3 Tingkat Pendidikan	Jenjang pendidikan paling akhir yang	1. Lulus SD / MI 2. Lulus SMP / MTS 3. Lulus SMA	Kuisisioner	Ordinal	Dikatagorikan menjadi : 1. Lulus SD / MI

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

	ditempuh responden	/ MA 4. Lulus Diploma / Sarjana 5. Lainnya			2. Lulus SMP / MTS 3. Lulus SMA / MA 4. Lulus Diploma / Sarjana 5. Lainnya
1.4 Penghasilan	Mata pencaharian yang dijadikan sumber kehidupan atau sesuatu yang diperoleh untuk mencari nafkah responden	1. < Rp 3.700.000 2. ≥ Rp 3.700.000 (Disnaker, 2018)	Kuisisioner	Ordinal	Dikatagorikan menjadi : 1. < Rp 3.700.000 (Dibawah UMSK Surabaya) 2. ≥ Rp 3.700.000 (Sama dengan atau lebih dari UMSK Surabaya)
1.5 Pengetahuan	Hal yang diketahui responden mengenai gagal ginjal kronis dan terapi hemodialisa	1. Penyebab gagal ginjal kronis 2. Manifestasi gagal ginjal kronis 3. Tujuan terapi hemodialisa	Kuisisioner	Ordinal	Dikatagorikan menjadi : Salah = 0 Benar = 1 Baik : 76-100 % Cukup : 51-75 % Kurang : ≤ 50 %
1.6 Dukungan Sosial	Kenyamanan, kepedulian, bantuan yang tersedia untuk	1. Dukungan sosial keluarga 2. Dukungan sosial teman 3. Dukungan sosial orang	Kuisisioner	Ordinal	Skoring terdiri dari 4: 1. Sangat tidak sesuai

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

responden dari orang- orang atau kelompok lain	spesial	2. Tidak sesuai 3. Sesuai 4. Sangat sesuai Katagori : Buruk : Skor 12 -24 Sedang : Skor 25 - 36 Baik : Skor 37 - 48 Coding : 0 = Buruk 1 = Sedang 2 = Baik
--	---------	---

2. Persepsi Individu

2.1 Persepsi Keseriusan	Pendapat subjektif responden mengenai keseriusan penyakitnya dan pentingnya terapi hemodialisa	<p>a. Penyakitnya adalah penyakit yang serius dan harus mendapatkan terapi medis</p> <p>b. Dengan menjalani terapi, akan membantu mempertahankan kehidupan</p> <p>c. Mengetahui penyakitnya adalah penyakit yang serius</p> <p>d. Tidak akan menjadi lebih baik jika tanpa bantuan profesional</p>	Kuisisioner	Ordinal	<p>Skoring terdiri dari 4:</p> <p>1. Sangat tidak sesuai</p> <p>2. Tidak sesuai</p> <p>3. Sesuai</p> <p>4. Sangat sesuai</p> <p>Persepsi (+) : $T \geq \text{mean data} = 1$</p> <p>Persepsi (-): $T < \text{mean data} = 0$</p> <p>Coding : 0 = Persepsi negatif 1 = Persepsi positif</p>
2.2 Persepsi	Pendapat subjektif	a. Menjalani terapi agar tidak	Kuisisioner	Ordinal	Skoring terdiri dari

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Keren tanan	responden mengenai resiko dari penyakitnya yang berhubungan dengan terapi hemodialisa	semakin parah b. Menjanani terapi dan merasa semakin membaik c. Mengetahui dengan melihat orang lain menjani terapi, menjadikan keadaan yang lebih baik d. Memiliki harapan untuk pulih dan terbantu dengan adanya harapan tersebut			4: 1. Sangat tidak sesuai 2. Tidak sesuai 3. Sesuai 4. Sangat sesuai Persepsi (+) : $T \geq \text{mean data} = 1$ Persepsi (-): $T < \text{mean data} = 0$ <i>Coding</i> : 0 = Persepsi negatif 1 = Persepsi positif
2.3 Persepsi Manfaat	Pendapat subjektif responden mengenai manfaat dari terapi hemodialisa atas penyakitnya	a. Merasa puas mendapat pelayanan terapi b. Keluarga mendukung keputusan untuk menjalani terapi c. Teman atau orang lain juga mendukung saya d. Merasa agama penting dan mendukung kesembuhan penyakit e. Memiliki keyakinan	Kuisisioner	Ordinal	Skoring terdiri dari 4: 1. Sangat tidak sesuai 2. Tidak sesuai 3. Sesuai 4. Sangat sesuai Persepsi (+) : $T \geq \text{mean data} = 1$ Persepsi (-): $T < \text{mean data} = 0$ <i>Coding</i> : 0 = Persepsi negatif

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

		untuk sembuh			1 = Persepsi positif
		f. Memiliki harapan untuk pulih dan terbantu dengan adanya harapan tersebut			
		g. Tidak menerima pelayanan terapi selain dari pihak medis			
		h. Memiliki kesehatan spiritula yang baik			
2.4 Persepsi Hambatan	Pendapat subjektif responden mengenai hambatan-hambatan untuk menjalani terapi hemodialisa	a. Berpikir bahwa jika anda bantuan medis, tidak akan memperbaiki keadaannya	Kuisisioner	Ordinal	Skoring terdiri dari 4: 1. Sangat tidak sesuai 2. Tidak sesuai 3. Sesuai 4. Sangat sesuai Persepsi (+) : $T \geq \text{mean data} = 1$ Persepsi (-): $T < \text{mean data} = 0$ <i>Coding</i> : 0 = Persepsi negatif 1 = Persepsi positif
		b. Keluarga mendukung keputusan untuk menjalani terapi			
		c. Teman atau orang lain juga mendukung saya			
		d. Tidak merasa mendapatkan diskriminasi dari orang lain			
		e. Mengetahui penyakitnya			

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

- adalah
penyakit
yang serius
- f. Tidak
menganggap
masalah
dengan
diskriminasi
dari orang
lain
- g. Ingin
diperlakukan
baik saat
perawatan
- h. Ingin
mendapatkan
perhatian
tentang
kehatannya
- i. Dapat
mengatasi
pengalaman
buruk
mengenai
penyakitnya

Variabel Dependen

Penerima -an Diri	Sikap positif yang ditunjukkan dengan perasaan mampu menerima dan bahagia atas segala karakteristik yang ada dalam dirinya	a. Sikap dan perilaku didasarkan nilai-nilai standar diri tidak dipengaruhi lingkungan luar b. Keyakinan dalam menjalani hidup c. Berani bertanggung jawab terhadap perilakunya d. Mampu menerima pujian dan	Kuisisioner	Ordinal	Skoring terdiri dari 4: 1. Sangat tidak sesuai 2. Tidak sesuai 3. Sesuai 4. Sangat sesuai Kategori : Baik : $T \geq$ median data Buruk: $T <$ median data Coding : 0 = Buruk
------------------------------	--	--	-------------	---------	---

kritik secara subjektif	1 = baik
e. Tidak menyalahkan diri atas perasaannya terhadap orang lain	
f. Mengganggu dirinya memiliki kemampuan sama dengan orang lain	
g. Tidak mengharapkan penolakan dari orang lain	
h. Tidak menganggap dirinya berbeda dari orang lain	
i. Tidak malu atau rendah diri	

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini, melalui metode kuesioner.

Kuesioner tersebut meliputi:

1. Kuesioner untuk penerimaan diri merupakan alat ukur dengan menggunakan skala penerimaan diri *Self Acceptance Scale* berdasarkan karakteristik penerimaan diri oleh Sheerer yang kemudian dimodifikasi oleh Berger (Denmark 1973). Penelitian ini diukur menggunakan skala model *Likert* dengan 4 pilihan jawaban yaitu: (1) Sangat Tidak Sesuai = STS, (2) Tidak Sesuai = TS, (3) Sesuai = S, (4) Sangat Sesuai = SS. Skala penerimaan diri

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

menggunakan *Berger's Self Acceptance Scale* yang terdiri dari 36 butir pertanyaan.

Tabel 4.2 Dimensi alat ukur penerimaan diri

No	Indikator	Nomor Pertanyaan		Jumlah
		Favorable	Unfavorable	
1	Sikap dan perilaku didasarkan nilai-nilai standar diri tidak dipengaruhi lingkungan luar	21	9, 30, 33	4
2	Keyakinan dalam menjalani hidup	1, 26	12, 36, 16	5
3	Berani bertanggung jawab terhadap perilakunya	14	11	2
4	Mampu menerima pujian dan kritik secara subjektif	25, 29	3, 23, 31	5
5	Tidak menyalahkan diri atas perasaannya terhadap orang lain	7, 27	13, 17, 20	5
6	Menganggap dirinya memiliki kemampuan sama dengan orang lain	15, 28	5	3
7	Tidak mengharapkan penolakan dari orang lain		2, 6, 10, 11, 34	5
8	Tidak menganggap dirinya berbeda dari orang lain	19, 32	22, 24	4
9	Tidak malu atau rendah diri		4, 8, 18	3
TOTAL				36

2. Kuesioner A (Faktor pemodifikasi: umur, jenis kelamin, pendidikan, dll)

Kuesioner A berisikan komponen faktor pemodifikasi demografi meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, dan dukungan. Umur, jenis kelamin, pendidikan, pengetahuan, penghasilan, dan dukungan diukur menggunakan pertanyaan pilihan. Responden memberikan jawaban dengan cara memberi tanda (√) pada kotak yang tersedia. Untuk pengukuran dukungan sosial menggunakan kuesioner *Multidimensional Scale of Perceived Sosial Support* (MSPSS) oleh Dahlan, Ziet dan Walker tahun 1991. Skoring menggunakan skala likert 1-4 (1 = sangat tidak sesuai, 2= tidak sesuai, 3= sesuai, 4= sangat sesuai). Dengan katagori skor 12 -24 (buruk), skor 25 – 36 (sedang) dan 37 – 48 (baik).

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Tabel 4.3 Dimensi alat ukur dukungan sosial

No	Indikator	Nomor Pertanyaan		Jumlah
		Favorable	Unfavorable	
1	Subskala orang spesial	1, 5	2, 10	4
2	Subskala keluarga	3, 8	4, 11	4
3	Subskala teman	7, 9	6, 12	4
TOTAL				12

3. Kuesioner C (Variabel persepsi: persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, dan persepsi hambatan)

Kuesioner C merupakan kuesioner untuk mengukur variabel persepsi individu peneliti menggunakan *Health Beliefs Toolkit* yang diterbitkan oleh *Collage of Behavioral and Community Sciences University of South Florida* (2014). Skoring menggunakan skala likert 1-4 (1 = sangat tidak sesuai, 2= tidak sesuai, 3= sesuai, 4= sangat sesuai). Proses *input data* diberi *coding* dengan $T \geq \text{mean data}$ (persepsi positif) = 1 dan $T < \text{mean data}$ (persepsi negatif) = 0.

Tabel 4.4 Dimensi alat ukur persepsi inividu

No	Indikator	Nomor Pertanyaan		Jumlah
		Favorable	Unfavorable	
1	Persepsi Kerentanan (<i>Perceived Susceptibility</i>)	1,3	2,4	4
2	Persepsi Keseriusan (<i>Perceived Seriousness</i>)	1,2	3,4	4
3	Persepsi Manfaat (<i>Perceived Bnefit</i>)	1,2,3,7,8	4,5,6	8
4	Persepsi Hambatan (<i>Perceived Barriers</i>)	2,3,6,7,8	1,4,5,9	9
TOTAL				25

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

4.6.1 Uji validitas

Uji validitas dilakukan pada tanggal 25-30 Juni 2018 terhadap 20 pasien gagal ginjal kronis yang mempunyai karakteristik yang sama dengan responden yang akan diteliti. Uji validitas instrumen ini menggunakan aplikasi SPSS 25. Item dikatakan valid jika r hitung $>$ r tabel. Hasil r tabel dengan 20 responden ialah 0,443. Jika r hitung $>$ 0,443 maka dianggap valid.

Hasil dari uji validitas untuk kuesioner dukungan didapatkan 12 soal valid dengan nilai r table berturut turut adalah 0,762; 0,613; 0,490; 0,777; 0,661; 0,473; 0,644; 0,715; 0,501; 0,553; 0,447; dan 0,834.

Hasil dari uji validitas untuk kuesioner pengetahuan didapatkan 10 soal valid dengan nilai r table berturut turut adalah 0,501; 0,569; 0,772; 0,613; 0,686; 0,612; 0,490; 0,540; 0,501 dan 0,686.

Hasil dari uji validitas untuk kuesioner *Berger's Self Acceptance Scale* didapatkan 36 soal valid dengan nilai r tabel berturut turut adalah 0,456; 0,515; 0,489; 0,712; 0,779; 0,558; 0,514; 0,641; 0,464; 0,679; 0,606; 0,464; 0,591; 0,464; 0,714; 0,689; 0,700; 0,877; 0,471; 0,495; 0,643; 0,444; 0,642; 0,584; 0,715; 0,685; 0,553; 0,485; 0,598; 0,622; 0,715; 0,518; 0,732; 0,565; 0,813 dan 0,599.

Hasil dari uji validitas untuk kuesioner *Health Belief Model Toolkit* didapatkan 25 soal valid. Nilai r table berturut turut dari persepsi kerentanan adalah 0,544; 0,818; 0,499 dan 0,599. Nilai r table berturut turut dari persepsi keseriusan adalah 0,511; 0,449; 0,837 dan 0,738. Nilai r table berturut turut dari persepsi manfaat adalah 0,477; 0,475; 0,504; 0,748; 0,748; 0,634; 0,535 dan

0,545. Nilai r table berturut turut dari persepsi hambatan adalah 0,463; 0,660; 0,598; 0,736; 0,660; 0,535; 0,665, 0,618 dan 0,522.

4.6.2 Uji reliabilitas

Uji reabilitas dilakukan dengan menggunakan metode *Cronbach's Alpha 0* sampai 1 dalam versi Bahasa Indonesia. Uji reliabilitas instrument ini dilakukan dengan aplikasi SPSS 25. Dari uji reliabilitas yang dilakukan oleh peneliti didapatkan nilai koefisien reabilitas kuesioner dukungan sebesar 0,753, kuesioner pengetahuan sebesar 0,746, kuesioner penerimaan diri sebesar 0,750, kuesioner persepsi kerentanan sebesar 0,737, kuesioner persepsi keseriusan sebesar 0,723, kuesioner persepsi manfaat sebesar 0,742, kuesioner persepsi hambatan sebesar 0,742. Sehingga skala ini reliable untuk digunakan dalam penelitian.

4.7 Lokasi dan Waktu Pengambilan Data Penelitian

Penelitian ini bertempat di Unit Instalasi Hemodialisa RS Umum Haji Surabaya yang akan dilaksanakan pada bulan Juli 2018.

4.8 Prosedur Pengumpulan dan Pengambilan Data Penelitian

Pada penelitian ini proses pengumpulan data dan pengambilannya dibagi menjadi beberapa tahap :

1. Tahap administrasi dan penentuan responden

Di tahap pertama peneliti mengajukan permohonan pembuatan surat ijin survey data awal pada pihak akademik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga untuk dijukan pada pihak RS Umum Haji Surabaya. Peneliti melengkapi persyaratan administrasi survey data awal kepada pihak RS.

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Kemudian mulai melakukan survey di Unit Instalasi Hemodialisa dengan melakukan pengambilan data jumlah pasien yang rawat jalan serta melakukan pengukuran tingkat penerimaan diri kepada 20 orang pasien dengan cara pengisian kuesioner *Berger's Self Acceptance Scale*.

2. Tahap etik penelitian

Peneliti mengajukan uji etik kepada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan tujuan untuk mengetahui kelayakan penelitian. Tahap ini dilakukan untuk mengusahakan manfaat yang maksimal, melindungi dan memperkecil kerugian bagi subjek, dan meminimal resiko yang mungkin terjadi dalam penelitian.

3. Tahap *Informed consent*

Tahap ini merupakan tahap dimana peneliti menjelaskan mengenai masalah, tujuan dan manfaat penelitian ini dengan media lembar *informed consent* dan lembar kuisisioner. Tahap ini dilakukan sekaligus sebelum responden mengisi kuisisioner, untuk menerangkan cara pengisian dan memfasilitasi responden jika terjadi kebingungan dalam pengisian nantinya.

4. Tahap pengumpulan data

Pada tahap pengambilan data, peneliti menghubungi pihak administrasi unit hemodialisa untuk mendapatkan jadwal terapi masing-masing pasien. Pengambilan data dilakukan selama bulan Juli 2018 dengan mendatangi responden yang sedang menjalani proses terapi (durante HD). Mendampingi responden saat pengisian kuisisioner. Sebelum mengisi kuisisioner, responden diberikan penjelasan terkait tujuan, manfaat

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

penelitian, dan dipersilahkan mundur jika tidak bersedia menjadi responden penelitian ini, setelah itu responden diberikan waktu untuk bertanya jika ada yang belum paham terkait dengan poin-poin pada kuisisioner. Data yang terkumpul dicatat dalam lembar pengumpulan data.

4.9 Analisis Data

Data yang terkumpul melalui kuisisioner pada penderita gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa akan diolah menjadi beberapa tahap, yaitu:

1. Tahap Persiapan

Peneliti memeriksa kembali kelengkapan data dari responden yang meliputi lembar persetujuan (*informed consent*), kelengkapan lembar kuisisioner, serta kelengkapan jawaban item oleh responden.

2. Tahap tabulasi, yang termasuk dalam tahap ini antara lain :

- 1) *Coding*, yaitu pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri dari beberapa kelompok (klasifikasi data). Kegunaan dari *coding* yaitu untuk mempermudah *entry* data.
- 2) *Scoring*, yaitu pemberian skor dalam setiap *option* jawaban pada setiap item pertanyaan di dalam kuisisioner.

a. Faktor dari persepsi

Diukur dengan menggunakan skala likert, dengan pilihan jawaban terdiri dari sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju, dan sangat setuju. Responden harus memilih satu dari pilihan jawaban. Kuisisioner terdiri dari 28 pertanyaan. Yang dibagi menjadi 4 persepsi antara lain *perceived susceptibility* memiliki 4 pertanyaan yaitu pernyataan tentang perilaku untuk

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

mencari pengobatan atau mencegah penyakit apabila ia merasa rentan terhadap masalah penyakit tersebut, *perceived seriousness* memiliki 4 pertanyaan yaitu pernyataan tentang perilaku untuk mencari pengobatan atau mencegah penyakit apabila ia merasa bahwa penyakitnya tersebut parah, *perceived benefits* memiliki 8 pernyataan yaitu pernyataan tentang pemikiran adanya manfaat dari perilaku untuk mencari pengobatan atau mencegah penyakit dan *perceived barriers* memiliki 9 pernyataan yaitu pernyataan tentang hambatan (*barriers*) yang mungkin akan dijumpai selama melakukan tindakan. Penilaiannya adalah sebagai berikut : (1) untuk sangat tidak sesuai; (2) untuk tidak sesuai; (3) untuk sesuai; dan (4) untuk sangat sesuai.

b. Faktor modifikasi

a) Variabel Dukungan

Diukur dengan menggunakan skala likert, dengan pilihan jawaban terdiri dari sangat tidak setuju, tidak setuju, setuju, dan sangat setuju. Responden harus memilih satu dari pilihan jawaban. Kuesioner terdiri dari 12 pertanyaan. Penilaiannya adalah sebagai berikut : (1) untuk sangat tidak sesuai; (2) untuk tidak sesuai; (3) untuk sesuai; dan (4) untuk sangat sesuai.

b) Variabel Pengetahuan

Setiap pertanyaan yang dijawab benar diberi bobot satu (1) dan salah diberi bobot nol (0), kemudian dengan menggunakan rumus (Arikunto, 2010).

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

$$P = f/N \times 100\%$$

Keterangan:

P = prosentase

f = jumlah jawaban yang benar

N = jumlah skor maksimal, jika dijawab benar

Setelah prosentase diketahui kemudian hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria sebagai berikut: baik untuk nilai 76-100%; cukup untuk nilai 56-76 %; dan kurang untuk nilai < 56 %.

3. Tahap analisis statistik.

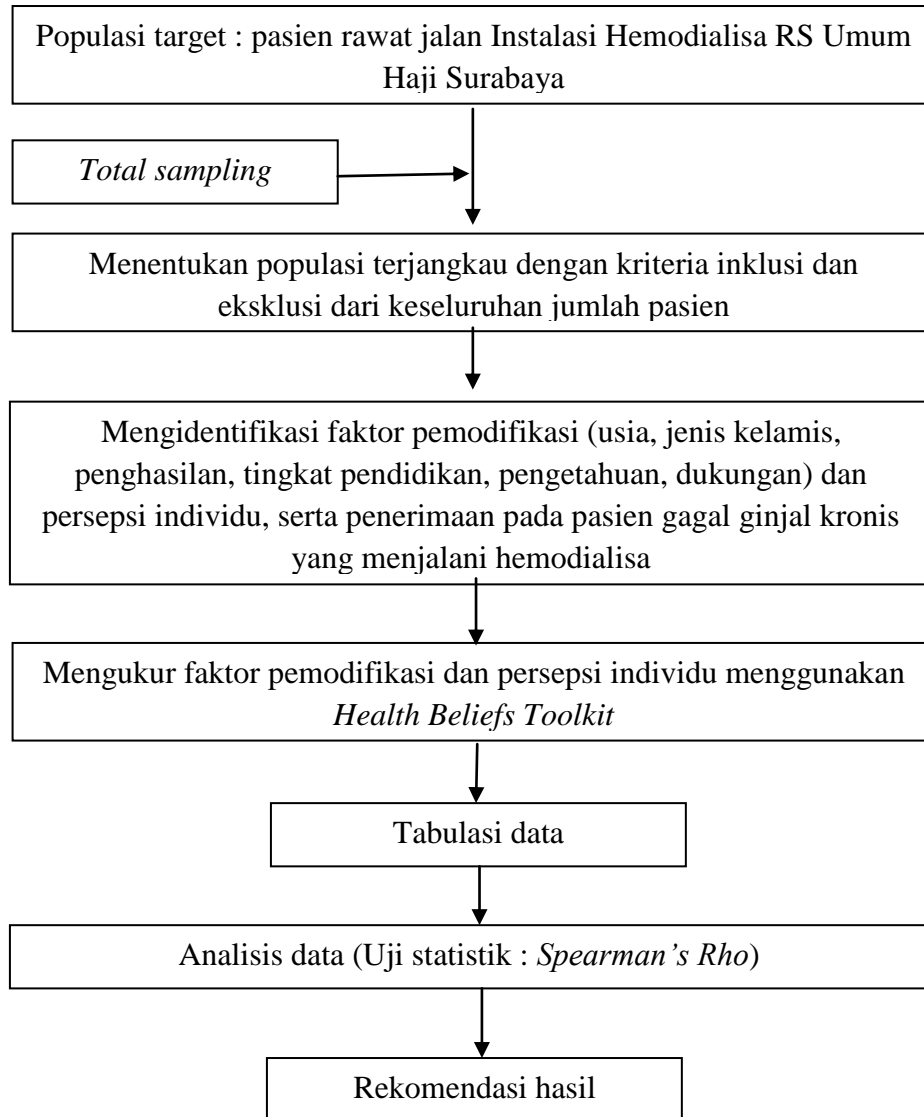
Data yang telah dikumpulkan dianalisis dengan uji statistik korelasi *Spearman's Rho*. Skala data yang diuji yaitu data berskala ordinal. Peneliti menggunakan uji statistik tersebut untuk menilai hubungan antara 2 variabel. Dan juga menilai seberapa kuat hubungan yang ada atau berapa koefisien korelasinya. Uji statistik *Spearman's Rho* dengan derajat kemaknaan atau tingkat signifikansi $\alpha = 0,05$. Untuk menentukan kekuatan hubungan kedua variabel dapat dilihat dari koefisien korelasi (r) nya. Adapun koefisien korelasi dan tingkat hubungan antar variabel dapat dilihat pada tabel berikut ini.

Interval Koefisien	Tingkat Hubungan
0.0 – 0.199	Sangat Rendah
0.20 – 0.399	Rendah
0.40 – 0.599	Sedang
0.60 – 0.799	Kuat
0.80 – 1.000	Sangat Kuat

Tabel 4.5 Koefisien Korelasidan dan Tingkat Hubungan

4.10 Kerangka Operasional Penelitian

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.2 Kerangka kerja penelitian analisis faktor yang berhubungan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSU Haji Surabaya

4.11 Etik Penelitian (*Ethical Clearance*)

Proposal penelitian ini telah lulus uji etik oleh Komite Etik Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan nomor sertifikat etik No. 995-KEPK. Dalam penelitian ini, peneliti telah menekankan pada masalah etik dalam arti hak responden dan yang lainnya harus dilindungi, dan telah meminta izin

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

kepada pihak terkait. *The Belmont Report* dilahirkan oleh Pendidikan dan Kesejahteraan Amerika Serikat merekomendasikan tiga prinsip etik umum penelitian kesehatan yang melibatkan manusia sebagai subjek penelitian. Ketiga prinsip tersebut antara lain:

1. Tidak merugikan : Prinsip ini berarti tidak menimbulkan bahaya/cidera fisik dan psikologis pada klien.
2. Berbuat baik: Berarti hanya melakukan sesuatu yang baik. Kebaikan, memerlukan sesuatu pencegahan dari kesalahan atau kejahatan, penghapusan kesalahan atau kejahatan dan peningkatan kebaikan oleh diri dan orang lain dan secara aktif berkontribusi bagi kesehatan dan kesejahteraan klien.
3. Keadilan : Keterlibatan subjek penelitian berdasarkan persetujuan antar peneliti dengan klien, yang dilakukan oleh peneliti dengan sama dan adil. Keadilan dalam peneliti ini, diterapkan dengan memenuhi haksubjek untuk mendapatkan penanganan yang sama dan adil, dengan memberikan kesempatan yang sama dan menghormati persetujuan dalam *informed consent* yang telah disepakati.

4.12 Keterbatasan Penelitian

1. Proses pengambilan data pada penelitian ini dilakukan ketika durante HD sehingga pasien pasien yang titik insersinya terletak di area tangan, posisi tangan pasien tidak diperbolehkan terlalu banyak bergerak, oleh karena itu peneliti membacakan pertanyaan yang ada. Sehingga terdapat beberapa pertanyaan yang terjawab berdasarkan kesimpulan dari hasil wawancara dengan responden, sehingga memungkinkan hasil penelitian yang bias.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data tentang analisis faktor yang berhubungan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Umum Haji Surabaya yang dilakukan pada tanggal 16-19 Juli 2018. Penyajian data meliputi gambaran umum lokasi penelitian yaitu di Instalasi Hemodialisa RS Umum Haji Surabaya, gambaran karakteristik responden, dan variabel yang diukur berkaitan dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa meliputi faktor demografi (umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, penghasilan), faktor pemodifikasi (dukungan sosial dan pengetahuan) dan persepsi individu (persepsi kerentanan, persepsi keesiusan, persepsi manfaat dan persepsi hambatan). Untuk mengetahui signifikansi atau hubungan antar variabel dilakukan uji statistik *Spearman rho* dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.2 Gambaran umum lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di Unit Hemodialisa RS Umum Haji Surabaya, terletak di lantai 1 Gedung Al-Aqsho. Rumah sakit Pendidikan Tipe B ini berlokasi di Jalan Manyar Kertoadi Kecamatan Sukolilo, Surabaya, Jawa Timur. Pelayanan hemodialisis di RS Umum Haji Surabaya telah dimulai sejak tahun 2007 dimana awalnya merupakan bagian dari instalasi rawat intensif yang terdiri dari tiga mesin hemodialisis.

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Saat ini Unit Hemodialisa telah memiliki 17 mesin hemodialisa. Petugas Unit Hemodialisa terdiri dari 1 dokter spesialis penyakit dalam, 15 perawat pelatihan dengan latar belakang pendidikan sarjana sebanyak 3 orang dan D3 sebanyak 12 orang, 2 orang staf administrasi, 2 orang bagian kebersihan, dan 1 orang teknisi mesin. Rotasi dinas perawat disamakan dengan rotasi pasien yang menjalani terapi hemodialisa, yakni dibagi dalam 2 shift, yaitu pagi mulai 07.00 – 12.00 dan siang mulai pukul 12.00 – 17.00 WIB. Pelayanan tambahan yang diberikan selama HD oleh perawat adalah sesi konseling kepada keluarga pasien mengenai terapi dan penyakit pasien.

5.1.2 Data Khusus

Tabel 5.1 Data umum karakteristik responden

No	Karakteristik Responden	Indikator	Penerimaan Diri				Total	
			Baik		Buruk		(N=83)	
			f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
1	Umur berdasarkan Hurlock	18-40 tahun	11	84,6	2	15,4	13	15,7
		41-60 tahun	46	90,2	5	9,8	51	61,4
		>60 tahun	16	84,2	3	15,8	19	22,9
2	Jenis kelamin	Laki-laki	45	86,5	7	13,5	52	62,6
		Perempuan	28	90,3	3	9,7	31	37,3
3	Pendidikan terahir	Lulus SD/MI	7	87,5	1	12,5	8	9,6
		Lulus SMP/Sederajat	11	78,6	3	21,4	14	16,8
		Lulus SMA/Sederajat	37	88,1	5	11,9	42	50,6
		Lulus Sarjana	17	94,4	1	6,6	18	21,6
		Lainnya	1	100	0	0	1	1,20
4	Penghasilan (UMSK Surabaya)	< Rp 3.700.000	39	82,9	8	17,1	47	56,6
		≥ Rp 3.700.000	34	94,4	2	5,6	36	43,4

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

5	Dukungan	Buruk	0	0,00	0	0,00	0	0,00
		Sedang	28	84,8	5	15,2	33	39,8
		Baik	45	90,0	5	10,0	50	60,2
6	Pengetahuan	Kurang	1	100	0	0,00	1	1,20
		Cukup	8	88,9	1	11,1	9	10,8
		Baik	64	87,7	9	12,3	73	87,9
7	Persepsi	Persepsi positif	54	91,5	5	8,50	59	71,1
	Kerentanan	Persepsi negatif	19	79,2	5	20,8	24	28,9
8	Persepsi	Persepsi positif	33	89,2	4	10,8	37	44,6
	Keseriusan	Persepsi negatif	40	86,9	6	13,1	46	55,4
9	Persepsi	Persepsi positif	37	86,1	6	13,9	43	51,8
	Manfaat	Persepsi negatif	36	90,0	4	10,0	40	48,2
10	Persepsi	Persepsi positif	32	84,2	6	15,8	38	45,8
	Hambatan	Persepsi negatif	41	91,1	4	8,89	45	54,8

Tabel 5.1 menunjukkan sebagian besar dari responden penelitian ini memiliki penerimaan diri yang baik yaitu 73 orang (87,9%) dan sangat sedikit dari responden memiliki penerimaan diri yang buruk yaitu 10 orang (12,1%).

Dilihat dari data umur menunjukkan responden dengan umur 18-40 tahun dengan penerimaan diri baik adalah 11 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 2 orang. Responden dengan umur 41-60 tahun yang memiliki penerimaan diri baik adalah sebanyak 46 orang dan yang penerimaan dirinya buruk sebanyak 5 orang. Responden dengan umur >60 tahun dengan penerimaan diri baik adalah 16 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 3 orang. Uji statistik *Spearman Rank Test* diperoleh nilai signifikan $p=0,086$ berarti $p>0,05$ yang berarti hipotesis ditolak artinya tidak ada hubungan umur dengan penerimaan diri.

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Dari data responden dengan jenis kelamin laki-laki dengan penerimaan diri baik adalah 45 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 7 orang. Responden dengan jenis kelamin perempuan yang memiliki penerimaan diri baik adalah sebanyak 28 orang dan yang penerimaan dirinya buruk sebanyak 3 orang. Uji statistik *Spearman Rank Test* diperoleh nilai signifikan $p= 0,0614$ berarti $p>0,05$ yang berarti hipotesis ditolak artinya tidak ada hubungan jenis kelamin dengan penerimaan diri.

Dari data responden dengan pendidikan terakhir lulus SD/ sederajat dengan penerimaan diri baik adalah 17 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 1 orang. Responden dengan pendidikan terakhir lulus SMP/ sederajat yang memiliki penerimaan diri baik adalah sebanyak 11 orang dan yang penerimaan dirinya buruk sebanyak 3 orang. Responden pendidikan terakhir lulus SMA/ sederajat dengan penerimaan diri baik adalah 37 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 5 orang. Responden dengan pendidikan terakhir lulus sarjana yang memiliki penerimaan diri baik adalah sebanyak 17 orang dan yang penerimaan dirinya buruk sebanyak 1 orang. Responden dengan pendidikan terakhir lainnya sebanyak 1 orang memiliki penerimaan diri baik. Uji statistik *Spearman Rank Test* diperoleh nilai signifikan $p=0,024$ berarti $p<0,05$ yang berarti hipotesis diterima artinya ada hubungan pendidikan terakhir dengan penerimaan diri dengan koefisien korelasi 0,130 menunjukkan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi sangat lemah yaitu semakin tinggi pendidikan terakhir responden maka semakin tinggi penerimaan dirinya.

Dari data responden dengan penghasilan dibawah UMSK Surabaya dengan penerimaan diri baik adalah 39 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 8

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

orang. Responden dengan penghasilan diatas sama dengan UMSK Surabaya yang memiliki penerimaan diri baik adalah sebanyak 34 orang dan yang penerimaan dirinya buruk sebanyak 2 orang. Uji statistik *Spearman Rank Test* diperoleh nilai signifikan $p= 0,0114$ berarti $p<0,05$ yang berarti hipotesis diterima artinya ada hubungan penghasilan dengan penerimaan diri dengan koefisien korelasi 0,1750 menunjukkan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi sangat lemah yaitu semakin tinggi penghasilan responden maka semakin tinggi penerimaan dirinya.

Dari data responden dengan dukungan sedang dengan penerimaan diri baik adalah 28 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 5 orang. Responden dengan dukungan baik yang memiliki penerimaan diri baik adalah sebanyak 45 orang dan yang penerimaan dirinya buruk sebanyak 5 orang. Tidak terdapat responden dengan dukungan yang buruk. Uji statistik *Spearman Rank Test* diperoleh nilai signifikan $p=0,0486$ berarti $p<0,05$ yang berarti hipotesis diterima artinya ada hubungan dukungan dengan penerimaan diri dengan koefisien korelasi 0,0770 menunjukkan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi sangat lemah yaitu semakin tinggi dukungan untuk responden maka semakin tinggi penerimaan dirinya.

Dari data responden dengan pengetahuan cukup dengan penerimaan diri baik adalah 8 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 1 orang. Responden dengan pengetahuan baik yang memiliki penerimaan diri baik adalah sebanyak 64 orang dan yang penerimaan dirinya buruk sebanyak 9 orang. Terdapat 1 orang responden dengan pengetahuan kurang memiliki penerimaan diri baik. Uji statistik *Spearman Rank Test* diperoleh nilai signifikan $p=0,0825$ berarti $p>0,05$

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

yang berarti hipotesis ditolak artinya tidak ada hubungan pengetahuan dengan penerimaan diri.

Dari data responden dengan persepsi kerentanan positif dengan penerimaan diri baik adalah 54 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 5 orang. Responden dengan persepsi kerentanan negatif yang memiliki penerimaan diri baik adalah sebanyak 19 orang dan yang penerimaan dirinya buruk sebanyak 5 orang. Uji statistik *Spearman Rank Test* diperoleh nilai signifikan $p=0,0120$ berarti $p<0,05$ yang berarti hipotesis diterima artinya ada hubungan persepsi kerentanan dengan penerimaan diri dengan koefisien korelasi 0,1720 menunjukkan arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi sangat lemah yaitu semakin positif persepsi kerentanan responden maka semakin tinggi penerimaan dirinya.

Dari data responden dengan persepsi keseriusan positif dengan penerimaan diri baik adalah 33 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 4 orang. Responden dengan persepsi keseriusan negatif yang memiliki penerimaan diri baik adalah sebanyak 40 orang dan yang penerimaan dirinya buruk sebanyak 6 orang. Uji statistik *Spearman Rank Test* diperoleh nilai signifikan $p=0,076$ berarti $p>0,05$ yang berarti hipotesis ditolak artinya tidak ada hubungan persepsi keseriusan dengan penerimaan diri.

Dari data responden dengan persepsi manfaat positif dengan penerimaan diri baik adalah 37 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 6 orang. Responden dengan persepsi manfaat negatif yang memiliki penerimaan diri baik adalah sebanyak 36 orang dan yang penerimaan dirinya buruk sebanyak 4 orang. Uji statistik *Spearman Rank Test* diperoleh nilai signifikan $p=0,0586$ berarti $p>0,05$

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

yang berarti hipotesis ditolak artinya tidak ada hubungan persepsi manfaat dengan penerimaan diri.

Dari data responden dengan persepsi hambatan positif dengan penerimaan diri baik adalah 32 orang dan penerimaan dirinya buruk adalah 6 orang. Responden dengan persepsi hambatan negatif yang memiliki penerimaan diri baik adalah sebanyak 41 orang dan yang penerimaan dirinya buruk sebanyak 4 orang. Uji statistik *Spearman Rank Test* diperoleh nilai signifikan $p=0,0717$ berarti $p>0,05$ yang berarti hipotesis ditolak artinya tidak ada hubungan persepsi hambatan dengan penerimaan diri.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Pembahasan faktor yang berhubungan

1) Hubungan pendidikan terakhir dengan penerimaan diri

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan tingkat pendidikan dengan penerimaan diri dan hasil uji statistik *Spearman Rank Test* dengan arah korelasi positif berarti semakin tinggi pendidikan terakhir responden maka semakin tinggi penerimaan dirinya.

Ditinjau dari segi fungsi fisiologis otak manusia yakni fungsi dari area Wernick atau yang biasa disebut sebagai area intelegensia. Daerah ini merupakan pertemuan dari berbagai area interpretasi sensorik dan sangat berperan pada fungsi luhur setiap individu (Guyton and Hall, 2008). Dari fungsi luhur yang dimiliki seorang individu, akan cenderung untuk memiliki sifat patuh dan menerima apa yang harus dia lakukan untuk kesembuhan dan kelangsungan hidupnya.

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Sebagian besar responden penelitian ini berpendidikan terakhir SMA dan lebih besar prosentase diantaranya yang masuk dalam kategori penerimaan diri buruk. Pada responden dengan pendidikan terakhir hingga sarjana mengalami penurunan jumlah reponden yang masuk dalam kategori penerimaan diri buruk. Peneliti berpendapat bahwa, semakin tinggi pendidikan terakhir responden, akan semakin cepat memiliki interpretasi akan pentingnya menjaga kesehatannya, sifat patuh dan menerima akan lebih mudah muncul walaupun penyakit dan terapi ini merupakan hal baru yang harus diketahui. Sehingga ada hubungan tingkat pendidikan dengan penerimaan diri.

2) Hubungan penghasilan dengan penerimaan diri

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan penghasilan dengan penerimaan diri dan hasil uji statistik *Spearman Rank Test* dengan arah korelasi positif berarti semakin tinggi penghasilan responden maka semakin tinggi penerimaan dirinya.

Penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat atau membayar transportasi (Butar and Siregar, 2011). Walaupun sudah keseluruhan dari pasien hemodialisa RS Umum Haji Surabaya menggunakan BPJS, namun sebagian besar pasien masih mengungkapkan keberatan untuk biaya beberapa obat yang tidak tertanggung oleh BPJS, serta biaya transportasi yang harus dikeluarkan setiap kali berangkat terapi cuci darah.

Sebagian besar dari responden penelitian ini penghasilannya rendah (dibawah UMSK Surabaya) dengan prosentase lebih besar yang masuk dalam

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

kategori penerimaan diri buruk. Hal ini didukung dengan penelitian lain bahwa ada hubungan penghasilan dengan strategi coping pasien gagal ginjal kronis (Evi dkk, 2011). Peneliti berpendapat, hal ini dapat terjadi dikarenakan bagi mayoritas berpenghasilan rendah akan lebih cenderung untuk memilih memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari daripada kebutuhan obat dan terapinya. Sehingga ada hubungan antara penghasilan dan penerimaan diri dalam menjalani terapinya.

3) Hubungan dukungan dengan penerimaan diri

Hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan dukungan dengan penerimaan diri dan hasil uji statistik *Spearman Rank Test* dengan arah korelasi positif berarti semakin tinggi dukungan yang didapat maka semakin tinggi penerimaan dirinya. Hal ini didukung dengan penelitian lain bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa (Zefry, 2016).

Dukungan sangat dibutuhkan oleh setiap individu dalam menjalani hidupnya. Seseorang yang mendapatkan *support* dari lingkungan dan sosial akan membuat orang tersebut lebih merasa diterima keadaan dirinya oleh lingkungan. Perlakuan lingkungan sosial terhadap seseorang membentuk tingkah laku orang tersebut. Hal ini membuat seseorang yang mendapatkan perlakuan dari lingkungan sosial yang mendukung akan dapat menerima dirinya sendiri dengan lebih baik (Sari, 2002).

Sebagian besar dari responden penelitian ini mendapatkan dukungan yang baik dan sangat banyak diantaranya masuk dalam kategori penerimaan diri baik. Peneliti berpendapat, adanya dukungan yang diberikan oleh keluarga, pasangan dan teman membuat para penderita tersebut mencoba untuk selalu semangat dan

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

tidak merasa sendiri karena banyak yang mendukung serta membantu. Ini membuat responden mampu menghadapi masalah yang dialami dalam kehidupannya yang berkaitan dengan status responden sebagai penderita penyakit gagal ginjal kronis.

4) Hubungan persepsi kerentanan dengan penerimaan diri

Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan persepsi kerentanan dengan penerimaan diri dan hasil uji *Spearman Rank Test* dengan arah korelasi positif berarti semakin tinggi persepsi kerentanan responden maka semakin tinggi penerimaan dirinya. Hal ini didukung dengan penelitian lain bahwa ada hubungan yang signifikan antara persepsi kerentanan dengan penerimaan diri pasien HIV/AIDS (Fauziah, 2017).

Agar seseorang melakukan suatu tindakan untuk mengobati atau mencegah penyakitnya, individu tersebut harus merasakan bahwa dirinya rentan terhadap penyakit tersebut (Notoatmojo, 2010). Kerentanan yang diyakini oleh individu dan dia percaya bahwa dirinya termasuk individu beresiko terhadap suatu penyakit (Glanz, 2008).

Sebagian besar responden penelitian ini memiliki persepsi yang positif terhadap persepsi kerentanan dan sangat sedikit diantaranya yang masuk dalam kategori penerimaan diri buruk. Pada responden dengan persepsi negatif memiliki prosentase lebih tinggi yang masuk dalam kategori penerimaan diri buruk. Peneliti berpendapat bahwa, pasien hemodialisa dengan persepsi positif dalam persepsi kerentanannya, membuat dirinya merasa bahwa sangat penting mematuhi instruksi dokter terkait penyakitnya. Mengerti bahwa dirinya rentan tanpa adanya rasa minder, akan meningkatkan penerimaan dirinya dan meningkatkan kepatuhan

regimen medis. Sehingga ada hubungan persepsi kerentanan dengan penerimaan diri.

5) Faktor dominan

Hasil penelitian berdasarkan sepuluh faktor yang diteliti dan diuji menggunakan *Spearman Rank Test* diperoleh empat faktor yang memiliki hubungan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Umum Haji Surabaya. Faktor berikut yang berurutan mulai dari yang paling kuat hubungannya hingga paling lemah dilihat dari koefisien korelasinya antara lain faktor penghasilan, faktor persepsi kerentanan, faktor pendidikan terakhir dan faktor dukungan sosial.

Dari beberapa pasien dengan penghasilan rendah, mengungkapkan masih keberatan dari segi materi dalam menjalani terapinya. Walaupun keseluruhan pasien telah menggunakan BPJS dalam pelayanan hemodialisa, namun masih banyak obat-obatan lain tidak tertanggung oleh BPJS. Sehingga pasien terkadang tidak menebus obat yang diresepkan oleh dokter. Mereka lebih memilih untuk memenuhi kebutuhan sehari harinya dengan keluarga, daripada menebus obat yang mahal.

Mayoritas responden yang berpenghasilan rendah, namun juga mayoritas pasien memiliki penerimaan diri yang tergolong baik. Peneliti berpendapat, sikap menerima yang ditunjukkan oleh pasien pasien hemodialisa ini merupakan sikap menerima yang tanpa disertai adanya harapan untuk lebih baik, lebih cenderung ke arah sikap putus asa. Dimana pasien menerima akan penyakitnya, menerima akan terapi yang harus ia jalani, menerima akan aturan-aturan atau pola hidup terkait penyakitnya, dan cukup hanya sebatas itu. Dikarenakan adanya kendala

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

materi, maka pasien cenderung peduli akan pemenuhan kebutuhan yang menurutnya lebih mendesak, seperti sandang pangan ia dan keluarganya saja. Pasien cenderung pasrah melakukan apa yang bisa dilakukan, hanya mengandalkan tanggungan BPJS, dan sudah tidak peduli lagi dengan peningkatan atau penurunan kondisi fisiknya, dengan meminum atau tidak meminum obat dari resep dokter.

5.2.2 Pembahasan faktor yang tidak berhubungan

1) Hubungan umur dengan penerimaan diri

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan umur dengan penerimaan diri. Sebagian besar responden berusia 41-60 tahun dan hanya sedikit diantaranya yang masuk dalam kategori penerimaan diri buruk. Pada responden dengan rentang umur >60 tahun mengalami peningkatan jumlah responden yang masuk dalam kategori buruk.

Ancaman serius bagi identitas pada masa dewasa adalah diskontinuitas budaya. Hal ini terjadi ketika seseorang berpindah dari suatu latar belakang budaya ke latar belakang budaya yang lain dan mengalami pergolakan emosi. Masalah dalam struktur sosial, seperti gejolak politik, depresi ekonomi, dan pengangguran yang tinggi, dapat menimbulkan ancaman terhadap konsep diri seseorang. Pada orang usia lanjut, masalah konsep diri muncul kembali. Pensiun dan meningkatnya cacat fisik adalah masalah dimana seseorang harus bekerja keluar dari respons adaptif (Stuart, 2016). Dari munculnya berbagai masalah di berbagai rentang usia tersebut tidak bisa menjamin bahwa semakin tinggi usia responden maka semakin baik kematangan emosionalnya.

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Berdasarkan penelitian ini menunjukkan responden dengan umur muda atau tua tidak memiliki hubungan dengan penerimaan dirinya. Hal ini didukung dengan penelitian lain bahwa tidak ada hubungan umur dengan mekanisme koping pasien gagal ginjal kronis (Yunie and Desi, 2011). Peneliti berpendapat, hal ini dapat terjadi mengingat kemungkinan dari faktor yang tidak diteliti oleh peneliti, yaitu adanya penyakit lain yang dialami sehubungan dengan proses penuaan, sehingga hal ini menyebabkan beban stressor menjadi lebih banyak dan berpengaruh pada penerimaan diri yang dimiliki.

2) Hubungan jenis kelamin dengan penerimaan diri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin dengan penerimaan diri. Hal ini didukung dengan penelitian lain bahwa jenis kelamin pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa tidak ada hubungan dengan penerimaan diri yang dimiliki (Fauziah, 2017).

Ditinjau dari segi fungsi peran stereotip maskulinitas dan feminitas. Ketegangan peran dapat berasal dari nilai-nilai, keyakinan, perilaku, dan stereotip tentang peran gender. Sebagai contoh, perempuan mungkin dianggap kurang kompeten, kurang mandiri, kurang objektif, dan kurang logis dari pada pria. Pria mungkin dianggap kurang sensitivitas dalam hubungan interpersonal, kehangatan dan ekspresif, serta stereotip sifat maskulin mungkin dianggap lebih diinginkan daripada stereotip feminin. Persepsi ini sampai-sampai mencerminkan standart sosial dari perilaku peran gender, baik perempuan maupun laki-laki dimasukkan ke dalam konflik peran oleh perbedaan standart. Seorang perempuan yang mengadopsi perilaku yang dianggap cocok bagi seorang pria beresiko mendapat kritik atas kegagalannya menjadi feminin. Jika dia mengadopsi perilaku yang

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

tampak sebagai feminin, ia kurang dalam nilai-nilai yang berhubungan dengan maskulinitas. Demikian juga, jika seseorang laki-laki mengadopsi perilaku sebagai seorang perempuan, maskulinitas dan seksualitasnya mungkin dipertanyakan, dan kontribusinya mungkin didevaluasi atau diabaikan. Jika seorang laki-laki mengadopsi perilaku yang terkait dengan maskulinitas, ia beresiko tidak bisa mengungkapkan kehangatan, kelembutan, dan responsif (Stuart, 2016).

Berdasarkan penelitian ini menunjukkan bahwa responden dengan jenis kelamin laki-laki atau perempuan tidak memiliki hubungan dengan penerimaan dirinya. Ditunjukkan terdapat tiga responden perempuan, yakni responden dengan nomor kode P1114, P1213 dan P1216 yang memiliki penerimaan diri buruk juga mendapatkan dukungan yang belum baik. Dukungan yang belum baik dari keluarga atau teman sangat berperan dalam penerimaan dirinya, dimana hal tersebut merupakan motivasi dan sumber koping untuk memperkuat penerimaan dirinya. Dari hal ini peneliti berpendapat, setiap individu memiliki tingkat penerimaan dirinya masing-masing, tidak peduli itu laki-laki atau perempuan. Setiap individu dengan kesempatan yang sama dalam mendapatkan dukungan, akan dapat sama-sama memperkuat penerimaan dirinya, sehingga tidak ada hubungan jenis kelamin dengan penerimaan diri.

3) Hubungan pengetahuan dengan penerimaan diri

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan pengetahuan dengan penerimaan diri. Sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik. Pada responden dengan pengetahuan cukup justru mengalami penurunan prosentase yang masuk dalam kategori penerimaan diri buruk.

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Pengetahuan baik yang dimiliki seseorang belum tentu tidak ada kesulitan untuk patuh dalam menjalankan rekomendasi dari petugas medis (Agustina, 2009). Sejalan dengan penelitian lain yang menyatakan tidak ada hubungan pengetahuan dengan kepatuhan diet (Darbiyono, 2011). Hal ini karena ada perbedaan tingkat pemahaman dari responden mengenai informasi yang disampaikan oleh petugas kesehatan (Lestari, 2010).

Berdasarkan penelitian ini menunjukkan responden dengan pengetahuan baik, cukup maupun kurang tidak memiliki hubungan dengan penerimaan dirinya. Hal ini didukung dengan penelitian lain bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa dengan mekanisme kopingnya (Mutoharoh, 2010). Peneliti berpendapat hal ini dapat terjadi karena tidak semua responden yang memiliki keinginan untuk patuh terhadap regimen medis, walaupun memiliki pengetahuan yang baik. Sehingga tidak ada hubungan pengetahuan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.

4) Hubungan persepsi keseriusan dengan penerimaan diri

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan persepsi keseriusan dengan penerimaan diri. Hal ini didukung dengan penelitian lain bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi keseriusan dengan penerimaan diri pasien HIV/AIDS (Fauziah, 2017).

Berdasarkan penelitian ini menunjukkan responden dengan persepsi negatif maupun positif tidak memiliki hubungan dengan penerimaan dirinya. Sebagian besar responden penelitian ini memiliki persepsi keseriusan yang negatif. Meski mayoritas negatif, namun tingkat penerimaan diri pasien pasien

IR – PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

yang masuk dalam katagori baik merupakan mayoritas. Peneliti berpendapat, hal ini terjadi pada pasien pasien hemodialisa di unit hemodialisa RS Umum Haji Surabaya dikarenakan eratnya hubungan kekeluargaan antar pasien dan keluarga yang menjalani terapi dalam jadwal yang sama. Mereka saling memberikan dukungan dan motivasi akan penyakitnya, saling bercanda saat durante HD ataupun diluar terapi yang menyebabkan adanya rasa nyaman saat berkumpul. Pasien datang untuk terapi terkadang bukan karena merasa bahwa penyakitnya serius, melainkan karena keinginan untuk saling bertemu dengan teman sesama terapi hemodialisa. Sehingga tidak ada hubungan persepsi keseriusan dengan penerimaan diri.

5) Hubungan persepsi manfaat dengan penerimaan diri

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan persepsi manfaat dengan penerimaan diri.

Berdasarkan penelitian ini menunjukkan responden dengan persepsi manfaat positif maupun negatif tidak memiliki hubungan dengan penerimaan dirinya. Ditunjukkan dengan sebagian besar responden penelitian ini memiliki persepsi manfaat positif. Pada responden dengan persepsi manfaat negatif justru menurun diantaranya yang masuk dalam katagori buruk.

6) Hubungan persepsi hambatan dengan penerimaan diri

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan persepsi hambatan dengan penerimaan diri. Hal ini didukung dengan penelitian lain bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara persepsi hambatan dengan penerimaan diri pasien HIV/AIDS (Fauziah, 2017).

IR – PERPUSTAKAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

Berdasarkan penelitian ini menunjukkan responden dengan persepsi hambatan positif maupun negatif tidak memiliki hubungan dengan penerimaan dirinya. Ditunjukkan dengan sebagian besar responden penelitian ini memiliki persepsi hambatan negatif sedikit diantaranya yang masuk dalam kategori penerimaan diri buruk. Pada responden dengan persepsi hambatan positif justru meningkat diantaranya yang masuk dalam kategori buruk. Keterbatasan penyandang gagal ginjal dalam segi fisik merupakan hambatan dalam melakukan aktivitas yang berhubungan dengan diri sendiri maupun aktivitas sosial. Hal tersebut tergantung dari kondisi fisik yang mampu dicapai. Penyandang gagal ginjal akan mengarahkan aktivitasnya untuk tujuan hidup ketika mereka yakin mereka mampu mencapainya atau sebaliknya (Aini and Asiyah, 2013). Peneliti berpendapat dengan adanya keyakinan itu, para penyandang gagal ginjal kronis dapat mengembangkan diri mereka secara personal dan memperkuat penerimaan dirinya. Sehingga tidak ada hubungan persepsi hambatan dengan penerimaan diri.

BAB 6

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini menguraikan mengenai kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang analisis faktor yang berhubungan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Umum Haji Surabaya.

6.1 Simpulan

1. Semakin tinggi persepsi kerentanan yang dimiliki, maka semakin kuat penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Umum Haji Surabaya. Sedangkan persepsi keseriusan, persepsi manfaat dan persepsi hambatan tidak memiliki hubungan dengan penerimaan diri.
2. Semakin tinggi pendidikan terakhir dan penghasilan responden, maka semakin kuat penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Umum Haji Surabaya. Sedangkan usia dan jenis kelamin tidak memiliki hubungan dengan penerimaan diri.
3. Faktor pengetahuan tidak memiliki hubungan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Umum Haji Surabaya.
4. Semakin tinggi dukungan yang diperoleh maka semakin kuat penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Umum Haji Surabaya

5. Faktor dominan yang berhubungan dengan penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa di RS Umum Haji Surabaya adalah faktor penghasilan.

6.2 Saran

1. Kepada responden agar aktif mengikuti kegiatan kegiatan dari RS untuk pasien pasien dengan terapi hemodialisa, agar dapat terus termotivasi dan memperkuat penerimaan diri.
2. Bagi perawat, perlu adanya intervensi intervensi yang lebih mengarah pada motivasi pasien terkait kondisi fisiknya guna memperkuat penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa.
3. Bagi peneliti selanjutnya, perlu 87 kan penelitian mengenai faktor lain yang mungkin berhubungan dengan penerimaan diri pasien hemodialisa. Sebagai tindak lanjut dari penelitian ini, maka perlu dilakukan penelitian yang mendalam mengenai tingkat keputus asaan pasien pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa dan meneliti lebih lanjut intervensi apakah yang efektif digunakan dalam mengatasi keputus asaan yang dialami.

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, S. N. and Asiyah, S. N. (2013) 'Psychological well being penyandang gagal ginjal', *Jurnal Penelitian Psikologi*, 04(01), pp. 35–45.
- Alligood, M. R. (2017) *Pakar Teori Keperawatan dan Karya Mereka*. Singapore: Elsevier.
- Arikunto, S. (2010) *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Black, J. and Hawk, J. (2005) *Medical Surgical Nursing: Clinical Management for Positive Outcome, 7th Edition*. Philadelphia: Saunders Company.
- Butar-butur, A. and Siregar, C. T. (2011) 'Karakteristik Pasien Dan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa', 1(2009), p. 6. Available at: <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=58691&val=4130>.
- Cahyaningsih, N. D. (2009) *Hemodialisis, Panduan Praktis, Perawatan Gagal Ginjal*. Jogjakarta: Mitra Cendekia Press.
- Chiang, H. H. *et al.* (2015) 'Effects of acceptance of disability on death or dialysis in chronic kidney disease patients: A 3-year prospective cohort study', *BMC Nephrology*, 16(1). doi: 10.1186/s12882-015-0197-z.
- Custrona and Russell (1987) *The Provisions of Social Relationships and Adaptation to Stress*. Greenwich: JAI Press.
- Dariyo, A. (2007) *Psikologi Perkembangan Anak Usia Tiga Tahun Pertama*. Jakarta: PT Refika Aditama.
- Edberg, M. (2009) *Buku Ajar Kesehatan Masyarakat Teori Sosial dan Perilaku*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Fauziah, A. (2017) *Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Self Acceptance Penderita Hiv Dan Aids Dalam Kelompok Dukungan Sebaya (Kds) Berdasarkan Teori Health Belief Model*. Surabaya.
- Finnegan-John, J. and Thomas, V. J. (2012) 'The Psychosocial Experience of Patients with End-Stage Renal Disease and Its Impact on Quality of Life: Findings from a Needs Assessment to Shape a Service', *International Scholarly Research Notices*, 2013, p. e308986. doi: 10.5402/2013/308986.
- Gemmell, L. A. *et al.* (2016) 'Gender and Racial Differences in Stress, Coping, and Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease', *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier, 52(6), pp. 806–812. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.05.029.
- Germer, C. K. (2009) *The Mindful Path To Self-Compassion*. USA: The Guilford Press.

- Gesualdo, G. D. *et al.* (2017) 'Factors Associated With the Quality of Life of Patients Undergoing Hemodialysis', *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), pp. 1–10. doi: 10.1590/0104-07072017005600015.
- Gillanders, S. *et al.* (2008) 'Emotion Regulation, Affect, Psychosocial Functioning, and Well-being in Hemodialysis Patients', *American Journal of Kidney Diseases*, 51(4), pp. 651–662. doi: 10.1053/j.ajkd.2007.12.023.
- Glanz, K., Rimer, B. and Vishwanath, K. (2008) *Health Behaviour and Health Education: theory & Practice*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Griffin, M. J. (2012) *Health belief model, social support, and intent to screen for colorectal cancer in older African American men.*, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Available at: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2012-99040-231&site=ehost-live>.
- Guyton, A. C. and Hall, J. E. (2008) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. 11th edn. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hidayati, W. and Wahyuni, K. (2012) 'Pengalaman Self-Care Berdasarkan Teori Orem Pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis', *Jurnal Nursing Studies*, 1(1), pp. 244–251.
- Hub, L. C. (2014) 'Health Beliefs Toolkit.'
- Hurlock (2006) *Psikologi Perkembangan : Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta: Erlangga.
- Ignatavicius, D. and Workman, L. (2006) *Medical Surgical Nursing, Critical Thinking for Collaborative Care*. Singapore: Elsevier.
- Joyce and Jane (2014) *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Jilid 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kemenkes (2017) 'InfoDATIN.'
- Lin, C. C., Han, C. Y. and Pan, I. J. (2015) 'A qualitative approach of psychosocial adaptation process in patients undergoing long-term hemodialysis', *Asian Nursing Research*. Elsevier, 9(1), pp. 35–41. doi: 10.1016/j.anr.2014.10.007.
- Lubis, A. J. and Psikologi (2006) 'Dukungan Sosial Pada Pasien Gagal Ginjal Terminal yang Melakukan Terapi Hemodialisa', *Universitas Sumatera Utara*, pp. 16 – 26.
- Mahmudah, U., Cahyati, W. H. and Wahyuningsih, A. S. (2013) 'Jurnal Kesehatan Masyarakat', *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), pp. 113–120. doi: ISSN 1858-1196.
- Mehri, K. *et al.* (2017) 'Effect of stress inoculation program on self-esteem of Iranshahr hemodialysis patients', 5(4), pp. 6–10. doi: 10.17354/ijssI/2017/2.

- Muttaqin, A. (2011) *Asuhan Keperawatan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Niu, H. yan and Liu, J. feng (2017) ‘The psychological trajectory from diagnosis to approaching end of life in patients undergoing hemodialysis in China: A qualitative study’, *International Journal of Nursing Sciences*. Elsevier Ltd, 4(1), pp. 29–33. doi: 10.1016/j.ijnss.2016.10.006.
- Notoatmodjo, S. (2010) *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nursalam (2016) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis Edisi 4*. Jakarta: Salemba Medika.
- Oxtavia, V. and Lestari, W. (2013) ‘Hubungan citra tubuh dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis’, 1(2007), pp. 1–10.
- Potter, P. A. and Perry, A. G. (2010) *Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pratiwi, D. A. (2014) ‘Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pasien Ggk Dengan Hemodialisa’, pp. 1–17.
- Price, S. A. and Wilson, L. M. (2002) *Pathophysiology: Clinical Concept of Disease Processes*. Mosby: Elsevier.
- Purwati, H. and Wahyuni, S. (2015) ‘Hubungan antara Lama Menjalani Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronik di RS Gatoel Mojokerto’, *Jurnal keperawatan Indonesia*, 1(3), pp. 1–9.
- Ryff, C. D. (1989) ‘Happiness is Everything, or is it?’, *Journal of personality and social psychology*, 57(6), pp. 1069–1081. doi: 10.1037/034645.
- Santrock, J. W. (2007) *Adolescence Perkembangan Remaja*. Jakarta: Erlangga.
- Sirait, L. M. and Sarumpaet, S. (2013) ‘Hubungan Komponen Health Belief Model (HBM) Dengan Penggunaan Kondom Pada Anak Buah Kapal (ABK) Di Pelabuhan Be- lawan The Relationship Between Health Belief Model Components And The Use Of Condom Among Ship Crews At Belawan Seaport’, *Jurnal Precure*, 1(April), pp. 43–49.
- Smeltzer and Bare (2008) *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippocott Willians & Wilkins Publisher.
- Smeltzer, S. C. (2013) *Keperawatan Medikah-Bedah Edisi 12*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Stuart, G. W. (2016) *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore: Elsevier Ltd.
- Sudoyo, W. (2009) *Buku Ajar Penyakit Dalam Edisi 5 Jilid 2*. Jakarta: Pusat Penerbit Ilmu Penyakit Dalam FKUI.
- Susan B, B. (2002) *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-prinsip Pengajaran dan*

Pembelajaran. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Suwitra, K. (2006) *Buku Ajar Penyakit Dalam*. Jakarta: Departemen Penyakit Dalam FK UI.

Syamsyir, A. and Hadibroto, I. (2007) *Gagal Ginjal*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Thomas, N. (2008) *Renal Nursing 3rd Edition*. London: Elsevier.

Wati, A. and Purba, D. (2017) 'The Correlation Between Self-Esteem And Optimism For The Recovery Of Hemodialysis Patient In The Dr . H . Kumpulan Pane Hospital', 22(10), pp. 71–81. doi: 10.9790/0837-2210017181.

Widakdo, G. and Besral (2013) 'Efek Penyakit Kronis terhadap Gangguan Mental Emosional', *Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional*, 7, pp. 309–316. doi: 10.21109/kesmas.v7i7.31.

Zefry, M. and Purnama, W. (2016) 'Dukungan Sosial dengan Penerimaan Diri pada Penderita Gagal Ginjal', (1973).

Lampiran 1. Permohonan Fasilitas Survey Pengambilan Data Awal



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913751, 5913752, 5913756 Faks. (031) 5913259, 5913252
Website: <http://www.unair.ac.id> | Email: dekan@msw.unair.ac.id

Nomor : 368 /UN3.1.13/PP/2018
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Fasilitas
Survey Pengambilan Data Awal

5 Maret 2018

Kepada Yth: Direktur Rumah Sakit Unum Haji
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya survey pengambilan data awal bagi mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk melakukan pengumpulan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian

Nama : Aisyah Kartika Sukmawati
NIM : 131411131072
Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Mempengaruhi Penerimaan Diri Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RSUD Haji Surabaya
Pembimbing Ketua : Dr. Abu Bakar S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep. MB
Pembimbing : Deni Yasmara S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep. MB

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.




Tembusan:

1. Kepala Instalasi Hemodialisa RSUD Haji Surabaya
2. Kepala Ruangan Hemodialisa RSUD Haji Surabaya

Lampiran 2. Lembar Monitoring Pengambilan Data Awal


LEMBAR MONITORING PENELITIAN

Nama Peneliti : Aisyah Kartika Sukmawati
 Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
 Judul : Analisis Faktor Penerimaan Diri Pasien BGR mengalami HD
 Lokasi Penelitian : Unit Hemodialisa Ruangan:
 Waktu penelitian : 2 - 13 April 2018 s/d
 Jadwal Kegiatan Penelitian :

No.	Haril/ Tanggal	Kegiatan	Pembimbing Lapangan
1.	Rabu, 4 April 2018	Ambil data pasien : nama, lama terap, & jadwal terapi	
2.	Senin, 9 April 2018	Jajap pendapat kepala ruangan + pengukuran SAS pasien	
3.	Selasa, 10 April 2018	Pengukuran Self Acceptance Scale pasien	
4.	Rabu, 11 April 2018	Pengukuran Self Acceptance Scale pasien	
5.	Kamis, 12 April 2018	Pengukuran Self Acceptance Scale pasien	
6.	Jum'at, 13 April 2018	Pengukuran Self Acceptance Scale pasien	
7.			

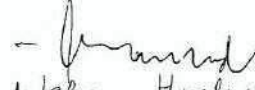
Surabaya, 10 April 2018

Peneliti

Pembimbing Unit

 Dwi Nurwan VV, SpPD.FINASIM


 (AISYAH KARTIKA)

Ka. Sie Litbang
 RSU Haji Surabaya


 Wahyu Hunkayuni, S.KM

Lampiran 3. Permohonan Fasilitas Pengambilan Data Penelitian



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913257, 5913756 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://ners.unsir.ac.id> | Email: dekan_ners@fkip.unsir.ac.id

Nomor : 1683/UN3.1.13/PPd/2018 4 Juni 2018
Lampiran : 1 (satu) eksemplar
Perihal : **Permohonan Fasilitas
Pengambilan Data Penelitian**

Kepada Yth.: Direktur Rumah Sakit Umum Haji
Surabaya

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengambil data penelitian sebagai bahan penyusunan skripsi

Nama : Aisyah Kartika Sukmawati
NIM : 131411131072
Judul Skripsi : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Penerimaan Diri
Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisa
di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Atas perhatian dan kerjasama Bapak/ Ibu, kami sampaikan terima kasih.

Wakil Dekan I

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes.
NIP. 196808291989031002

Tembusan:

1. Kepala Instalasi Hemodialisa Rumah Sakit Umum Haji Surabaya
2. Kepala Ruang Hemodialisa Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Lampiran 4. Surat Balasan Pengambilan Data Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR

RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA

e-mail: rsuhajisby1@yahoo.com Telp. (031) 5924000 Fax 5947890
Jalan Manyar Kertoadi Surabaya 60117

Surabaya, 17 Juli 2018

Nomor : 070 / 2771 / 304 / 2018
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pemberitahuan

Kepada
Yth. Sdr. Dekan
Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
di-
SURABAYA

Menindaklanjuti surat saudara nomor: 1683/UN3.1.13/PPd/2018 tanggal 4 Juni 2018 tentang permohonan ijin pengambilan data penelitian untuk penyusunan tugas akhir, dengan ini diberitahukan bahwa pada dasarnya kami tidak keberatan menerima mahasiswa saudara:

Nama : Aisyah Kartika Sukmawati
NIM : 131411131072
Institusi : Fakultas Keperawatan UNAIR
Judul : Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerimaan Diri Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Untuk melaksanakan penelitian, dimohon yang bersangkutan berkoordinasi ke Bidang Diklit RSU Haji Surabaya. Pada penelitian ini dimohon untuk diterbitkan surat penunjukan an. Sri Sunaryati, SST sebagai pembimbing lapangan.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik disampaikan terima kasih.

Direktur

Dr. drg. SRI AGUSTINA A. M. Kes
Pembina Utama Muda
NIP. 19600813 198503 2 005

Lampiran 5. Sertifikat Etik


KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
No : 995-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

“ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENERIMAAN DIRI PASIEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI TERAPI HEMODILISA”

<u>Peneliti utama</u> <i>Principal Investigator</i>	: Aisyah Kartika Suknawati
<u>Nama Institusi</u> <i>Name of the Institution</i>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u> <i>Setting of research</i>	: Ruang Hemodialisa RS Umum Haji Surabaya

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited.

Surabaya, 10 Juli 2018
Ketua, (*CHAIRMAN*)

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
NIP. 1963 0608 1991 03 1002



Lampiran 6. Lembar permintaan menjadi responden

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Responden yang saya hormati, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Aisyah Kartika Sukmawati

NIM : 131411131072

adalah mahasiswa Pendidikan Ners Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang “Analisis Faktor yang Mempengaruhi Penerimaan Diri Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya”.

Sehubungan dengan penelitian yang akan dilakukan, maka dengan ini saya mohon kesediaan saudara menjadi responden. Semua informasi dan identitas responden akan dirahasiakan dan hanya untuk kepentingan penelitian. Saya mohon kepada saudara untuk menjawab pertanyaan pada kuesioner dengan sejujurnya. Apabila dalam penelitian ini saudara merasa tidak nyaman dengan pertanyaan dalam kuesioner maka saudara dapat mengundurkan diri.

Apabila saudara berkenan menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya,.....

Hormat saya,

Peneliti

Aisyah Kartika Sukmawati

**PENJELASAN PENELITIAN
BAGI RESPONDEN PENELITIAN**

Judul Penelitian: Analis Faktor yang Mempengaruhi Penerimaan Diri Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisa di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

Tujuan

Tujuan Umum:

Menganalisa faktor dominan yang mempengaruhi penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya.

Tujuan Khusus:

5. Mengidentifikasi faktor persepsi individu (persepsi kerentanan, persepsi keseriusan, persepsi manfaat, persepsi hambatan) terhadap penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya.
6. Mengidentifikasi faktor demografi (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan) terhadap penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya.
7. Mengidentifikasi faktor pengetahuan terhadap penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya.
8. Mengidentifikasi faktor dukungan terhadap penerimaan diri pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa di RSUD Haji Surabaya.

Perlakuan yang diterapkan pada subjek:

Pada penelitian ini saudara diminta untuk mengisi kuesioner sesuai dengan kondisi saat ini tanpa dilakukan intervensi apapun, berikut langkah-langkah yang dilakukan saat pengisian data :

1. Peneliti yang dibantu oleh kepala ruangan hemodialisa untuk menentukan saudara sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian ini.
2. Sebelum pengambilan data, saudara diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* untuk mengetahui apakah saudara bersedia atau tidak untuk berpartisipasi dalam penelitian. Lembar *informed consent* juga ditandatangani oleh saksi yang merupakan kepala ruangan atau pendamping penelitian di RS Umum Haji Surabaya.
3. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian ini dan cara pengisian kuesioner kepada saudara. Peneliti menghimbau kepada saudara agar mengisi kuesioner dengan jujur sesuai dengan kondisi saat ini.
4. Peneliti memberikan kesempatan kepada saudara untuk bertanya atau meminta penjelasan atas pertanyaan yang diajukan selama pengisian kuesioner.
5. Peneliti membagikan lembar kuesioner tentang data demografi dan pengukuran penerimaan diri.
6. Saudara diminta untuk menjawab pertanyaan pada kuesioner.
7. Peneliti memeriksa kembali kuesioner yang telah diisi oleh saudara untuk mengantisipasi jika ada pertanyaan yang belum terjawab.

8. Data yang terkumpul akan dicatat dalam lembar pengumpulan data dan diidentifikasi mengenai skala penerimaan diri.
9. Akan ada tindak lanjut pertemuan pada responden yang memenuhi kriteria penelitian untuk pengisian kuesioner tentang analisis faktor penerimaan diri dari segi persepsi individu.

Waktu dan Tempat Dilakukan Pengisian Kuesioner

Pengisian kuesioner dilakukan di ruang terapi hemodialisa Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

Manfaat

Memberikan wawasan bagi pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisa mengenai faktor yang paling mempengaruhi penerimaan dirinya, sehingga dapat dioptimalkan dan mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Bahaya Potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subjek dalam penelitian ini, oleh karena dalam penelitian ini tidak dilakukan intervensi apapun melainkan hanya melakukan pengisian kuesioner sesuai dengan keadaan saudara.

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan subjek dalam penelitian ini bersifat sukarela dan saudara berhak untuk mengundurkan diri kapanpun tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

Jaminan kerahasiaan data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subjek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subjek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subjek dibuat kode. Data juga akan disimpan dengan aman dan terjaga kerahasiaannya.

Adanya insentif untuk subjek

Karena keikutsertaan subjek bersifat sukarela, tidak ada insentif berupa uang yang akan diberikan kepada responden.

Informasi Tambahan

Hasil penelitian ini akan diberikan kepada institusi pendidikan dimana peneliti sedang belajar yakni Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dan institusi dimana penelitian ini dilaksanakan yakni Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

Pernyataan Kesediaan

Apabila responden telah memahami penjelasan dan setuju sebagai responden dalam penelitian ini, mohon menandatangani surat pernyataan bersedia berpartisipasi sebagai responden penelitian

Contact Person:

Aisyah Kartika Sukmawati (081233296223)

Lampiran 7. Lembar persetujuan menjadi responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Kode **):

Telah mendapatkan keterangan secara rinci dan jelas mengenai:

1. Judul penelitian
2. Tujuan penelitian
3. Perlakuan yang akan diterapkan
4. Manfaat penelitian
5. Bahaya yang akan timbul

Serta mendapatkan kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya (bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi responden penelitian saudara Aisyah Kartika Sumawati dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Peneliti

Surabaya,.....2018
Responden

(_____)

(_____)

Saksi

(_____)

*) coret yang idak perlu

**) diisi oleh peneliti

Lampiran 8. Kuesioner (A) pengumpulan data umum

LEMBAR KUESIONER (A) PENGUMPULAN DATA UMUM
ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENERIMAAN DIRI
PASIEEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI TERAPI
HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA

PETUNJUK PENGISIAN KUISIONER

1. Berilah tanda *check list* (\surd) pada pilihan jawaban Anda
2. Isilah pada titik-titik yang tersedia jika pilihan jawaban yang ada tidak sesuai dengan Anda
3. Periksa kembali seluruh jawaban Anda sebelum mengumpulkannya

No. Responden (_____)

1. Usia Anda saat ini :
 18 – 40 tahun
 41 – 60 tahun
2. Jenis kelamin :
 Laki-laki
 Perempuan
3. Pendidikan terakhir
 Lulus SD/MI
 Lulus SMP/Sederajat
 Lulus SMA/Sederajat
 Lulus Sarjana
 Lainnya:.....
4. Penghasilan
 < Rp 3.700.000
 \geq Rp 3.700.000

Kuisiener *Modifying Factor* : Dukungan

No	Pertanyaan	Sangat Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Sesuai	Sangat Sesuai
1	Ada orang yang spesial yang selalu ada di sekitar saya				
2	Orang yang saya anggap spesial tidak menanggapi ketika saya menceritakan kebahagiaan dan kesedihan saya				
3	Keluarga saya selalu mencoba membantu saya				
4	Keluarga tidak memberikan bantuan secara emosional dan dukungan yang saya butuhkan				
5	Saya memiliki orang yang spesial di dalam hidup saya yang memberikan kenyamanan				
6	Teman yang tau keadaan saya tidak mencoba membantu saya keluar dari masalah				
7	Saya bisa meminta bantuan pada teman-teman ketika ada suatu hal yang tidak beres				
8	Saya bisa berbicara mengenai masalah saya dengan keluarga				
9	Saya memiliki teman yang bisa saya ajak bercerita mengenai kebahagiaan dan kesedihan saya				
10	Tidak ada orang di hidup saya yang				

	peduli dengan perasaan saya				
11	Saya mengambil keputusan secara mandiri, tanpa ada camur tangan keluarga saya				
12	Saya tidak bisa menceritakan masalah yang saya alami pada teman saya				

Kuisiner *Modifying Factor* : Pengetahuan

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah gagal ginjal adalah keadaan dimana ginjal tidak mampu lagi untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan tubuh?		
2	Apakah diabetes militus dan hipertensi merupakan salah satu penyebab dari gagal ginjal kronis?		
3	Apakah kulit pucat, kaki bengkak dan mual muntah merupakan salah satu tanda gagal ginjal kronis?		
4	Apakah batuk dan bersin dapat menularkan gagal ginjal?		
5	Apakah anemia merupakan salah satu komplikasi dari gagal ginjal kronis?		
6	Apakah dengan banyak minum air dapat memperbaiki fungsi ginjal pada penderita gagal ginjal kronis?		
7	Apakah terapi hemodialisa merupakan salah satu terapi pengganti ginjal?		
8	Apakah tujuan dari terapi hemodialisa adalah untuk mengeluarkan zat racun dalam tubuh?		
9	Apakah dengan dikeluarkannya racun dalam tubuh dapat mencegah kerusakan permanen pada ginjal?		
10	Apakah lebih baik jika melakukan terapi hemodialisa dengan tidak sesuai jadwal?		

Lampiran 9. Kuesioner (B) *Self Acceptance Scale*

LEMBAR KUESIONER (B) *SELF ACCEPTANCE SCALE* (SAS)
ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENERIMAAN DIRI
PASIEEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI TERAPI
HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA
(Sumber Sheerer dimodifikasi oleh Berger 1973)

PETUNJUK PENGISIAN KUISIONER

Petunjuk pengisian:

Dibawah ini terdapat 36 pertanyaan, pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap penerimaan diri dalam hidup anda. **Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai.** Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik. Bayangkan dalam pikiran anda tentang segala harapan, kesenangan, dan perhatian anda.

Isilah setiap pertanyaan dengan cara memberikan **tanda lingkaran (O)** pada salah satu respon yang paling sesuai dengan diri Anda, berdasarkan pilihan berikut :

STS = Sangat Tidak Sesuai

TS = Tidak Sesuai

S= Sesuai

SS = Sangat Sesuai

No	Pertanyaan	Sangat Tidak Sesuai	Tidak Sesuai	Sesuai	Sangat Sesuai
1	Orang lain mungkin berpikir saya tidak berarti di dunia ini, tapi saya tidak pernah memiliki pikiran seperti itu	STS	TS	S	SS
2	Ketika orang lain mengatakan hal yang baik tentang saya, saya tidak benar-benar mempercayainya. Menurut saya mereka hanya bercanda atau tidak tulus.	STS	TS	S	SS
3	Jika saya mendapatkan kritikan saya tidak bisa menerimanya	STS	TS	S	SS
4	Saya tidak banyak berpendapat di depan umum karena saya takut mereka akan mengkritik atau menertawakan saya	STS	TS	S	SS
5	Saya sadar jika saya kurang memiliki tujuan dalam menjalani hidup, tetapi saya juga tidak yakin mampu menggunakan kemampuan saya dengan cara yang lebih baik	STS	TS	S	SS
6	Saya takut orang lain kecewa terhadap diri saya jika mereka tahu bagaimana diri saya yang sebenarnya	STS	TS	S	SS
7	Saya berusaha mengekspresikan perasaan saya secara wajar sehingga dapat diterima oleh orang lain	STS	TS	S	SS
8	Saya merasa malu dan tidak percaya diri jika berada di depan umum	STS	TS	S	SS
9	Agar dapat diterima dan disukai oleh orang lain, saya cenderung menjadi apa yang diharapkan orang lain terhadap saya	STS	TS	S	SS
10	Ketika saya berada dalam suatu kelompok saya biasanya tidak banyak bicara karena saya takut	STS	TS	S	SS

	mengatakan hal yang salah				
11	Saya merasa canggung apabila saya bersama orang yang tidak mengidap penyakit yang sama dengan saya	STS	TS	S	SS
12	Saya berpikir terlalu tegang atau khawatir berlebihan dengan penyakit yang saya hadapi	STS	TS	S	SS
13	Seringkali saya tidak berusaha ramah terhadap orang lain karena saya merasa mereka tidak akan menyukai saya	STS	TS	S	SS
14	Saya akan menerima segala kemungkinan terburuk yang akan terjadi pada saya	STS	TS	S	SS
15	Sepertinya saya memiliki kekuatan dalam diri saya untuk mengatasi sesuatu. Saya merasa cukup kuat dan hal tersebut membuat saya yakin dengan diri saya	STS	TS	S	SS
16	Saya merasa penyakit ini sebagai hukuman atas kesalahan yang saya lakukan di masa lalu	STS	TS	S	SS
17	Saya tidak sepenuhnya percaya dengan diri saya sendiri	STS	TS	S	SS
18	Saya merasa malu dengan kondisi saya yang sekarang setelah mengetahui bahwa saya harus menjalani terapi hemodialisa	STS	TS	S	SS
19	Saya merasa bahwa saya setara dengan orang lain	STS	TS	S	SS
20	Saya merasa memiliki kemampuan yang khusus dan orang lain juga mengatakan demikian, namun saya takut tidak memberikan sesuai dengan apa yang harus mereka dapat	STS	TS	S	SS
21	Saya tidak takut bertemu orang baru karena saya merasa diri saya berharga dan tidak ada alasan bagi mereka untuk tidak menyukai saya	STS	TS	S	SS

22	Saya cenderung mengesampingkan masalah yang saya hadapi	STS	TS	S	SS
23	Saya merasa diperlakukan berbeda oleh orang lain	STS	TS	S	SS
24	Ketika harus berada dalam kelompok, saya mengalami kesulitan dan ragu menyampaikan sesuatu	STS	TS	S	SS
25	Saya merasa percaya diri bahwa saya dapat melakukan sesuatu tentang masalah yang dapat muncul di masa depan	STS	TS	S	SS
26	Saya akan berusaha semaksimal mungkin untuk melakukan yang terbaik demi kesembuhan dan meningkatkan kualitas hidup saya	STS	TS	S	SS
27	Saya tidak khawatir pada diri saya jika orang lain memiliki penilaian yang tidak sesuai dengan saya (penilaian buruk)	STS	TS	S	SS
28	Saya merasa sangat tidak normal, tetapi saya ingin merasa normal	STS	TS	S	SS
29	Jika nasib saya lebih baik dari saat ini saya dapat mencapai hal-hal yang lebih	STS	TS	S	SS
30	Saya terlalu mengikuti standar orang lain dalam hidup saya	STS	TS	S	SS
31	Saya cenderung menganggap apa yang disampaikan orang lain adalah kritikan dan hinaan untuk saya	STS	TS	S	SS
32	Saya merasa berada di level yang sama dengan orang lain dan itu membantu saya untuk berhubungan baik dengan mereka	STS	TS	S	SS
33	Karena orang lain, saya tidak mampu mencapai sebanyak apa yang seharusnya saya dapat	STS	TS	S	SS
34	Walaupun orang lain berpikir yang baik tentang saya, saya merasa bersalah karena saya tahu kalau	STS	TS	S	SS

	saya sedang membohongi mereka.				
35	Sepertinya saya berpura-pura agar orang terkesan dengan saya. Saya tahu, saya bukan orang yang demikian	STS	TS	S	SS
36	Saya tidak bisa mengendalikan rasa bersalah tentang apa yang saya rasakan terhadap beberapa orang dalam hidup saya.	STS	TS	S	SS

Lampiran 10. Kuesioner (C) persepsi individu

LEMBAR KUESIONER (C) PERSEPSI INIDIVIDU ANALISIS FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENERIMAAN DIRI PASIEEN GAGAL GINJAL KRONIS YANG MENJALANI TERAPI HEMODIALISA DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA (Mengacu pada <i>Health Beliefs Toolkit</i> yang diterbitkan oleh <i>Collage of Behavioral and Community Sciences University of South Florida</i> (2014))

PETUNJUK PENGISIAN KUISIONER

Petunjuk pengisian: Bacalah setiap pertanyaan dan beri tanda centang (√)

disebelah kanan pertanyaan sesuai dengan pendapat saudara.

No. Responden (_____)

No	Pertanyaan	Sangat Tidak Benar	Tidak Benar	Benar	Sangat Benar
Persepsi Kerentanan (<i>Perceived Susceptibility</i>)					
1	Saya datang kesini agar penyakit saya tidak semakin parah dan berharap mendapatkan keadaan yang membaik.				
2	Dengan saya datang kesini, belum tentu saya semakin membaik.				
3	Saya tahu, orang lain yang sedang mengalami masalah serupa dengan saya, juga melakukan terapi dan keadaanyanya membaik.				

4	Saya berdoa agar keadaan saya membaik, namun dengan berdoa itu tidak membantu saya untuk pulih.				
Persepsi Keseriusan (<i>Perceived Seriousness</i>)					
1	Menurut saya, penyakit saya ini adalah penyakit yang serius dan harus mendapat terapi medis.				
2	Saya tahu bahwa dengan terapi hemodialisa, akan membantu mempertahankan kehidupan dan kesejahteraan saya hingga fungsi ginjal saya kembali pulih.				
3	Orang-orang dilingkungan saya mengatakan bahwa penyakit saya tidak serius, dan tidak harus menjalani terapi hemodialisa.				
4	Saya berpikir, jika tanpa bantuan medis dalam terapi untuk penyakit saya, saya akan baik-baik saja.				
Persepsi Manfaat (<i>Perceived Benefit</i>)					
1	Saya merasa puas saat mendapat berbagai pelayanan yang disediakan di Rumah Sakit ini.				
2	Keluarga saya mendukung keputusan saya untuk menjalani terapi hemodialisa ini.				
3	Saya mendapatkan pendampingan dari orang lain selain keluarga saya. Seperti dari teman-teman saya.				

4	Saya merasa agama penting bagi saya, namun tidak begitu mendukung saya untuk sembuh.				
5	Saya tidak yakin, bahwa doa saya telah didengar. Belum pasti saya akan sembuh.				
6	Saya berdoa agar keadaan saya membaik, namun dengan berdoa itu tidak membantu saya untuk pulih.				
7	Saya tidak pernah menerima pelayanan dari dukun, kyai, pendeta, atau pengobatan alternatif lain.				
8	Saya rajin beribadah, dan melakukan kegiatan lain yang termasuk ibadah.				
Persepsi Hambatan (<i>Perceived Barriers</i>)					
1	Saya berpikir, jika tanpa bantuan medis dalam terapi untuk penyakit saya, saya tidak akan baik-baik saja.				
2	Keluarga saya mendukung keputusan saya untuk menjalani terapi hemodialisa ini.				
3	Saya mendapatkan pendampingan dari orang lain selain keluarga saya. Seperti dari teman-teman saya.				
4	Saya berpikir bahawa orang lain memiliki prasangka yang buruk dengan saya. Mereka melakukan diskriminasi terhadap saya atas penyakit saya ini.				

5	Orang-orang dilingkungan saya mengatakan bahwa penyakit saya tidak serius, dan tidak harus menjalani terapi hemodialisa.				
6	Jika ada orang lain yang melakukan diskriminasi terhadap saya, itu bukan masalah bagi saya.				
7	Saya ingin diperlakukan baik dan dihormati pada saat perawatan hemodialisa.				
8	Saya ingin mendapatkan perhatian yang baik dari penyedia layanan hemodialisa terutama mengenai kesehatan saya.				
9	Saya pernah mengalami pengalaman buruk mengenai penyakit saya, dan saya tidak dapat mengatasinya.				

Lampiran 11. Hasil Uji Validitas dan Realiabilitas

Correlations Dukungan

		Correlations							
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Q1	Pearson Correlation	1	.463*	.068	.453*	.634**	.428	.431	.446*
	Sig. (2-tailed)		.040	.777	.045	.003	.060	.058	.049
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Q2	Pearson Correlation	.463*	1	.457*	.340	.320	.217	.297	.581**
	Sig. (2-tailed)	.040		.043	.142	.169	.357	.203	.007
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Q3	Pearson Correlation	.068	.457*	1	.596**	.140	.000	.130	.524*
	Sig. (2-tailed)	.777	.043		.006	.556	1.000	.584	.018
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Q4	Pearson Correlation	.453*	.340	.596**	1	.313	.373	.291	.547*
	Sig. (2-tailed)	.045	.142	.006		.179	.106	.213	.013
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Q5	Pearson Correlation	.634**	.320	.140	.313	1	.210	.675**	.279
	Sig. (2-tailed)	.003	.169	.556	.179		.374	.001	.234
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Q6	Pearson Correlation	.428	.217	.000	.373	.210	1	.391	.280
	Sig. (2-tailed)	.060	.357	1.000	.106	.374		.089	.233
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Q7	Pearson Correlation	.431	.297	.130	.291	.675**	.391	1	.450*
	Sig. (2-tailed)	.058	.203	.584	.213	.001	.089		.046
	N	20	20	20	20	20	20	20	20

Q8	Pearson Correlation	.446*	.581**	.524*	.547*	.279	.280	.450*	1
	Sig. (2-tailed)	.049	.007	.018	.013	.234	.233	.046	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Q9	Pearson Correlation	.312	.292	.069	.257	.202	.161	.511*	.426
	Sig. (2-tailed)	.181	.212	.773	.275	.392	.499	.021	.061
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Q10	Pearson Correlation	.286	.386	.507*	.504*	.355	.000	.330	.443
	Sig. (2-tailed)	.222	.093	.022	.023	.125	1.000	.155	.050
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Q11	Pearson Correlation	.407	.042	.128	.382	.287	-.021	-.050	.121
	Sig. (2-tailed)	.075	.861	.591	.097	.220	.929	.834	.612
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
Q12	Pearson Correlation	.582**	.249	.293	.743**	.501*	.528*	.588**	.485*
	Sig. (2-tailed)	.007	.291	.210	.000	.025	.017	.006	.030
	N	20	20	20	20	20	20	20	20
TOTAL	Pearson Correlation	.762**	.613**	.490*	.777**	.661**	.473*	.644**	.715**
	Sig. (2-tailed)	.000	.004	.028	.000	.002	.035	.002	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20

Correlations

		Q9	Q10	Q11	Q12	TOTAL
Q1	Pearson Correlation	.312	.286	.407	.582**	.762**
	Sig. (2-tailed)	.181	.222	.075	.007	.000
	N	20	20	20	20	20
Q2	Pearson Correlation	.292	.386	.042	.249	.613**
	Sig. (2-tailed)	.212	.093	.861	.291	.004
	N	20	20	20	20	20
Q3	Pearson Correlation	.069	.507*	.128	.293	.490*

	Sig. (2-tailed)	.773	.022	.591	.210	.028
	N	20	20	20	20	20
Q4	Pearson Correlation	.257	.504*	.382	.743**	.777**
	Sig. (2-tailed)	.275	.023	.097	.000	.000
	N	20	20	20	20	20
Q5	Pearson Correlation	.202	.355	.287	.501*	.661**
	Sig. (2-tailed)	.392	.125	.220	.025	.002
	N	20	20	20	20	20
Q6	Pearson Correlation	.161	.000	-.021	.528*	.473*
	Sig. (2-tailed)	.499	1.000	.929	.017	.035
	N	20	20	20	20	20
Q7	Pearson Correlation	.511*	.330	-.050	.588**	.644**
	Sig. (2-tailed)	.021	.155	.834	.006	.002
	N	20	20	20	20	20
Q8	Pearson Correlation	.426	.443	.121	.485*	.715**
	Sig. (2-tailed)	.061	.050	.612	.030	.000
	N	20	20	20	20	20
Q9	Pearson Correlation	1	.058	.097	.367	.501*
	Sig. (2-tailed)		.807	.684	.111	.025
	N	20	20	20	20	20
Q10	Pearson Correlation	.058	1	.108	.347	.553*
	Sig. (2-tailed)	.807		.650	.134	.012
	N	20	20	20	20	20
Q11	Pearson Correlation	.097	.108	1	.458*	.447*
	Sig. (2-tailed)	.684	.650		.042	.048
	N	20	20	20	20	20
Q12	Pearson Correlation	.367	.347	.458*	1	.834**
	Sig. (2-tailed)	.111	.134	.042		.000
	N	20	20	20	20	20
TOTAL	Pearson Correlation	.501*	.553*	.447*	.834**	1

Sig. (2-tailed)	.025	.012	.048	.000	
N	20	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Dukungan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.753	13

Correlations Pengetahuan

Correlations

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7
Q1	Pearson Correlation	1	.154	.429	.134	.312	.126	-.126
	Sig. (2-tailed)		.518	.059	.574	.181	.597	.597
	N	20	20	20	20	20	20	20
Q2	Pearson Correlation	.154	1	.285	.328	.287	.406	.174
	Sig. (2-tailed)	.518		.223	.158	.220	.076	.463
	N	20	20	20	20	20	20	20
Q3	Pearson Correlation	.429	.285	1	.312	.579**	.378	.378
	Sig. (2-tailed)							
	N	20	20	20	20	20	20	20

	Sig. (2-tailed)	.059	.223		.181	.007	.100	.100
	N	20	20	20	20	20	20	20
Q4	Pearson Correlation	.134	.328	.312	1	.667**	.471*	.471*
	Sig. (2-tailed)	.574	.158	.181		.001	.036	.036
	N	20	20	20	20	20	20	20
Q5	Pearson Correlation	.312	.287	.579**	.667**	1	.236	.471*
	Sig. (2-tailed)	.181	.220	.007	.001		.317	.036
	N	20	20	20	20	20	20	20
Q6	Pearson Correlation	.126	.406	.378	.471*	.236	1	.200
	Sig. (2-tailed)	.597	.076	.100	.036	.317		.398
	N	20	20	20	20	20	20	20
Q7	Pearson Correlation	-.126	.174	.378	.471*	.471*	.200	1
	Sig. (2-tailed)	.597	.463	.100	.036	.036	.398	
	N	20	20	20	20	20	20	20
Q8	Pearson Correlation	.190	.066	.524*	.089	.356	.126	.378
	Sig. (2-tailed)	.421	.783	.018	.709	.123	.597	.100
	N	20	20	20	20	20	20	20
Q9	Pearson Correlation	.190	.285	.286	.089	.134	.378	.126
	Sig. (2-tailed)	.421	.223	.222	.709	.574	.100	.597
	N	20	20	20	20	20	20	20
Q10	Pearson Correlation	.535*	.492*	.356	.250	.167	.471*	.000
	Sig. (2-tailed)	.015	.027	.123	.288	.482	.036	1.000
	N	20	20	20	20	20	20	20
TOTAL	Pearson Correlation	.501*	.569**	.772**	.613**	.686**	.612**	.490*
	Sig. (2-tailed)	.024	.009	.000	.004	.001	.004	.028
	N	20	20	20	20	20	20	20

Correlations

		Q8	Q9	Q10	TOTAL
Q1	Pearson Correlation	.190	.190	.535	.501
	Sig. (2-tailed)	.421	.421	.015	.024
	N	20	20	20	20
Q2	Pearson Correlation	.066	.285	.492	.569
	Sig. (2-tailed)	.783	.223	.027	.009
	N	20	20	20	20
Q3	Pearson Correlation	.524	.286	.356	.772
	Sig. (2-tailed)	.018	.222	.123	.000
	N	20	20	20	20
Q4	Pearson Correlation	.089	.089	.250	.613
	Sig. (2-tailed)	.709	.709	.288	.004
	N	20	20	20	20
Q5	Pearson Correlation	.356	.134	.167	.686
	Sig. (2-tailed)	.123	.574	.482	.001
	N	20	20	20	20
Q6	Pearson Correlation	.126	.378	.471	.612
	Sig. (2-tailed)	.597	.100	.036	.004
	N	20	20	20	20
Q7	Pearson Correlation	.378	.126	.000	.490
	Sig. (2-tailed)	.100	.597	1.000	.028
	N	20	20	20	20
Q8	Pearson Correlation	1	.048	.356	.540
	Sig. (2-tailed)		.842	.123	.014
	N	20	20	20	20
Q9	Pearson Correlation	.048	1	.356	.501
	Sig. (2-tailed)	.842		.123	.024
	N	20	20	20	20
Q10	Pearson Correlation	.356	.356	1	.686

	Sig. (2-tailed)	.123	.123		.001
	N	20	20	20	20
TOTAL	Pearson Correlation	.540*	.501*	.686**	1
	Sig. (2-tailed)	.014	.024	.001	
	N	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Pengetahuan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.746	11

Correlations Penerimaan Diri

Correlations

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27
Q1 Pearson Correlation	1	-.094	.143	.233	.189	.313	.237	.330	.409*	-.073	.161	.077	.219	.617*	.526*	.311	.337	.177	.227	.361	-.127	.275	-.008	.099	.157	.507*	

Q2	Sig. (2-tailed)	.693	.412	.243	.424	.179	.315	.155	.033	.759	.499	.943	.234	.010	.010	.108	.113	.156	.333	.118	.594	.277	.977	.671	.510	.023	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	-.04	.13	.45	.56	.31	.38	.46	.03	.49	.17	.31	.01	-.09	.31	.40	.38	.48	.26	.46	.12	.27	.25	.34	.54	.46	.06
Q3	Sig. (2-tailed)	.693	.058	.009	.008	.144	.183	.037	.835	.047	.468	.089	.938	.988	.089	.088	.153	.029	.265	.640	.244	.348	.137	.030	.037	.799	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	.14	.43	1.00	.30	.36	.47	.16	.52	.38	.47	.51	.23	.20	.22	.19	.24	-.02	.08	.25	.47	.13	.35	.19	-.09	.08	.19
Q4	Sig. (2-tailed)	.415	.028	.184	.103	.043	.082	.148	.055	.075	.055	.578	.269	.329	.070	.037	.508	.203	.878	.714	.279	.048	.575	.046	.764	.740	.43
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	.27	.56	.30	1.00	.46	.50	-.01	.63	.31	.73	.41	.56	.24	.22	.46	.63	.37	.30	.33	.36	.21	.16	.38	.60	.57	.22
Q5	Sig. (2-tailed)	.424	.089	.103	.040	.212	.026	.139	.037	.099	.008	.438	.138	.059	.000	.000	.000	.040	.113	.043	.109	.020	.109	.000	.000	.000	.115
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	Pearson Correlation	.18	.39	.36	.46	1.00	.29	.44	.33	.41	.57	.55	.14	.31	.40	.64	.58	.66	.71	.33	.34	.49	.37	.38	.58	.52	.33

Q6	Pearson Correlation	.31	.33	.45	.55	.29	1	.05	.51	.64	.38	.55	.29	.29	.23	.18	.37	.21	.35	.19	.09	.09	.36	.43	.24	.26	
	Sig. (2-tailed)	.79	.74	.04	.02	.22		.82	.02	.02	.09	.01	.22	.22	.31	.29	.67	.15	.37	.13	.50	.68	.91	.15	.08	.35	.26
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q7	Pearson Correlation	.23	.31	.16	-.03	.49	.05	1	-.01	.17	.06	.16	-.04	.28	.12	.54	.48	.67	.43	.32	.48	.15	.47	.16	.59	.54	.41
	Sig. (2-tailed)	.35	.18	.48	.89	.02	.82		.95	.48	.78	.41	.86	.33	.67	.02	.04	.05	.16	.06	.27	.47	.02	.49	.02	.01	.07
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q8	Pearson Correlation	.30	.46	.52	.61	.34	.50	1	.36	.39	.33	.33	.43	.34	.39	.48	.35	.29	.62	.49	.27	.58	.45	.34	.31	.43	.23
	Sig. (2-tailed)	.15	.03	.01	.03	.13	.02		.11	.08	.13	.11	.03	.05	.08	.32	.10	.33	.03	.29	.03	.06	.13	.11	.03	.03	.16
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q9	Pearson Correlation	.47	.03	.33	.31	.41	.64	.16	1	.12	.26	-.06	.09	.12	.29	.51	.28	.38	.31	.27	.13	.16	-.03	-.03	.28	.22	.23
	Sig. (2-tailed)	.03	.88	.15	.13	.06	.04	.11		.58	.28	.25	.67	.43	.25	.01	.37	.13	.11	.29	.43	.67	.88	.88	.35	.33	.33
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q10	Pearson Correlation	-.07	.44	.40	.73	.57	.38	.09	.34	1	.69	.57	.55	.16	.15	.45	.42	.51	.10	.16	.37	.47	.28	.64	.50	.42	.15
	Sig. (2-tailed)	.75	.04	.07	.00	.00	.09	.05	.08		.00	.00	.01	.65	.57	.06	.02	.62	.47	.14	.44	.10	.26	.03	.02	.05	.50
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
Q 1 Pearson Correlation	.161	.174	.537*	.413	.524*	.557*	.167	.343	.265	.698*	1	.524*	.648*	.429	.167	.256	.199	.078	.057	.524*	.167	.167	.653*	.274	.075	.155
Sig. (2-tailed)	.499	.494	.005	.007	.001	.041	.119	.239	.001			.008	.002	.005	.492	.215	.407	.700	.811	.004	.415	.482	.022	.242	.843	.513
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q 2 Pearson Correlation	.071	.391	.133	.561*	.184	.292	- .042	-.363	-.506*	.554*	1	.416	.264	.167	.147	.053	.337	.219	.088	.599*	.075	.286	.589*	.416	.250	.210
Sig. (2-tailed)	.943	.089	.505	.000	.418	.212	.816	.139	.000	.000		.068	.341	.482	.537	.814	.146	.369	.601	.022*	.705	.222	.006	.408	.258	.309
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q 3 Pearson Correlation	.279	.071	.260	.244	.310	.291	.238	.436	.069	.591*	.648*	1	.438	.284	.088	.332	.520*	.177	-.077	.630*	.315	.630*	.636*	.388	.188	.383
Sig. (2-tailed)	.234	.938	.268	.304	.144	.231	.335	.067	.072	.006	.000		.044	.222	.827	.166	.477	.547	.633	.005*	.176	.000	.009	.331	.492	.095
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q 4 Pearson Correlation	.671*	-.011	.230	.226	.429	.239	.130	.399	.199	.169	.422	1	.677*	.073	.244	.162	.427	.164	.175	.533*	-.075	.479	.376	.071	-.033	.333
Sig. (2-tailed)	.001	.938	.329	.339	.000	.311	.067	.423	.656	.009	.304		.000	.719	.302	.074	.493	.503	.466	.001	.702	.009	.192	.944	.891	.111
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q 5 Pearson Correlation	.562*	.399	.244	.413	.643*	.258	.586*	.426	.265	.167	.167	.167	1	.477	.635*	.827	.524*	.827	.426	.524*	.167	.635*	.325	.524*	.526	.466

Sig. (2-tailed)	.010	.089	.279	.070	.092	.230	.023	.258	.570	.478	.488	.240	.000	.060	.010	.000	.000	.000	.415	.050	.107	.011	.011	.038
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q1 Pearson Correlation	.371	.401	.131	.671	.586	.381	.405	.327	.515	.455	.247	.138	.037	.414	1.000	.604	.433	.406	.220	.221	.147	.043	.498	.743
Sig. (2-tailed)	.188	.080	.583	.001	.007	.097	.121	.089	.046	.275	.837	.752	.900	.055	.000	.027	.078	.044	.320	.356	.537	.835	.020	.149
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q6 Pearson Correlation	.307	.332	.299	.351	.616	.109	.607	.235	.208	.424	.196	.056	.322	.243	.564	1.000	.617	.100	.409	.141	.411	.636	.379	.460
Sig. (2-tailed)	.188	.153	.200	.109	.004	.605	.338	.338	.062	.474	.816	.752	.900	.055	.000	.000	.066	.070	.406	.070	.047	.000	.130	.001
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q7 Pearson Correlation	.347	.482	.469	.601	.716	.309	.435	.638	.348	.514	.373	.520	.412	.811	.493	1.000	.617	.100	.409	.141	.411	.636	.379	.460
Sig. (2-tailed)	.188	.153	.200	.109	.004	.605	.338	.338	.062	.474	.816	.752	.900	.055	.000	.000	.066	.070	.406	.070	.047	.000	.130	.001
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q8 Pearson Correlation	.347	.482	.469	.601	.716	.309	.435	.638	.348	.514	.373	.520	.412	.811	.493	1.000	.617	.100	.409	.141	.411	.636	.379	.460
Sig. (2-tailed)	.188	.153	.200	.109	.004	.605	.338	.338	.062	.474	.816	.752	.900	.055	.000	.000	.066	.070	.406	.070	.047	.000	.130	.001
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q9 Pearson Correlation	.137	.262	-.052	.307	.337	.211	.325	.491	.301	.100	.207	.176	.162	.524	.403	.133	1.000	.479	.587	.144	.337	.083	.531	.462
Sig. (2-tailed)	.665	.265	.888	.118	.136	.312	.102	.067	.639	.714	.369	.449	.408	.051	.078	.609	.000	.032	.037	.446	.144	.941	.024	.068
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Q20	Pearson Correlation	.22	.46	.08	.37	.38	.35	.48	.25	.23	.16	.09	.08	-.17	.14	.61	.40	.34	.47	1	.09	.36	.34	.18	.30	.49	.16
	Sig. (2-tailed)	.33	.03	.71	.10	.13	.03	.22	.25	.44	.81	.68	.74	.56	.03	.00	.07	.15	.03		.68	.17	.13	.43	.18	.02	.50
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q21	Pearson Correlation	.36	.11	.25	.36	.49	.15	.25	.58	.14	.35	.52	.63	.53	.22	.16	.58	.58	.09	1	.30	.49	.36	.46	.21	.33	
	Sig. (2-tailed)	.11	.64	.27	.12	.00	.57	.00	.63	.10	.00	.00	.00	.00	.35	.40	.00	.00	.68		.19	.02	.08	.06	.28	.15	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
Q22	Pearson Correlation	-.12	.27	.44	.21	.38	.07	.14	.16	.42	.11	.07	.31	-.10	.17	.21	.43	.46	.18	.36	1	.45	.42	.23	.24	.09	
	Sig. (2-tailed)	.59	.24	.04	.35	.11	.68	.47	.47	.06	.45	.75	.17	.75	.49	.36	.00	.04	.17	.11		.04	.06	.31	.34	.68	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
Q23	Pearson Correlation	.27	.20	.13	.11	.38	.02	.49	-.03	.18	.28	.63	.42	.64	.11	.66	.71	.33	.34	.49	1	.45	.58	.41	.47	.59	
	Sig. (2-tailed)	.24	.38	.55	.41	.00	.91	.12	.83	.22	.00	.00	.00	.00	.53	.00	.00	.14	.11	.00		.00	.06	.08	.03	.00	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	
Q24	Pearson Correlation	-.08	.34	.35	.36	.36	.14	.31	-.05	.64	.65	.58	.66	.37	.35	.03	.37	.54	.01	.18	.39	.42	.58	1	.38	.19	
	Sig. (2-tailed)	.97	.13	.10	.10	.11	.47	.19	.82	.00	.00	.00	.00	.11	.11	.88	.10	.09	.43	.00	.00	.00	.00		.16	.49	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	

N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q25 Pearson Correlation	.099	.594*	.197	.602*	.523*	.430	.510	.431	.218	.500	.274	.436	.385	.011	.523*	.498*	.699*	.593*	.300	.401	.233	.411	.380	1.000	.817*	.415*	
Sig. (2-tailed)	.678	.006	.406	.000	.001	.058	.022	.035	.355	.025	.242	.069	.096	.964	.028	.030	.000	.022	.187	.066	.316	.068	.100		.000	.045	
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q26 Pearson Correlation	.157	.468*	-.084	.574*	.579*	.241	.544*	.223	.226	.422	.055	.258	.199	-.033	.561*	.745*	.660*	.661*	.461*	.498*	.251	.254	.470*	.191	.891*	1.000	.464*
Sig. (2-tailed)	.510	.032	.744	.000	.000	.307	.031	.334	.334	.049	.853	.256	.426	.891	.000	.000	.000	.000	.044	.285	.080	.307	.031	.400	.000		.040
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q27 Pearson Correlation	.505*	.061	.198	.285	.330	.260	.431	.320	.283	.188	.155	.200	.333	.366*	.435*	.390*	.554*	.543*	.122	.163	.333	.038	.599*	.095	.453*	.466*	1.000
Sig. (2-tailed)	.023	.793	.403	.311	.251	.067	.039	.064	.095	.573	.553	.338	.095	.118	.034	.011	.000	.000	.608	.501	.111	.680	.000	.694	.044	.044	
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q28 Pearson Correlation	.259	.281	.177	.482*	.250	.233	.233	.346	.334	.401	.263	.377	.170	-.177	.645*	.378	.298	.495*	.254	.344	.030	.307	.075	.078	.359	.428	.084
Sig. (2-tailed)	.639	.631	.655	.001	.338	.338	.295	.111	.085	.201	.111	.064	.775	.665	.000	.107	.203	.044	.245	.100	1.000	.707	.707	.100	.086	.072	
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q29 Pearson Correlation	.244	.144	.319	.368*	.587*	.371	.286	.182	.186	.514*	.670*	.462*	.537*	.537*	.379	.337	.224	.444*	-.045	.030	.333	.090	.496*	.666*	.377	.261	.530
Sig. (2-tailed)	.622	.718	.309	.285	.000	.033	.223	.415	.415	.000	.000	.000	.000	.000	.333	.333	.666	.044	.900	.900	.333	.666	.000	.000	.000	.066	.030
N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Sig. (2-tailed)	.30	.53	.17	.11	.00	.10	.36	.44	.49	.02	.00	.00	.00	.11	.34	.04	.01	.54	.90	.14	.69	.04	.00	.11	.28	.01	
	44	44	11	12	07	05	01	08	04	01	01	00	04	00	02	05	09	04	02	00	06	09	00	01	08	07	06
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q Pearson Correlation	.52	.07	.17	.46	.57	.33	.20	.14	.46	.33	.14	.33	.44	.43	.50	.66	.58	-.03	.17	.14	.00	.36	.29	.36	.53	.60	
	25	00	05	09	09	03	07	05	07	09	06	02	03	04	03	00	08	02	00	03	05	00	01	05	06	09	06
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q Pearson Correlation	.32	.14	.25	.64	.65	.43	.17	.34	.45	.65	.45	.44	.50	.28	.36	.58	.69	.13	.00	.42	.27	.44	.40	.59	.60	.51	
	00	02	05	04	05	03	07	08	06	05	05	02	02	08	06	02	09	03	00	02	07	02	06	02	09	00	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q Pearson Correlation	.06	.56	.43	.36	.31	.09	.14	.48	-.13	.53	.30	.47	.33	.44	.43	.09	.58	.13	.14	.42	.37	.59	.60	.36	.53	.60	
	47	07	05	03	01	09	03	08	08	02	06	00	02	03	03	00	08	04	05	00	07	02	07	00	06	08	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q Pearson Correlation	.27	.29	.50	.58	.40	.71	.18	.54	.47	.55	.74	.48	.49	.32	.33	.49	.40	.33	.11	.46	.19	.22	.53	.49	.33	.37	
	02	02	00	04	00	04	01	07	07	02	07	00	01	00	07	03	08	02	05	00	.88	.66	.53	.93	.37	.37	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Q34	Pearson Correlation	-.028	.169	.047	.319	.241	.236	.314	.332	.453	.431	.217	.417	-.033	.178	.300	.334	.337	.470	.264	.318	.444	.533	.033
	Sig. (2-tailed)	.988	.076	.849	.005	.003	.006	.002	.001	.000	.000	.000	.000	.891	.042	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.886
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q35	Pearson Correlation	.612	.326	.466	.756	.473	.473	.522	.625	.292	.360	.056	.322	.640	.854	.605	.788	.446	.404	.277	.476	.239	.469	.514
	Sig. (2-tailed)	.002	.053	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q36	Pearson Correlation	.488	.329	.344	.474	.458	.279	.446	.326	.290	.075	.144	.033	.755	.440	.318	.420	.341	.294	.248	-.088	.400	.529	.322
	Sig. (2-tailed)	.009	.077	.083	.007	.004	.001	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
TOTAL	Pearson Correlation	.456	.518	.492	.759	.514	.514	.664	.444	.364	.064	.364	.664	.854	.604	.788	.446	.404	.277	.476	.239	.469	.514	
	Sig. (2-tailed)	.003	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Correlations

		Q28	Q29	Q30	Q31	Q32	Q33	Q34	Q35	Q36	TOTAL
Q1	Pearson Correlation	.259	.242	.525	.320	.064	.270	-.028	.661	.488	.456

	Sig. (2-tailed)	.269	.304	.018	.170	.787	.250	.908	.002	.029	.043
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q2	Pearson Correlation	.281	.148	.070	.142	.567**	.292	.169	.332	.329	.515*
	Sig. (2-tailed)	.231	.534	.770	.549	.009	.212	.476	.153	.157	.020
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q3	Pearson Correlation	.107	.319	.175	.225	.435	.530*	.045	.466*	.344	.489*
	Sig. (2-tailed)	.655	.171	.460	.340	.056	.016	.849	.038	.138	.029
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q4	Pearson Correlation	.482*	.367	.469*	.634**	.363	.584**	.363	.486*	.479	.712**
	Sig. (2-tailed)	.031	.112	.037	.003	.115	.007	.115	.030	.033	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q5	Pearson Correlation	.205	.587**	.579**	.625**	.361	.480*	.579**	.756**	.404	.779**
	Sig. (2-tailed)	.385	.007	.007	.003	.118	.032	.007	.000	.077	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q6	Pearson Correlation	.233	.373	.383	.493*	.099	.714**	.241	.473*	.185	.558*
	Sig. (2-tailed)	.322	.105	.095	.027	.677	.000	.305	.035	.436	.010
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q7	Pearson Correlation	.233	.216	.227	.137	.163	.181	.419	.443	.477*	.514*
	Sig. (2-tailed)	.323	.361	.335	.564	.492	.445	.066	.050	.034	.020
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q8	Pearson Correlation	.246	.180	.105	.348	.498*	.577**	.236	.572**	.289	.641**
	Sig. (2-tailed)	.295	.448	.660	.132	.025	.008	.316	.008	.217	.002
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q9	Pearson Correlation	.334	.162	.467*	.456*	-.183	.467*	.304	.625**	.426	.464*
	Sig. (2-tailed)	.151	.494	.038	.043	.441	.038	.192	.003	.061	.039
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q10	Pearson Correlation	.401	.514*	.429	.665**	.532*	.552*	.532*	.292	.398	.679**

	Sig. (2-tailed)	.080	.021	.059	.001	.016	.012	.016	.212	.082	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q11	Pearson Correlation	.269	.670**	.306	.495*	.306	.747**	.433	.360	.204	.606**
	Sig. (2-tailed)	.251	.001	.190	.027	.190	.000	.056	.119	.388	.005
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q12	Pearson Correlation	.334	.462*	.142	.402	.470*	.480*	.251	.056	.076	.464*
	Sig. (2-tailed)	.151	.040	.550	.079	.037	.032	.285	.814	.749	.040
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q13	Pearson Correlation	.175	.503*	.303	.502*	.532*	.491*	.417	.322	.154	.591**
	Sig. (2-tailed)	.462	.024	.194	.024	.016	.028	.067	.166	.516	.006
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q14	Pearson Correlation	-.077	.537*	.404	.268	.404	.320	-.033	.644**	.033	.464*
	Sig. (2-tailed)	.747	.015	.077	.254	.077	.169	.891	.002	.891	.040
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q15	Pearson Correlation	.120	.379	.433	.364	.433	.347	.178	.850**	.331	.714**
	Sig. (2-tailed)	.615	.100	.056	.114	.056	.134	.452	.000	.154	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q16	Pearson Correlation	.645**	.224	.510*	.561*	-.039	.493*	.510*	.604**	.745**	.689**
	Sig. (2-tailed)	.002	.342	.022	.010	.870	.027	.022	.005	.000	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q17	Pearson Correlation	.317	.446*	.660**	.582**	.360	.408	.360	.615**	.540*	.700**
	Sig. (2-tailed)	.173	.049	.002	.007	.119	.074	.119	.004	.014	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q18	Pearson Correlation	.298	.542*	.528*	.669**	.528*	.602**	.394	.788**	.408	.877**
	Sig. (2-tailed)	.202	.014	.017	.001	.017	.005	.085	.000	.074	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q19	Pearson Correlation	.455*	-.145	-.073	.123	.194	.322	.327	.446*	.341	.471*

	Sig. (2-tailed)	.044	.542	.758	.606	.413	.167	.159	.049	.142	.036
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q20	Pearson Correlation	.246	.030	.105	.080	.105	.165	.367	.404	.420	.495*
	Sig. (2-tailed)	.295	.900	.660	.736	.660	.488	.111	.078	.065	.026
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q21	Pearson Correlation	.334	.337	.142	.402	.470*	.480*	.470*	.476*	.295	.643**
	Sig. (2-tailed)	.151	.146	.550	.079	.037	.032	.037	.034	.207	.002
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q22	Pearson Correlation	.000	.092	.000	.247	.322	.169	.564**	.207	.242	.444*
	Sig. (2-tailed)	1.000	.699	1.000	.294	.166	.477	.010	.382	.304	.050
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q23	Pearson Correlation	.077	.462*	.361	.402	.579**	.252	.251	.476*	.186	.624**
	Sig. (2-tailed)	.747	.040	.118	.079	.007	.285	.285	.034	.433	.003
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q24	Pearson Correlation	.085	.667**	.295	.496*	.605**	.530*	.398	.239	-.088	.584**
	Sig. (2-tailed)	.722	.001	.207	.026	.005	.016	.082	.311	.713	.007
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q25	Pearson Correlation	.309	.307	.360	.502*	.360	.491*	.474*	.469*	.440	.715**
	Sig. (2-tailed)	.185	.188	.119	.024	.119	.028	.035	.037	.052	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q26	Pearson Correlation	.426	.261	.532*	.609**	.181	.331	.532*	.510*	.520*	.685**
	Sig. (2-tailed)	.061	.267	.016	.004	.444	.155	.016	.022	.019	.001
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q27	Pearson Correlation	.084	.530*	.606**	.510*	.178	.373	.036	.549*	.392	.553*
	Sig. (2-tailed)	.726	.016	.005	.022	.452	.105	.881	.012	.087	.011
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q28	Pearson Correlation	1	-.016	.288	.449*	.151	.489*	.288	.317	.673**	.485*

	Sig. (2-tailed)		.948	.217	.047	.525	.029	.217	.173	.001	.030
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q29	Pearson Correlation	-.016	1	.661**	.669**	.261	.602**	.261	.446*	.007	.598**
	Sig. (2-tailed)	.948		.001	.001	.267	.005	.267	.049	.978	.005
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q30	Pearson Correlation	.288	.661**	1	.848**	.181	.453*	.181	.660**	.404	.622**
	Sig. (2-tailed)	.217	.001		.000	.444	.045	.444	.002	.078	.003
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q31	Pearson Correlation	.449*	.669**	.848**	1	.251	.675**	.490*	.582**	.346	.751**
	Sig. (2-tailed)	.047	.001	.000		.286	.001	.028	.007	.135	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q32	Pearson Correlation	.151	.261	.181	.251	1	.208	.064	.360	.170	.518*
	Sig. (2-tailed)	.525	.267	.444	.286		.378	.788	.119	.475	.019
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q33	Pearson Correlation	.489*	.602**	.453*	.675**	.208	1	.331	.565**	.282	.732**
	Sig. (2-tailed)	.029	.005	.045	.001	.378		.155	.009	.229	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q34	Pearson Correlation	.288	.261	.181	.490*	.064	.331	1	.210	.287	.565**
	Sig. (2-tailed)	.217	.267	.444	.028	.788	.155		.374	.221	.009
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q35	Pearson Correlation	.317	.446*	.660**	.582**	.360	.565**	.210	1	.540*	.813**
	Sig. (2-tailed)	.173	.049	.002	.007	.119	.009	.374		.014	.000
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Q36	Pearson Correlation	.673**	.007	.404	.346	.170	.282	.287	.540*	1	.599**
	Sig. (2-tailed)	.001	.978	.078	.135	.475	.229	.221	.014		.005
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

TOTAL	Pearson Correlation	.485*	.598**	.622**	.751**	.518*	.732**	.565**	.813**	.599**	1
	Sig. (2-tailed)	.030	.005	.003	.000	.019	.000	.009	.000	.005	
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability Penerimaan Diri

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.750	37

Correlations P. Kerentanan

Correlations

		Q1	Q2	Q3	Q4	TOTAL
Q1	Pearson Correlation	1	.071	.480	.144	.544*
	Sig. (2-tailed)		.767	.032	.544	.013
	N	20	20	20	20	20
Q2	Pearson Correlation	.071	1	.318	.409	.818***

	Sig. (2-tailed)	.767		.172	.073	.000
	N	20	20	20	20	20
Q3	Pearson Correlation	.480*	.318	1	-.277	.499*
	Sig. (2-tailed)	.032	.172		.236	.025
	N	20	20	20	20	20
Q4	Pearson Correlation	.144	.409	-.277	1	.599**
	Sig. (2-tailed)	.544	.073	.236		.005
	N	20	20	20	20	20
TOTAL	Pearson Correlation	.544*	.818**	.499*	.599**	1
	Sig. (2-tailed)	.013	.000	.025	.005	
	N	20	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability P. Kerentanan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.737	5

Correlations P. Keseriusan

		Q1	Q2	Q3	Q4	TOTAL
Q1	Pearson Correlation	1	-.107	.356	.336	.511*
	Sig. (2-tailed)		.652	.123	.147	.021
	N	20	20	20	20	20
Q2	Pearson Correlation	-.107	1	.075	-.155	.449*
	Sig. (2-tailed)	.652		.752	.514	.047
	N	20	20	20	20	20
Q3	Pearson Correlation	.356	.075	1	.800**	.837**
	Sig. (2-tailed)	.123	.752		.000	.000
	N	20	20	20	20	20
Q4	Pearson Correlation	.336	-.155	.800**	1	.738**
	Sig. (2-tailed)	.147	.514	.000		.000
	N	20	20	20	20	20
TOTAL	Pearson Correlation	.511*	.449*	.837**	.738**	1
	Sig. (2-tailed)	.021	.047	.000	.000	
	N	20	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability P. Keseriusan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.723	5

Correlations P. Manfaat

Correlations

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Q1	Pearson Correlation	1	.704**	.197	.107	.107	-.083
	Sig. (2-tailed)		.001	.405	.652	.652	.729
	N	20	20	20	20	20	20
Q2	Pearson Correlation	.704**	1	.473*	.000	.000	-.224
	Sig. (2-tailed)	.001		.035	1.000	1.000	.342
	N	20	20	20	20	20	20
Q3	Pearson Correlation	.197	.473*	1	.163	.072	.197
	Sig. (2-tailed)	.405	.035		.494	.762	.405
	N	20	20	20	20	20	20
Q4	Pearson Correlation	.107	.000	.163	1	.911**	.579**
	Sig. (2-tailed)	.652	1.000	.494		.000	.007
	N	20	20	20	20	20	20
Q5	Pearson Correlation	.107	.000	.072	.911**	1	.579**
	Sig. (2-tailed)	.652	1.000	.762	.000		.007
	N	20	20	20	20	20	20
Q6	Pearson Correlation	-.083	-.224	.197	.579**	.579**	1
	Sig. (2-tailed)	.729	.342	.405	.007	.007	
	N	20	20	20	20	20	20
Q7	Pearson Correlation	.019	.186	.013	.298	.422	.430
	Sig. (2-tailed)	.938	.433	.958	.202	.064	.058
	N	20	20	20	20	20	20

Q8	Pearson Correlation	.596**	.503*	.197	.107	.107	.218
	Sig. (2-tailed)	.006	.024	.405	.652	.652	.356
	N	20	20	20	20	20	20
TOTAL	Pearson Correlation	.477*	.475*	.504*	.748**	.748**	.634**
	Sig. (2-tailed)	.033	.034	.023	.000	.000	.003
	N	20	20	20	20	20	20

Correlations

		Q7	Q8	TOTAL
Q1	Pearson Correlation	.019	.596**	.477*
	Sig. (2-tailed)	.938	.006	.033
	N	20	20	20
Q2	Pearson Correlation	.186	.503*	.475*
	Sig. (2-tailed)	.433	.024	.034
	N	20	20	20
Q3	Pearson Correlation	.013	.197	.504*
	Sig. (2-tailed)	.958	.405	.023
	N	20	20	20
Q4	Pearson Correlation	.298	.107	.748**
	Sig. (2-tailed)	.202	.652	.000
	N	20	20	20
Q5	Pearson Correlation	.422	.107	.748**
	Sig. (2-tailed)	.064	.652	.000
	N	20	20	20
Q6	Pearson Correlation	.430	.218	.634**
	Sig. (2-tailed)	.058	.356	.003
	N	20	20	20
Q7	Pearson Correlation	1	.205	.535*
	Sig. (2-tailed)		.385	.015
	N	20	20	20
Q8	Pearson Correlation	.205	1	.545*

	Sig. (2-tailed)	.385		.013
	N	20	20	20
TOTAL	Pearson Correlation	.535 [*]	.545 [*]	1
	Sig. (2-tailed)	.015	.013	
	N	20	20	20

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Reliability P. Manfaat

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.742	9

Correlations P. Hambatan

Correlations

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Q1	Pearson Correlation	1	.359	.149	.197	.359	-.094
	Sig. (2-tailed)		.120	.531	.405	.120	.694
	N	20	20	20	20	20	20
Q2	Pearson Correlation	.359	1	.392	.392	.375	.123

	Sig. (2-tailed)	.120		.087	.087	.103	.605
	N	20	20	20	20	20	20
Q3	Pearson Correlation	.149	.392	1	.466 [*]	.214	.378
	Sig. (2-tailed)	.531	.087		.039	.365	.101
	N	20	20	20	20	20	20
Q4	Pearson Correlation	.197	.392	.466 [*]	1	.749 ^{**}	.465 [*]
	Sig. (2-tailed)	.405	.087	.039		.000	.039
	N	20	20	20	20	20	20
Q5	Pearson Correlation	.359	.375	.214	.749 ^{**}	1	.123
	Sig. (2-tailed)	.120	.103	.365	.000		.605
	N	20	20	20	20	20	20
Q6	Pearson Correlation	-.094	.123	.378	.465 [*]	.123	1
	Sig. (2-tailed)	.694	.605	.101	.039	.605	
	N	20	20	20	20	20	20
Q7	Pearson Correlation	.055	.408	.233	.379	.408	.469 [*]
	Sig. (2-tailed)	.818	.074	.323	.100	.074	.037
	N	20	20	20	20	20	20
Q8	Pearson Correlation	.006	.471 [*]	.376	.284	.257	.348
	Sig. (2-tailed)	.981	.036	.103	.225	.274	.133
	N	20	20	20	20	20	20
Q9	Pearson Correlation	.020	.146	.156	.219	.146	.324
	Sig. (2-tailed)	.934	.539	.510	.354	.539	.164
	N	20	20	20	20	20	20
TOTAL	Pearson Correlation	.463 [*]	.660 ^{**}	.598 ^{**}	.736 ^{**}	.660 ^{**}	.535 [*]
	Sig. (2-tailed)	.040	.002	.005	.000	.002	.015
	N	20	20	20	20	20	20

Correlations

		Q7	Q8	Q9	TOTAL
Q1	Pearson Correlation	.055	.006	.020	.463 [*]

	Sig. (2-tailed)	.818	.981	.934	.040
	N	20	20	20	20
Q2	Pearson Correlation	.408	.471*	.146	.660**
	Sig. (2-tailed)	.074	.036	.539	.002
	N	20	20	20	20
Q3	Pearson Correlation	.233	.376	.156	.598**
	Sig. (2-tailed)	.323	.103	.510	.005
	N	20	20	20	20
Q4	Pearson Correlation	.379	.284	.219	.736**
	Sig. (2-tailed)	.100	.225	.354	.000
	N	20	20	20	20
Q5	Pearson Correlation	.408	.257	.146	.660**
	Sig. (2-tailed)	.074	.274	.539	.002
	N	20	20	20	20
Q6	Pearson Correlation	.469*	.348	.324	.535*
	Sig. (2-tailed)	.037	.133	.164	.015
	N	20	20	20	20
Q7	Pearson Correlation	1	.454*	.358	.665**
	Sig. (2-tailed)		.044	.121	.001
	N	20	20	20	20
Q8	Pearson Correlation	.454*	1	.413	.618**
	Sig. (2-tailed)	.044		.070	.004
	N	20	20	20	20
Q9	Pearson Correlation	.358	.413	1	.522*
	Sig. (2-tailed)	.121	.070		.018
	N	20	20	20	20
TOTAL	Pearson Correlation	.665**	.618**	.522*	1
	Sig. (2-tailed)	.001	.004	.018	
	N	20	20	20	20

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Reliability P. Hambatan

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.742	10

Lampiran 12. Tabulasi Hasil Penelitian											
TABULASI DATA PENELITIAN											
No. Respon- den	Faktor Demografi				Faktor Pemodifikasi		Peneri- maan Diri Jenis Kela- min	Faktor Persepsi Individu			
	Usia	Jenis Kela- min	Pendi- dikan Tera- khir	Pengha- silan		Usia		Pendi- dikan Tera- khir	Pengha- silan		Usia
P1101	2	1	2	2	1	2	0	1	1	0	1
P1102	3	1	4	2	2	2	1	1	1	1	1
P1103	2	1	1	1	2	2	0	1	1	1	1
P1104	3	1	2	1	1	2	1	0	0	0	1
P1105	2	1	3	1	2	2	1	1	1	1	0
P1106	2	1	4	1	2	2	1	1	1	1	1
P1107	3	1	3	1	1	2	0	0	0	0	0
P1108	2	2	4	2	2	2	1	1	1	0	0
P1109	1	1	4	1	1	2	1	1	1	1	0
P1110	1	1	4	2	2	2	1	1	1	0	0
P1111	2	1	3	1	2	2	1	1	0	0	1
P1112	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1	0
P1113	1	1	4	2	1	2	1	1	1	1	0
P1114	2	2	2	1	1	2	0	1	0	1	1
P1115	1	1	4	1	2	2	1	1	0	0	0
P1116	2	1	2	1	1	2	1	0	0	0	0
P1117	2	1	1	1	2	2	1	0	0	0	0
P1201	2	1	3	2	1	0	1	0	0	0	0
P1202	1	2	3	1	2	2	1	0	0	0	1
P1203	2	1	4	1	1	1	1	0	0	1	0
P1204	2	1	3	1	1	2	1	0	0	0	0
P1205	2	1	3	2	1	2	1	1	0	0	0
P1206	2	1	4	1	1	2	1	1	0	1	1
P1207	1	1	3	2	2	1	1	1	0	1	1
P1208	2	2	2	1	1	2	1	1	0	0	0
P1209	3	1	2	1	2	2	0	0	0	0	0
P1210	3	2	3	1	2	2	1	1	1	1	0
P1211	2	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0
P1212	3	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1
P1213	1	2	3	2	1	2	0	0	1	1	1
P1214	3	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1
P1215	3	1	3	2	2	2	1	1	0	0	0
P1216	3	2	3	1	1	2	0	0	0	1	0
P1217	1	1	3	1	1	1	0	0	0	0	0
P2101	1	1	4	1	2	2	1	1	1	1	1

P2102	2	1	3	2	2	2	1	1	1	0	0
P2103	2	1	3	2	2	2	1	1	1	0	0
P2104	2	1	3	1	1	2	1	0	0	0	0
P2105	3	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
P2106	3	1	3	1	2	2	1	0	0	0	0
P2107	2	2	3	2	2	2	1	0	0	0	0
P2108	2	1	3	2	2	2	1	1	0	0	0
P2109	2	1	4	1	2	2	0	1	1	1	1
P2110	2	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1
P2111	1	1	4	2	1	2	1	0	0	0	0
P2112	2	1	3	2	1	2	1	0	0	0	0
P2113	1	2	4	2	2	2	1	1	1	1	1
P2201	2	2	3	1	2	1	1	1	1	1	1
P2202	2	1	3	2	1	2	1	0	0	0	0
P2203	3	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1
P2204	3	1	4	2	1	2	1	1	0	1	0
P2205	3	1	3	2	2	2	1	1	0	1	1
P2206	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1
P2207	2	2	3	1	2	2	1	1	0	1	1
P2208	2	1	4	2	1	1	1	0	0	0	0
P2209	2	1	3	2	1	2	1	1	1	0	1
P2210	3	1	3	1	1	2	1	1	0	0	0
P2211	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1
P2212	2	1	3	2	1	2	1	1	1	0	0
P2213	2	2	1	1	2	2	1	1	0	1	1
P3101	2	2	5	1	2	2	1	1	1	0	1
P3102	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	0
P3103	2	2	3	2	1	2	1	1	0	0	0
P3104	2	1	2	1	1	2	1	0	0	0	0
P3105	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1
P3106	2	2	1	1	1	2	1	1	0	0	0
P3107	3	2	3	2	1	2	1	1	1	1	1
P3108	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1
P3109	2	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1
P3110	2	2	1	1	2	2	1	0	0	0	0
P3111	3	1	4	1	1	2	1	1	0	1	1
P3112	2	1	2	1	2	2	1	0	0	0	1
P3113	2	2	4	2	2	2	1	1	0	0	0
P3201	2	2	3	2	1	1	1	1	0	1	0
P3202	2	1	3	2	2	2	1	1	0	1	0
P3203	1	2	4	2	2	2	1	1	1	1	0
P3204	2	2	1	1	1	2	1	1	0	0	0
P3205	2	1	2	1	2	2	1	1	0	1	1

P3206	2	2	3	2	1	2	1	0	1	0	1
P3207	2	1	3	2	2	2	1	1	1	1	0
P3208	3	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1
P3209	3	2	2	2	2	2	1	1	0	1	1
P3210	2	1	3	1	2	2	0	1	0	1	1

Lampiran 13. Hasil Uji Analisis

Correlations

			Penerimaandiri	Usia
Spearman's rho	Penerimaandiri	Correlation Coefficient	1.000	-.020
		Sig. (2-tailed)	.	.860
		N	83	83
	Usia	Correlation Coefficient	-.020	1.000
		Sig. (2-tailed)	.860	.
		N	83	83

Correlations

			Penerimaandiri	Jeniskelamin
Spearman's rho	Penerimaandiri	Correlation Coefficient	1.000	.056
		Sig. (2-tailed)	.	.614
		N	83	83
	Jeniskelamin	Correlation Coefficient	.056	1.000
		Sig. (2-tailed)	.614	.
		N	83	83

Correlations

			Penerimaandiri	Tingkatpendidikan
Spearman's rho	Penerimaandiri	Correlation Coefficient	1.000	.130
		Sig. (2-tailed)	.	.240
		N	83	83
	Tingkatpendidikan	Correlation Coefficient	.130	1.000
		Sig. (2-tailed)	.240	.

N	83	83
---	----	----

Correlations

			Penerimaandiri	Penghasilan
Spearman's rho	Penerimaandiri	Correlation Coefficient	1.000	.175
		Sig. (2-tailed)	.	.114
		N	83	83
	Penghasilan	Correlation Coefficient	.175	1.000
		Sig. (2-tailed)	.114	.
		N	83	83

Correlations

			Penerimaandiri	Dukungan
Spearman's rho	Penerimaandiri	Correlation Coefficient	1.000	.077
		Sig. (2-tailed)	.	.486
		N	83	83
	Dukungan	Correlation Coefficient	.077	1.000
		Sig. (2-tailed)	.486	.
		N	83	83

Correlations

			Penerimaandiri	Pengetahuan
Spearman's rho	Penerimaandiri	Correlation Coefficient	1.000	-.025
		Sig. (2-tailed)	.	.825
		N	83	83
	Pengetahuan	Correlation Coefficient	-.025	1.000
		Sig. (2-tailed)	.825	.

			N	83	83
Correlations					
				Penerimaandiri	Persepsikerentan
Spearman's rho	Penerimaandiri	Correlation Coefficient		1.000	.172
		Sig. (2-tailed)		.	.120
		N		83	83
	Persepsikerentanan	Correlation Coefficient		.172	1.000
		Sig. (2-tailed)		.120	.
		N		83	83

Correlations					
				Penerimaandiri	Persepsikeseriusan
Spearman's rho	Penerimaandiri	Correlation Coefficient		1.000	.034
		Sig. (2-tailed)		.	.760
		N		83	83
	Persepsikeseriusan	Correlation Coefficient		.034	1.000
		Sig. (2-tailed)		.760	.
		N		83	83

Correlations					
				Penerimaandiri	Persepsimanfaat
Spearman's rho	Penerimaandiri	Correlation Coefficient		1.000	-.061
		Sig. (2-tailed)		.	.586
		N		83	83
	Persepsimanfaat	Correlation Coefficient		-.061	1.000

	Sig. (2-tailed)	.586	.
	N	83	83

Correlations

			Penerimaandiri	Persepsihambat an
Spearman's rho	Penerimaandiri	Correlation Coefficient	1.000	-.040
		Sig. (2-tailed)	.	.717
		N	83	83
	Persepsihambatan	Correlation Coefficient	-.040	1.000
		Sig. (2-tailed)	.717	.
		N	83	83