

TESIS

**PENGARUH TERAPI SUPORTIF TERHADAP KEMANDIRIAN
PASIEN SKIZOFRENIA YANG MENGALAMI DEFISIT
PERAWATAN DIRI DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**



HANIK ENDANG NIHAYATI

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

**PENGARUH TERAPI SUPORTIF TERHADAP KEMANDIRIAN
PASIEN SKIZOFRENIA YANG MENGALAMI DEFISIT
PERAWATAN DIRI DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

TESIS

Untuk memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)

Dalam Program Studi Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan UNAIR

Oleh :

**HANIK ENDANG NIHAYATI
NIM: 090810428 M**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Hanik Endang Nihayati, Skep,Ns

NIM : 090810428 M

Tanda Tangan : 

Tanggal : 10 Agustus 2010

LEMBAR PENGESAHAN

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL Agustus 2010

Oleh

Pembimbing Ketua



Prof. Hendy M. Margono, dr, Sp.KJ
NIP. 194809091976032001

Pembimbing



Ah. Yusuf, SKp, MKes
NIP. 196701012000031002

LEMBAR PENGESAHAN

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL Agustus 2010

Oleh

Pembimbing Ketua



Prof. Hendy M. Margono, dr, Sp.KJ
NIP. 194809091976032001

Pembimbing



Ah. Yusuf, SKp, MKes
NIP. 196701012000031002

Mengetahui

Ketua Program Studi
Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan



Dr. Florentina Sustini, dr, MS
NIP. 130 934 631

**HALAMAN PENETAPAN
PANITIA PENGUJI TESIS**

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Hanik Endang Nihayati

NIM : 090810428 M

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul : Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemandirian Pasien Skizofrenia
Yang Mengalami Defisit Perawatan Diri Di Rumah Sakit Jiwa Menur
Surabaya

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 10 Agustus 2010

Panitia Penguji,

- | | | |
|----------------|-------------------------------------|---------|
| 1. Ketua | : Dr. Nursalam, MNurs (Hons) | (.....) |
| 2. Anggota | : dr. Suksmi Yitnamurti, SpKJ | (.....) |
| 3. Penguji I | : Prof. Hendy M. Margono, dr, Sp.KJ | (.....) |
| 4. Penguji II | : Ah. Yusuf, SKp, MKes | (.....) |
| 5. Penguji III | : Rizki Fitriyasari, SKep, Ns, MKep | (.....) |

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

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

Nama : Hanik Endang Nihayati
NIM : 090810428 M
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Jiwa dan Komunitas
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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:

**PENGARUH TERAPI SUPORTIF TERHADAP KEMANDIRIAN PASIEN
SKIZOFRENIA YANG MENGALAMI DEFISIT PERAWATAN DIRI
DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, 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.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 2 Agustus 2010
Yang menyatakan



(Hanik Endang Nihayati)

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji Syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan tesis **“Pengaruh Terapi Supportif Terhadap Kemandirian Pasien Skizofrenia Yang Mengalami Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.”**

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

1. Rektor Universitas Airlangga, Prof. Fasich I, Apt atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan program Magister Keperawatan .
2. Dr. Nursalam MNurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR.
3. Dr. Florentina Sustini, dr, MS, selaku ketua Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR yang telah memberikan motivasi, arahan dan kesempatan kepada kami dalam menyelesaikan pendidikan di Magister Keperawatan UNAIR.
4. Prof. Hendy M Margono, dr, Sp.KJ selaku pembimbing ketua yang penuh dengan perhatian dan kesabaran telah memberikan motivasi serta saran.
5. Ah. Yusuf., Skp., MKes. Selaku pembimbing kedua yang telah memberikan saran dalam penyelesaian tesis ini.
6. Dr. Suksmi Yitnamurti, SpKJ, Dr. Nursalam, MNurs (Hons), dan Rizki Fitriyarsi, Skep, Ns, MKep, penguji yang telah memberikan saran dan masukan dalam kesempurnaan tesis ini.
7. Staf Dosen dan bagian Kependidikan Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

8. Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, dr. Hendro Riyadi, SpKJ beserta jajarannya yang telah memberikan kesempatan dan dukungan kepada peneliti dalam melakukan penelitian ini.
9. Seluruh responden di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya atas partisipasinya yang luar biasa.
10. Keempat orang tuaku (Bpk/Ibu H. Moch Masykur dan Bpk/Ibu dr. H Soepratknjo, BS), suamiku tercinta (Hexananto Guritno, ST) dan Ananda Azzam-Azza atas kesabaran, pengertian dan segala dukungan sehingga Bunda dapat menyelesaikan pendidikan ini. Dan Lia, untukmu thank you soo much.
11. Tim wara wiri JIMAT, terima kasih atas bantuan dan dukungan yang luar biasa, tetap kompak untuk memberikan yang terbaik untuk Fakultas kita tercinta.
12. Rekan mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR dan seluruh pihak yang telah membantu kelancaran pembuatan tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Kami menyadari bahwa tesis ini masih banyak kekurangan karena keterbatasan-keterbatasan yang dimiliki penulis dan faktor lainnya, untuk itu masukan dan kritik yang sifatnya membangun sangat diperlukan untuk kesempurnaan dalam penyusunan usulan penelitian ini.

Surabaya, Agustus 2010

Penulis

SUMMARY

INFLUENCE OF SUPPORTIVE THERAPY ON THE INDEPENDENCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH SELF-CARE DEFICIT AT MENUR MENTAL HOSPITAL, SURABAYA

Hanik Endang Nihayati

Schizophrenic disorder is a group of psychotic reactions affecting various function areas of an individual, including disorders in thinking and communicating, receiving and interpreting reality, feeling and expressing emotion and behavioral disorder with maladaptive attitude. Psychotic disorder in schizophrenia reveals severe symptoms, inability of the patients to take care of himself, disordered social relationship, hallucination, behavioral disorder, incoherence and self-neglect. From those symptoms, the inability of the patient to take care of himself, which results in self-care deficit, is one of the problems commonly found directly either inside or outside the hospital. Disordered self-care occurs because the patient has cognitive disorder, leading to his inability to arrange and take care of himself, such as bathing, dressing, eating, drinking, and toileting. The problem of self-care deficit in schizophrenic patients should be overcome, since it may impair the fulfillment of Activity Daily Living (ADL), which may have effect on self-neglect and reduced health status. Management of self-care deficit problems in patients with psychiatric disorders should be implemented simultaneously, requiring direct involvement of the patient, group, family, and community. Group involvement presents as supportive therapy provided for schizophrenic patient with self-care deficit. Supportive therapy is one of psychotherapy models that is generally employed in the community and hospitals. The approach of supportive therapy for schizophrenic patients with self-care deficit is able to provide therapeutic support for the patients, so that they will be able to contribute in solving group problems and to improve their capabilities to gain optimum independence.

The objective of this study was to analyze the influence of supportive therapy on the independence of schizophrenic patients who have self-care deficit at Menur Mental Hospital, Surabaya. This study used quasi-experimental design with simple random sampling.

Data were collected twice, before and after treatment, using observation as an instrument. Statistics used in treatment group was Wilcoxon Signed Ranks Test, and to find the influence of supportive therapy either in treatment or control group we used Mann Mann Whitney U test with significance level of $\alpha = 0.05$.

Result showed the influence of supportive therapy on the independence of schizophrenic patients with self-deficit, as proved by the result of Mann Whitney test, with $p = 0.001$ and significance level of 0.05.

In conclusion, the provision of supportive therapy to schizophrenic patients with self-care deficit may improve the patients' independence in taking care of himself. It is suggested that supportive therapy activities are applied as planned therapy program to improve the independence of schizophrenic patients with self-care deficit.

X

ABSTRACT

**INFLUENCE OF SUPPORTIVE THERAPY ON THE INDEPENDENCE
OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH SELF-CARE DEFICIT
AT MENUR MENTAL HOSPITAL, SURABAYA**

Hanik Endang Nihayati

- IMRAD -

Self-care deficit is one of problems commonly found in schizophrenic patients. The deficit occurs because the patients have cognitive disorder, resulting in their inability to take care of themselves, such as bathing, dressing, eating, and toileting. Supportive therapy is one of approach models to the patients with problems of self-care deficit, in which the patients provide support and contribution one another in solving the problems and able to improve their capabilities to gain optimum independence.

The objective of this study was to analyze the influence of supportive therapy on the independence of schizophrenic patients who have self-care deficit.

This study used quasi-experimental design. Sample size was 24 individuals, taken from Menur Mental Hospital, Flamboyant Room, by determining target population that met the inclusion and exclusion criteria. The obtained respondents were divided into 2 groups, 12 receiving supportive treatment and 12 others did not receive such treatment and served as control. Data were analyzed using Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney Test with significance level of $\alpha < 0.05$.

The result of Wilcoxon Signed Rank Test before and after supportive therapy administration in treatment group had $p = 0.002$, and that of control group had $p = 0.046$. Whereas, the result of Mann Whitney Test on treatment group and control group after supportive therapy revealed $p = 0.001$, indicating the presence of supportive therapy influence on the independence of schizophrenic patients with self-care deficit.

Supportive therapy has significant influence on the independence of schizophrenic patients who have self-care deficit. Therefore, supportive therapy should be applied to patients with self-care problems as an effort to help the patients improving their independence in self-care.

Keywords: supportive therapy, independence, self-care deficit.

DAFTAR ISI

Sampul dalam.....	i
Prasyarat gelar.....	ii
Pernyataan orisinilitas.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Lembar Pengesahan disetujui	v
Lembar Penetapan Panitia Penguji Tesis.....	vii
Lembar Persetujuan Publikasi.....	viii
Ucapan Terima Kasih.....	viii
Lembar Ringkasan	x
Abstrak	xi
Daftar Isi.....	xii
Daftar Tabel	xv
Daftar Gambar.....	xvi
Daftar Lampiran.....	xvii
Daftar Singkatan.....	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.2.1 Tujuan umum.....	6
1.2.2 Tujuan khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Skizofrenia	8
2.1.1 Pengertian Skizofrenia.....	8
2.1.2 Etiologi	9
2.1.3 Gejala Skizofrenia	9
2.1.4 Pembagian skizofrenia	11
2.1.5 Diagnosis	11
2.1.6 Prognosis.....	14
2.1.7 Penatalaksanaan.....	16
2.2 Defisit Perawatan Diri	18
2.2.1 Definisi	18
2.2.2 Menentukan karakteristik	18
2.2.3 Faktor-faktor yang berhubungan	20
2.2.4 Hasil yang disarankan.....	22
2.2.5 Intervensi keperawatan yang disarankan	24
2.3 Konsep Dasar Kemandirian.....	27
2.3.1 Definisi kemandirian.....	27
2.3.2 Faktor yang mempengaruhi kemandirian.....	28
2.3.3 Proses perkembangan kemandirian.....	29

2.4	Konsep Terapi Supportif.....	29
2.4.1	Pengertian Terapi Supportif.....	29
2.4.2	Tujuan.....	30
2.4.3	Prinsip Support terapi.....	31
2.4.4	Karakteristik Support terapi.....	33
2.4.5	Aturan dalam terapi supportif.....	34
2.4.6	Keanggotaan terapi supportif.....	35
2.4.7	Pengorganisasian terapi Supportif.....	36
2.4.8	Waktu Pelaksanaan.....	37
2.4.9	Tempat Pelaksanaan.....	37
2.5	Konsep Dasar Kelompok.....	37
2.5.1	Pengertian kelompok.....	37
2.5.2	Tujuan dan Fungsi kelompok.....	38
2.5.3	Komponen kelompok.....	38
2.5.4	Perkembangan kelompok.....	41
BAB 3	KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN ...	45
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian.....	45
3.2	Hipotesis Penelitian.....	48
BAB 4	METODE PENELITIAN.....	49
4.1	Rancangan Penelitian.....	49
4.2	Populasi.....	50
4.2.1	Populasi.....	50
4.2.2	Sampel penelitian.....	50
4.3	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel.....	51
4.3.1	Variabel bebas.....	51
4.3.2	Variabel tergantung.....	51
4.3.3	Definisi oprasional.....	51
4.4	Instrumen Penelitian.....	54
4.5	Tempat dan Waktu Penelitan.....	55
4.5.1	Tempat penelitian.....	55
4.5.2	Waktu penelitian.....	55
4.6	Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data.....	55
4.7	Cara Analisis Data.....	58
4.8	Masalah Etika.....	59
4.8.1	Lembar persetujuan menjadi responden.....	59
4.8.2	<i>Anonimity</i> (tanpa nama).....	59
4.8.3	<i>Confidentiallity</i> (kerahasiaan).....	60
BAB 5	HASIL DAN ANALISIS.....	62
5.1	Gambaran Umum Ruang Flamboyan RSJ Menur Surabaya.....	62
5.2	Data Penelitian.....	64

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1	Pelaksanaan Penelitian.....	76
6.1.1	Seleksi.....	76
6.1.2	Pelaksanaan pengambilan data	77
6.1.3	Proses pengumpulan data dan analisis data.....	78
6.2	Perpaduan Temuan Penelitian.....	79
6.2.1	Kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri sebelum dilakukan terapi suportif.....	79
6.2.2	Kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri setelah dilakukan terapi suportif	85
6.2.3	Pengaruh kemandirian pasien skizofrenia setelah dilakukan terapi suportif	88
6.3	Keterbatasan penelitian.....	91

BAB 7 PENUTUP

7.1	Kesimpulan.....	92
7.2	Saran	92

Daftar Pustaka	95
-----------------------------	-----------

Lampiran	98
-----------------------	-----------

DAFTAR TABEL

- Tabel 5.1 Gambaran Kemandirian Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol terhadap Perawatan Diri Sebelum dan Setelah diberikan Terapi Suportif berdasarkan uji *Wilcoxon Sign Rank Test* dan *Mann Whitney Test* di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, Mei-Juni 2010.....74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka konseptual “Pengaruh support terapi terhadap kemandirian pasien Skizofrenia yang mengalami masalah deficit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.....	44
Gambar 4.1	Bagan rancangan penelitian pengaruh terapi supportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.....	45
Gambar 5.1	Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan umur di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010.....	64
Gambar 5.2	Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Pendidikan terakhir di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010.....	65
Gambar 5.3	Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Status Perkawinan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010.....	67
Gambar 5.4	Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Riwayat Pekerjaan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010.....	68
Gambar 5.5	Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Agama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010.....	69
Gambar 5.6	Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Lama perawatan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010.....	70
Gambar 5.7	Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Berapa Kali Perawatan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010.....	71
Gambar 5.8	Distribusi Kemandirian Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum diberikan Terapi Suportif di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010.....	78
Gambar 5.9	Distribusi Kemandirian Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol terhadap Perawatan Diri Setelah diberikan Terapi Suportif di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Mei - Juni 2010.....	73

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar permohonan responden.....	98
Lampiran 2 Surat persetujuan menjadi responden	99
Lampiran 3 Format pengumpulan data	100
Lampiran 4 Panduan pelaksanaan terapi suportif.....	102
Lampiran 5 Lembar observasi kemandirian.....	113
Lampiran 6 Lembar upaya mengatasi hambatan.....	117
Lampiran 7 Dokumentasi pelaksanaan terapi suportif.....	125
Lampiran 8 Surat permohonan pengumpulan data.....	130
Lampiran 9 Surat keterangan selesai penelitian.....	131
Lampiran 10 Keterangan kelaikan etik.....	132
Lampiran 11 Tabulasi data penelitian.....	133
Lampiran 12 Hasil uji statistik.....	147
Lampiran 13 Dokumentasi penelitian.....	158

DAFTAR SINGKATAN

ADL	: Activity Daily Living
APA	: American Psychiatric Association
POST	: Psychodynamically Oriented Psychotherapy
SAT	: Supportive Analytic Therapy
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa
IQ	: Intelegent Quation
ECT	: Electro Colvulsion Therapy
NAPZA	: Narkotika
THT	: Telinga Hidung Tenggorokan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia merupakan gangguan mental berat yang sering ditemukan di seluruh dunia. Data menunjukkan prevalensi skizofrenia bervariasi terentang dari 1-1,5% (Kaplan&Sadock,2003). Insiden kejadian kasus skizofrenia setiap tahun diseluruh dunia menunjukkan angka sebesar 0,7 kasus perpenduduk (Taylor,2005). Berdasarkan angka kejadiannya gangguan skizofrenia perlu mendapat perawatan dengan seksama. Gangguan skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk gangguan dalam berpikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan gangguan berperilaku dengan sikap yang maladaptif (Ann Isaacs,2001). Gangguan psikotik pada skizofrenia ini, ditemukan gejala yang berat, ketidakmampuan pasien untuk merawat dirinya sendiri, gangguan hubungan sosial, halusinasi, gangguan perilaku, inkoherensi dan penelantaran diri (Kaplan dan Sadock, 2003). Dari gejala tersebut, ketidakmampuan pasien untuk merawat dirinya, sehingga berdampak pada defisit perawatan diri pasien adalah salah satu masalah yang seringkali dijumpai secara langsung baik di rumah sakit maupun di luar rumah sakit. Gangguan perawatan diri ini terjadi karena pasien mengalami gangguan kognitif, sehingga mengakibatkan ketidakmampuan pasien dalam mengatur dan merawat dirinya sendiri seperti mandi, berhias, makan minum serta toileting. Masalah defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia harus segera diatasi, karena dapat menimbulkan gangguan pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL) yang berdampak pada penelantaran diri dan penurunan terhadap status kesehatan

(Keliat,1998). Penanganan masalah defisit perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa harus dilakukan secara bersamaan dan butuh keterlibatan langsung dari pasien, kelompok, keluarga dan komunitas. Keterlibatan kelompok berupa terapi dukungan pada pasien gangguan jiwa yang mengalami defisit perawatan dapat dilakukan dengan terapi suportif (Stuart & Laraia,1998). Terapi Suportif termasuk salah satu model psikoterapi yang biasanya sering digunakan di masyarakat dan di rumah sakit. Pendekatan terapi suportif pada pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri mampu memberikan dukungan terapis terhadap pasien sehingga pasien dapat berkontribusi dalam pemecahan masalah kelompok dan mampu meningkatkan kemampuan mencapai kemandirian seoptimal mungkin.

Menurut Adam & Marano (2005) data *American Psychiatric Association* (APA) angka kejadian skizofrenia telah mencapai 1% dari populasi. Berdasarkan data Masalah Kesehatan Jiwa Nasional dari hasil riset kesehatan dasar 2007, menunjukkan bahwa kejadian skizofrenia secara keseluruhan menunjukkan 0,46%, DKI Jakarta 2,03%, Nanggroe Aceh Darussalam 1,85%, Sumatra Barat 1,67% dan Jawa Timur 0,31%. Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa dari data orang yang mengalami gangguan skizofrenia ini menunjukkan data hilangnya waktu produktif dalam setahun atau *Disability Adjusted Life Years* (DALY) akibat gangguan jiwa adalah tahun 1993 sebanyak 10,5%, tahun 2000 sebanyak 12,3% dan diperkirakan pada tahun 2020 akan meningkat menjadi 15%. Berdasarkan data yang diperoleh di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya data pasien rawat inap pada tahun 2009, menunjukkan pasien skizofrenia menunjukkan prosentase sebesar 90,25% dan kasus paling banyak adalah kasus skizofrenia hebrefenik berkelanjutan ataupun berulang. Data awal yang telah dilakukan peneliti di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur menunjukkan pasien

skizofrenia yang mengalami penurunan kemauan sehingga berdampak pada masalah defisit perawatan diri didapatkan data hampir 90%. Pelaksanaan terapi untuk mengatasi masalah pasien skisofrenia dengan defisit perawatan diri, di Ruang Flamboyan telah dilakukan dengan terapi perilaku pada pasien secara individu melalui pelaksanaan asuhan keperawatan. Pasien dimotivasi agar melakukan perawatan diri dengan dibantu atau secara mandiri. Ruang Flamboyan adalah ruang wanita dengan perawat yang bertugas sebanyak 11 orang (terbagi menjadi 3 shift, pagi 6 perawat, sore 1 perawat dan malam 1 perawat) dan 2 dokter yang bertanggung jawab, merawat pasien rata-rata 40 pasien setiap harinya yang terbagi di 2 ruangan yaitu ruang akut dan ruang kronis. Selain tingginya angka defisit perawatan diri, Ruang Flamboyan merupakan ruang dimana pasien disiapkan untuk pulang ke rumah sehingga diharapkan pasien sudah harus mampu untuk melakukan perawatan diri. Terapi suportif yang dilakukan di ruang Flamboyan ini diharapkan dapat menjadi metode yang efektif dalam melibatkan langsung pasien dalam asuhan keperawatan yang dilakukan, khususnya pasien yang mengalami defisit perawatan diri. Defisit perawatan diri merupakan masalah yang seringkali terjadi pada pasien dengan skizofrenia. Jika hal ini tidak segera diatasi, maka dapat memperburuk penyakitnya, menjadikan tingkah laku maladaptif, terlantar, defisit perawatan diri, status kesehatan menurun, dan mudah terjadi komplikasi lain (Keliat, 1998). Bahkan pasien bisa mengalami kondisi yang lebih buruk yaitu halusinasi, waham, depresi, bahkan bisa mengalami bunuh diri. Kemandirian pasien skizofrenia dalam memenuhi kebutuhan perawatan terhadap dirinya, harus diberikan terapi dukungan secara tepat. Hal ini disebabkan karena pasien skizofrenia semakin tidak peduli dengan keadaan dirinya sendiri, harga diri semakin rendah dan perasaan tidak berharga (Stuart & Sudden, 1998). Kondisi ini mengakibatkan pasien semakin sulit

menjalin hubungan dengan orang lain, sehingga mengakibatkan pasien mengalami penurunan aktifitas dan kurangnya perhatian terhadap penampilan dan kebersihan diri. Upaya untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia adalah dengan memberikan terapi suportif pada pasien melalui dukungan kelompok. Terapi suportif ini merupakan terapi yang bertujuan untuk menolong pasien beradaptasi dengan baik pada masalah yang dihadapi, memberi kontribusi positif pada kelompok dan untuk mendapatkan suatu kenyamanan hidup terhadap gangguan psikisnya seperti masalah defisit perawatan diri (Stuart & Laraia,1998). Dalam terapi suportif pasien secara berkelompok diajak untuk bersama-sama saling memberi dukungan dan penghargaan terhadap masalah yang dihadapinya dengan menciptakan suasana yang aman dan bersahabat, dimana semua anggota kelompok dapat bekerja bersama terapis untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri, baik dari dalam maupun luar yang hadir dalam mencapai tujuannya (Appelbaum,2005).Torrey (2007) dalam penelitiannya menggambarkan bahwa terapi suportif memberikan dukungan kepada pasien dengan persahabatan, dorongan, saran-saran praktis seperti bagaimana untuk mengembangkan lebih aktif dirinya terkait dengan perawatan diri dan akses sosial ke masyarakat. Setelah terapi suportif diharapkan pasien mampu untuk mengatasi masalah yang dialaminya. Namun apabila masalah defisit perawatan diri pada pasien tidak segera diatasi melalui suatu terapi yang efektif, maka akan semakin dapat memperburuk kondisi pasien, karena pasien semakin tidak peduli dengan keadaan dirinya sendiri. Menurut Inu (2006) bahwa dalam proses penyembuhan pasien skizofrenia tidak cukup dengan terapi medikasi, akan tetapi juga dibutuhkan suatu terapi suportif yang komprehensif. Penurunan kemauan dan masalah defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia merupakan perilaku yang maladaptif. Sehingga jika stimulasi melalui pendekatan terapi

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi faktor penyebab terjadinya defisit perawatan diri pada pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.
2. Mengidentifikasi kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya sebelum dan setelah dilakukan terapi suportif.
3. Menganalisis pengaruh terapi Suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Hasil penelitian berupa kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri ini diharapkan dapat menambah wawasan dalam penerapan terapi modalitas pada pasien skizofrenia yang mengalami masalah defisit perawatan diri.
2. Sebagai bahan masukan bagi perawat yaitu tentang pelaksanaan terapi suportif bagi pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri sehingga mampu meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu merawat pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri.
3. Sebagai bahan masukan bagi institusi yaitu pemberian pelayanan keperawatan yang efektif agar dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan terapi pada pasien terkait dengan masalah defisit perawatan diri.

4. Sebagai dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut tentang pelaksanaan terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan membahas konsep skizofrenia, konsep defisit perawatan diri, konsep kemandirian, konsep terapi suportif, dan konsep kelompok.

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu bentuk psikosa yang sering dijumpai sejak dulu kala (Maramis, 2004). Skizofrenia berasal dari dua kata yaitu skizo yang artinya retak/pecah dan frenia yang artinya jiwa. Dengan demikian orang yang menderita skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan pribadi atau jiwa/kepribadian yang terbelah.

Menurut PPDGJ III (2001) skizofrenia adalah suatu diskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tidak selalu bersifat kronis atau "*deteriorating*") yang luas serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*).

Gangguan skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Issacs, 2005). Dimana kondisi umum rata-rata IQ pasien skizofrenia dalam keadaan normal, akan tetapi kemampuan akan berfikir abstraknya berkurang (Irmansyah, 2006)

2.1.2 Etiologi

Irmansyah (2006) mengatakan bahwa pada skizofrenia berbagai sistem dan daerah di otak bekerja secara tidak normal, yaitu terjadinya ketidakseimbangan dalam transmitter dopamine yang diperkirakan sebagai penyebab skizofrenia, temuan terbaru mengungkapkan bahwa hal ini disebabkan oleh berkurangnya signal neurotransmitter glutamate atau lebih spesifik lagi oleh salah satu target kunci glutamate pada neuron. Maramis (2004), membagi penyebab dari skizofrenia dalam beberapa hal. Walaupun itu bukan penyebab yang pasti, karena sampai sekarang Maramis belum mengetahui dasar sebab-musabab skizofrenia. Diantara penyebab yang memungkinkan terjadinya skizofrenia adalah:

1. Keturunan
2. Endokrin
3. Metabolisme
4. Susunan syaraf pusat
5. Teori Adolf Mayer
6. Teori Sigmund Freud
7. Eugen Bleuler
8. Skizofrenia sebagai sindroma
9. Skizofrenia sebagai gangguan psikosomatik.

2.1.3 Gejala Skizofrenia

Menurut Issacs (2005),gejala umum yang biasa muncul pada skizofrenia adalah:

1. *Waham*: keyakinan keliru yang sangat kuat yang tidak dapat dikurangi dengan menggunakan logika.

2. *Asosiasi longgar*: kurangnya hubungan yang logis antara pikiran dan gagasan, dapat tercermin pada berbagai gejala.
3. *Halusinasi*: persepsi sensorik yang keliru dan melibatkan panca indera.
4. *Ilusi*: salah menginterpretasikan stimulus lingkungan.
5. *Depersonalisasi*: individu merasa bahwa “dirinya” sudah berubah secara mendasar.
6. *Afek datar* : tidak adanya respon emosional, afek juga bisa digambarkan sebagai tumpul (respon datar) atau tidak tepat (kebalikan dengan apa yang diharapkan dari suatu situasi)
7. *Ambivalensi*: adanya konflik atau pertentangan emosi yang menyebabkan sulitnya individu menentukan pilihan dan keputusan.
8. *Avolisi*: kurangnya motivasi untuk melanjutkan aktivitas yang berorientasi pada tujuan.
9. *Alogia*: berkurangnya pola bicara atau miskin kata-kata.
10. *Ekopraksia*: meniru tindakan orang lain tanpa sadar.
11. *Anhedonia*: kurang senang melakukan aktivitas dan hal-hal lain yang secara normal menyenangkan.
12. *Pemikiran konkrit*: kesulitan berfikir abstrak sehingga ia menginterpretasikan komunikasi orang lain secara harfiah. Pemikiran konkrit dapat diuji untuk meminta orang lain tersebut menginterpretasikan peribahasa secara umum.

Sedangkan Irmansyah (2006) mengatakan bahwa skizofrenia juga terdapat gejala-gejala negatif seperti *affective flattening*, menurunnya jarak dan intensitas ekspresi emosi, termasuk ekspresi muka, nada suara, kontak mata dan bahasa tubuh:

alogia, miskinnya kemampuan berbicara, lambatnya mengungkapkan gagasan dan ide, kesulitan memulai kegiatan, penurunan motivasi berkreatifitas, gangguan mengingat.

2.1.4 Pembagian Skizofrenia

Menurut Issacs (2005) skizofrenia dibagi menjadi beberapa jenis, antara lain sebagai berikut:

1. Skizofrenia simpleks (sering terjadi pada masa puber)
2. Skizofrenia hebrefrenik atau hebefrenia (pada rentang umur 15-25 tahun)
3. Skizofrenia katatonik atau katatonia, antara lain stupor katatonik dan gaduh gelisah katatonik (pada rentang umur 15-30 tahun).
4. Skizofrenia paranoid(sering terjadi pada umur diatas 30 tahun)
5. Episode skizofrenia akut.
6. Skizofrenia residual.
7. Skizofrenia skizo-afektif.

2.1.5 Diagnosis

Pedoman diagnosis skizofrenia menurut PPDGJ III disebutkan bahwa harus ada sedikitnya satu gejala yang sangat jelas (biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas), yaitu :

- *thought echo* : isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda, atau
- *thought insersion or withdrawal* : isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*), dan

- *thought broadcasting* : isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;
- *delusion of control* : waham tentang dirinya dikendalikan oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar atau;
- *delusion of influence* : waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau
- *delusion of passivity* : waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar;
- *delusion perception* : pengalaman inderawi yang tidak wajar yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;
- halusinasi *auditorik* :
 - suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien atau
 - mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau
 - jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh
- waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan diatas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).

Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas :

- halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa

kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan yang menetap atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus-menerus;

- arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*) yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan atau *neologisme*;
- perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah, posisi tubuh tertentu (*posturing*) atau *fleksibilitas cerea*, negativisme, mutisme atau stupor;
- gejala-gejala negatif, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika;
- Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal);
- Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tidak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara sosial.

Kurt Schneider (1939) menyusun 11 gejala ranking pertama dan berpendapat bahwa diagnosis skizofrenia sudah dapat dibuat bila terdapat gejala dari kelompok A

dan satu gejala dari kelompok B, dengan syarat bahwa kesadaran pasien tidak menurun.

Gejala – gejala ranking pertama menurut Schneider ialah:

1. Halusinasi pendengaran.
 - a) Pikirannya dapat didengar sendiri.
 - b) Suara- suara yang sedang bertengkar.
 - c) Suara- suara yang mengomentari perilaku klien.
2. Gangguan batas ego.
 - a) Tubuh dan gerakan- gerakan klien dipengaruhi oleh suatu kekuatan dari luar.
 - b) Pikirannya diambil dan disedot keluar.
 - c) Pikirannya dipengaruhi oleh orang lain atau pikirannya disiarkan keluar secara umum.
 - d) Pikirannya diketahui oleh orang lain atau pikirannya disiarkan keluar secara umum.
 - e) Perasaannya dibuat oleh orang lain.
 - f) Kemauannya dan tindakannya dipengaruhi oleh orang lain.
 - g) Dorongan dikuasai oleh orang lain.
 - h) Persepsi yang dipengaruhi oleh waham

2.1.6 Prognosis

Dahulu bila diagnosis skizofrenia dibuat, maka ini berarti bahwa sudah tidak ada harapan bagi orang tersebut, bahwa kepribadiannya selalu akan menuju kemunduran mental. Dan bila seorang skizofrenia kemudian menjadi sembuh maka diagnosis nya harus diragukan.

Sekarang dengan pengobatan modern ternyata bila pasien itu datang berobat dalam tahun pertama setelah serangan pertama, maka kira-kira sepertiga dari pasien

akan sembuh sama sekali. Sepertiga lagi dapat dikembalikan pada masyarakat walaupun didapati cacat sedikit dan pasien masih harus sering diperiksa dan diobati selanjutnya. Yang sisa, biasanya mempunyai prognosis jelek. Pasien tidak dapat berfungsi didalam masyarakat dan menuju kemunduran mental., sehingga mungkin menjadi penghuni tetap di rumah sakit jiwa (Maramis, 2004). David (2004) mengatakan bawa keadaan premorbid dari pasien skizofrenia sebelum sakit sangat mempengaruhi prognosis penyakit ini.

Untuk menetapkan prognosis skizofrenia harus mempertimbangkan faktor di bawah ini:

1. Kepribadian prepsikotik: bila skhizoid dan hubungan antar manusia kurang memuaskan, maka prognosis lebih jelek.
2. Bila skizofrenia timbul secara akut, maka prognosis lebih baik dari pada penyakit mulai secara yang pelan- pelan.

3. Jenis.

Prognosis jenis katatonik yang paling baik dari semua jenis. Sering klien dengan katatonia sembuh dan kembali ke kepribadian prepsikotik. Kemudian menyusul jenis paranoid. Banyak jenis klien ini dapat dikembalikan ke masyarakat. Hebefrenia dan simpleks prognosis sama jelek. Jenis skizofrenia ini menuju kearah kemunduran mental.

4. Umur.

Makin muda umur permulaannya, makin jelek prognosisnya.

5. Pengobatan.

Makin cepat diberi pengobatan makin baik prognosisnya.

6. Dikatakan bahwa bila terdapat faktor pencetus seperti penyakit badaniah atau stress psikologik, maka prognosis itu lebih baik.

7. Faktor keturunan.

Prognosis menjadi lebih berat apabila dalam keluarga terdapat seorang atau lebih yang juga menderita skizofrenia.

2.1.7 Penatalaksanaan

Gangguan jiwa skizofrenia adalah salah satu penyakit yang cenderung berlanjut (kronis, menahun) oleh karenanya terapi pada skizofrenia memerlukan waktu relatif lama, bebulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Hal ini dimaksudkan untuk menekan sekecil mungkin kekambuhan. Terapi yang komprehensif dan holistik atau terpadu yang sekarang sudah dikembangkan meliputi psikofarmaka, terapi psikososial dan psikoreligius.

Pada pedoman diagnosa terapi Departemen/SMF Ilmu Kedokteran Jiwa RSU Dr. Soetomo Surabaya (1994) disebutkan bahwa terapi pasien skizofrenia adalah holistik meliputi:

1. Somatoterapi.

a. Perbaiki keadaan umum

b. Pemberian antipsikotik atau neuroleptika ada dua macam, yaitu dosis efektif kecil dan dosis efektif besar. Diberi dalam dosis 1-2 kali/hari. Terapi *Electro Convulsion Therapy* (ECT) kalau perlu pada klien gaduh gelisah/stupor yang berat. Dari berbagai anti psikotik sering menimbulkan gejala ekstrapiramidal yang mirip dengan penyakit Parkinson. Misalnya, kedua tangan gemetar (tremor), kekakuan alat gerak, otot leher, kaku dan

sebagainya. Bila terjadi hal yang demikian dapat diberikan obat penawarnya yaitu obat dengan nama generik *trihexiphenidil HCL*.

2. Psikoterapi.

Untuk memperkuat terapi ego dengan cara psikoterapi agar klien dapat bersosialisasi. Psikoterapi banyak macamnya tergantung dari latar belakang sebelum sakit. Adapun macamnya sebagai berikut:

- a. Psikoterapi suportif dimaksudkan untuk memberikan dorongan , semangat dan motivasi. Pelaksanaan psikoterapi ini adalah melalui terapi suportif pada individu dan kelompok.
- b. Deduktif dimaksudkan untuk memberikan pendekatan ulang.
- c. Tujuannya memperbaiki kesalahan pendidikan di masa lampau.
- d. Kognitif dimaksudkan untuk memulihkan kembali fungsi kognitif (daya pikir dan daya ingat) rasional, sehingga klien mampu membedakan nilai moral dan etika.
- e. Rekonstruktif dimaksudkan untuk memperbaiki kembali kepribadian yang telah mengalami keretakan.
- f. Psikodinamika dimaksudkan untuk menganalisa dan menguraikan proses dinamika kejiwaan dan dengan terapi ini diharapkan pasien dalam memahami kelebihan dan kelemahan dirinya dan mampu menggunakan mekanisme pertahanan diri dengan baik.
- g. Perilaku dimaksudkan untuk memulihkan gangguan maladaptif menjadi adaptif.
- h. Keluarga dimaksudkan untuk memulihkan hubungan pasien dengan keluarga.

3. Manipulasi lingkungan.

Tujuannya agar lingkungan dapat:

- a. Memenuhi dan menerima pasien.
- b. Membimbing dalam kehidupan sehari-hari, memberi pekerjaan pada pasien.
- c. Mengawasi minum obat secara teratur dalam jangka waktu yang lama membawa pasien untuk pemeriksaan.

4. Terapi psikoreligius.

Hawari (2001) menambahkan salah satu bentuk terapi adalah terapi keagamaan. Terapi ini merupakan kegiatan ritual keagamaan seperti sholat, berdo'a, memanjatkan puji-pujian kepada Tuhan, ceramah keagamaan, dan kajian kitab suci.

2.2 Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Definisi

Menurut Nanda (2008), defisit perawatan diri adalah kelemahan kemampuan untuk melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri, seperti :

- Mandi/ higiene.
- Berpakaian/ berhias
- Makan
- Toileting

2.2.2 Menentukan Karakteristik (Nanda, 2008) :

1. Mandi/ Higiene : ketidakmampuan dalam
 - Membersihkan tubuh atau bagian tubuh
 - Memperoleh atau mendapatkan sumber air

- Mengatur suhu atau aliran air mandi
- Mendapatkan perlengkapan mandi
- Mengeringkan tubuh
- Masuk dan keluar kamar mandi

2. Berpakaian/ berhias :

Kelemahan kemampuan dalam :

- Meletakkan atau mengambil potongan pakaian yang sesuai
- Menanggalkan pakaian
- Memperoleh atau menukar pakaian

Ketidakmampuan dalam :

- Mengenakan pakaian bagian atas atau bawah tubuh
- Memilih pakaian
- Menggunakan alat tambahan
- Menggunakan kancing tarik
- Melepaskan pakaian
- Menggunakan kaos kaki
- Mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan
- Mengambil pakaian
- Mengenakan sepatu

3. Makan :

Ketidakmampuan dalam :

- Menelan makanan
- Mempersiapkan makanan untuk mencerna
- Membereskan peralatan makan

- Mengunyah makanan
 - Menggunakan alat tambahan
 - Mendapatkan makanan menuju perkakas
 - Membuka kontainer
 - Mencerna makanan dengan aman
 - Memanipulasi makanan dalam mulut
 - Membawa makanan dari wadah ke mulut
 - Melengkapi makan
 - Mencerna makanan menurut cara yang diterima sosial
 - Mengambil cangkir atau gelas
 - Mencerna cukup makanan
4. Toileting (BAB/BAK) :
- Ketidakmampuan dalam :
- Mendapatkan jamban atau kamar kecil
 - Duduk atau bangkit dari jamban atau kamar kecil
 - Memanipulasi pakaian untuk toileting
 - Melaksanakan kebersihan dalam BAB/BAK dengan tepat
 - Menyiram toilet atau kamar kecil

2.2.3 Faktor-faktor berhubungan (Nanda,2008) :

1. Mandi/ Higiene :
- Menurun atau kurang motivasi
 - Kelemahan dan ketakutan
 - Kecemasan Berat
 - Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh atau hubungan spatial

- Gangguan persepsi atau kognitif
- Nyeri
- Gangguan neuromuskular
- Gangguan muskuloskeletal
- Hambatan lingkungan

2. Berpakaian/ berhias :

- Menurun atau kurang motivasi
- Nyeri
- Kecemasan Berat
- Gangguan persepsi atau kognitif
- Kelemahan atau kecapaian
- Gangguan neuromuskular
- Gangguan muskuloskeletal
- Tidak nyaman
- Hambatan lingkungan

3. Makan :

- Kelemahan
- Kecemasan berat
- Gangguan neuromuskular
- Nyeri
- Gangguan persepsi atau kognitif
- Tidak nyaman
- Hambatan lingkungan
- Menurun atau berkurangnya motivasi

- Gangguan muskuloskeletal

4. Toileting (BAB/ BAK) :

- Hambatan lingkungan
- Kelemahan atau kecapaian
- Berkurang atau menurun motivasi
- Kecemasan berat
- Status mobilitas terganggu
- Gangguan kemampuan pindah
- Gangguan muskuloskeletal
- Gangguan neuromuskular
- Nyeri
- Gangguan persepsi atau kognitif

2.2.4. Hasil yang disarankan (Nanda,2008) :

1. Mandi/ Higiene :

- *Self Care : Activities of Daily Living (ADL)*
- *Self Care : Mandi*
- *Self Care : Higiene*
- Mengarahkan perawatan sendiri

Tambahan hasil yang berhubungan :

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| - Kontrol kecemasan | - Tingkat mobilitas |
| - Kemampuan kognitif | - <i>Equilibrium mood</i> |
| - Tingkat kenyamanan | - Fungsi otot |
| - Daya tahan | - Status neurologis |
| - Konservasi energi | - Tingkat nyeri |

2. Berpakaian/ berhias :

- *Self Care : Activities Daily Living (ADL)*
- *Self Care : Mandi*
- *Self Care : Higiene*
- Mengarahkan perawatan sendiri

Tambahan hasil yang berhubungan :

- Kontrol kecemasan
- Kemampuan kognitif
- Tingkat kenyamanan
- Daya tahan
- Konservasi energi
- Tingkat mobilitas
- *Equilibrium mood*
- Fungsi otot
- Status neurologist
- Tingkat nyeri

3. Makan :

- Status nutrisi : asupan makanan dan cairan
- *Self Care : Activities Daily Living (ADL)*
- *Self care : makan*
- Mengarahkan perawatan sendiri
- Status menelan

Tambahan hasil yang berhubungan :

- Kontrol kecemasan
- Kemampuan kognitif
- Daya tahan
- Pergerakan Sendi
- Tingkat Mobilitas
- *Equilibrium Mood*
- Fungsi otot
- Status Neurologis: Pusat control motor
- Kontrol Nyeri

4. Toileting (BAB/BAK) :

- *Self Care : Activities Daily Living (ADL)*
- *Self Care : Higiene*
- *Self Care : Toileting*
- Mengarahkan Perawatan sendiri

Tambahan hasil yang berhubungan :

- Ambulasi : berjalan
- Kontrol kecemasan
- Keseimbangan
- Kemampuan kognitif
- Tingkat kenyamanan
- Daya tahan
- Konservasi tenaga
- Tingkat mobilitas
- Fungsi otot
- Status neurologis
- Tingkat nyeri
- Fungsi skeletal
- Performans transfer

2.2.5. Intervensi Keperawatan yang disarankan untuk mengatasi masalah

(Nanda, 2008)

1. Mandi/ Higiene :

- Mandi
- Perawatan kaca mata
- Perawatan mata
- Perawatan kaki
- Perawatan rambut
- Perawatan bayi
- Perawatan kuku
- Pemeliharaan kesehatan oral
- Perawatan perineal
- Bantuan *self care*
- Fasilitasi tanggungjawab diri
- Mengajarkan individu

Intervensi pilihan tambahan :

- Pengelolaan perilaku
- Modifikasi Perilaku
- Memperkuat *body image*
- Mendukung pengambilan keputusan
- Perencanaan pemulangan
- Dukungan emosional
- Pengelolaan tenaga
- Promosi latihan
- Promosi latihan : penguluran
- Terapi latihan : ambulasi
- Terapi latihan : keseimbangan
- Terapi latihan : mobilitas sendi
- Terapi latihan : kontrol otot
- Pencegahan jatuh
- Menyusun tujuan bersama
- Mengkontrak pasien
- Positioning
- Bantuan *self care*
- Memperkuat harga diri
- Keselamatan

2. Berpakaian/ berhias :

- Berpakaian
- Pengelolaan tenaga
- Pengelolaan lingkungan
- Promosi latihan
- Perawatan rambut
- Perawatan kuku
- Bantuan *selfcare*

Intervensi pilihan tambahan :

- Memperkuat *body image*
- Perencanaan pulang
- Promosi latihan : penguluran
- Terapi latihan : ambulasi
- Terapi latihan : keseimbangan
- Terapi latihan : mobilitas sendi
- Terapi latihan : kontrol otot
- Pengelolaan nyeri
- Pasien *contracting*
- Pengajaran individual

3. Makan :

- Makan lewat botol
- Pengelolaan lingkungan
- Pemberian makan
- Pengelolaan nutrisi
- Pemeliharaan kesehatan mulut
- *Positioning*
- Bantuan *selfcare* : makan

Intervensi pilihan tambahan :

- Perkuat komunikasi: pendengaran
- Perkuat komunikasi : visual
- Perencanaan pulang
- Pengelolaan nyeri
- Pasien contracting
- Perkuat sosialisasi
- Pengajaran individu

4. Toileting (BAB/BAK) :

- Perawatan inkontinensia BAB : *encopresis*
- Pengelolaan lingkungan
- Pengelolaan nutrisi
- Pasien contracting
- Bantuan *selfcare* : toileting
- Pengelolaan cairan
- Pengelolaan pengobatan
- Pengajaran individual
- Pengelolaan eliminasi

Intervensi pilihan tambahan :

- Mandi
- Irigasi usus
- Pengelolaan konstipasi
- Perencanaan pulang
- Promosi latihan
- Promosi latihan : penguluran
- Terapi latihan : ambulasi
- Terapi latihan : mobilitas sendi
- Terapi latihan : kontrol otot
- Monitoring cairan
- Perawatan kolostomi
- Pengelolaan nyeri
- Perawatan perineal
- Pengawasan kulit

- Terapi latihan : keseimbangan

2.3 Konsep Dasar Kemandirian

2.3.1 Definisi Kemandirian

Kemandirian merupakan suatu keadaan tanpa adanya ketergantungan diri pada orang lain (Mulyono, 1990). Barnadib (1982) kemandirian meliputi perilaku mampu berinisiatif, mampu mengatasi hambatan/ masalah, mempunyai rasa percaya diri dan dapat melakukan sesuatu sendiri tanpa bantuan orang lain, pendapat tersebut juga diperkuat dengan pernyataan yang mengatakan bahwa kemandirian adalah “ hasrat untuk mengerjakan segala sesuatu bagi diri sendiri” (Mu’tadin,2002). Kemandirian disini adalah kemampuan tanpa membutuhkan bantuan dari orang lain untuk mandi, berpakaian, toileting, berpindah tempat, mempertahankan kontinensia dan makan (Herawati, 2000). Menurut Septiningtyas (2006), kemandirian adalah kemampuan untuk melakukan kegiatan atau tugas sehari-hari atau dengan sedikit bimbingan sesuai dengan tahapan perkembangan dan kapasitasnya. Sedangkan menurut Huda (2004), mandiri adalah kebebasan untuk bertindak, tidak tergantung pada orang lain, tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri atau aktivitas seseorang baik individu maupun kelompok dari berbagai kesehatan atau penyakit. Mandiri juga dikatakan merawat diri sendiri atau merawat diri dan dapat melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari. Mandiri juga didefinisikan dimana seseorang dapat mengurus dirinya sendiri (Poerwadi dalam Suhartini, 2004). Dari beberapa pengertian mandiri diatas dapat disimpulkan bahwa kemandirian mengandung unsur :

1. Mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi
2. Mempunyai rasa percaya diri

3. Melakukan sesuatu sendiri tanpa bantuan orang lain.
4. Tidak terpengaruh pada orang lain dan bebas mengatur diri sendiri.
5. Sesuai dengan tahapan perkembangan.

Menurut Carm dalam Maramis (1993) mandiri adalah kemampuan setiap orang untuk merawat diri sendiri, sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraan.

2.3.2. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kemandirian

Suhartini tahun 2004 menyebutkan bahwa kemandirian seseorang ditentukan oleh beberapa faktor seperti tipe kepribadian, kondisi fisik, kapasitas mental serta dukungan keluarga. Benyamin Spock dalam Anggraeni (2005) menyebutkan bahwa kepercayaan diri dapat mempengaruhi kemandirian seseorang dan faktor sosial ekonomi juga berpengaruh terhadap kemandirian seseorang (Qomari,2007). Dari beberapa referensi, faktor-faktor yang mempengaruhi kemandirian seseorang dapat diklasifikasikan menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Yang termasuk ke dalam faktor internal antara lain :

1. Jenis kelamin
2. Usia
3. Urutan kelahiran
4. Tipe kepribadian
5. Kondisi fisik
6. Kapasitas mental
7. Kepercayaan diri

Dan yang termasuk ke dalam faktor eksternal antara lain :

1. Pola asuh orang tua
2. Dukungan keluarga
3. Sosial budaya

2.3.3 Proses Perkembangan Kemandirian

Menurut Kusuma (2005) kemandirian terdiri dari beberapa aspek yaitu :

1. Fisik, yaitu bentuk kemandirian secara umum, dapat dilihat dalam bentuk perilaku misalnya makan sendiri, memakai pakaian sendiri, pergi ke toilet sendiri dan lain-lain.
2. Emosi yaitu kemampuan mengontrol diri.
3. Sosial, ditunjukkan dengan hubungan dengan orang lain secara independen sebagai individu.

Kemandirian seperti halnya kondisi psikologis yang lain dapat berkembang dengan baik jika individu diberi kesempatan untuk berkembang melalui latihan yang dilakukan secara terus menerus dan dilakukan secara rutin.

2.4 Konsep Terapi Suportif

2.4.1 Pengertian Terapi Suportif

Terapi Suportif adalah suatu terapi untuk menciptakan suasana yang aman dan saling mendukung dimana anggota dapat bekerja bersama terapis untuk mengatasi rintangan baik dari dalam maupun dari luar yang hadir dalam mencapai tujuannya (Appelbaum, 2005). *Supportif group* merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap isu-isu dan tekanan yang khusus maupun keadaan yang merugikan. Tujuan awal dari grup ini didirikan adalah

memberikan suport dan menyelesaikan pengalaman isolasi dari masing-masing anggotanya (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004). Dengan demikian pengertian terapi suportif pada pasien dengan gangguan jiwa adalah terapi suportif yang diberikan pada sekumpulan dua orang atau lebih pasien yang memiliki masalah gangguan perilaku dan mengklarifikasi permasalahan yang dihadapi keluarga untuk melakukan intervensi kepada pasien, sehingga pasien mampu memanfaatkan *support system* yang dimilikinya dan mengekspresikan pikiran serta perasaannya melalui ekspresi verbal.

2.4.2 Tujuan

Menurut Stuart & Laraia (1998), tujuan terapi suportif yang diberikan kepada pasien adalah :

1. Memberikan dukungan terhadap hubungan terapeutik antara pasien dan perawat. Terapis bermain aktif dan memberikan suport langsung kepada pasien untuk mengimprovisasikan fungsi sosial dalam memberikan kontribusi dalam kelompok pasien dan kemampuan dalam mengatur koping terkait pemenuhan kebutuhan perawatan diri.
2. Memberikan dukungan kepada pasien terkait dukungan motivasi dan kemampuan untuk menggunakan koping secara efektif. Terapis memberikan suport terhadap dorongan perilaku adaptif pasien terhadap kebutuhan pasien dalam perawatan diri.
3. Mengurangi penyebab stres dan respon maladaptif. Pasien diharapkan menunjukkan respon untuk mengungkapkan pengalaman hidupnya, menerima dukungan kelompok dan mampu berpartisipasi dalam perawatan diri.

4. Membantu memberikan dukungan terhadap perawatan diri pasien terkait pelaksanaan *Activity Daily Living* (ADL) pada pasien yang mengalami defisit perawatan diri.

Selain itu menurut Chan & Thompson (2006) tujuan terapi suportif pasien adalah memberikan *support* terhadap pasien sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara pasien-terapis, meningkatkan kekuatan pasien, meningkatkan keterampilan coping pasien, meningkatkan kemampuan pasien menggunakan sumber copingnya, meningkatkan otonomi pasien dalam keputusan tentang pengobatan, meningkatkan kemampuan pasien mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi distress subyektif dan respons coping yang maladaptif. Kemampuan yang dicapai oleh pasien ini adalah berasal dari dukungan kelompok pasien yang dilakukan dalam terapi suportif.

2.4.3 Prinsip Terapi Suportif

Beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam memberikan terapi suportif pada pasien (Chan, & Thompson, 2006):

1. Memperlihatkan hubungan saling percaya. Pasien dan terapis dapat membangun hubungan terapeutik untuk memecahkan masalah terkait perawatan diri.
2. Memikirkan mengenai ide dan alternatif untuk memecahkan masalah (the dialectical process). Terapis dan pasien menepakati masalah perawatan diri yang dialami pasien berikut pemecahan masalahnya melalui dukungan kelompok.
3. Mendiskusikan area yang tabu (tukar pengalaman mengenai rahasia dan konflik internal secara psikologis). Saling memberikan kontribusi dan dukungan kelompok

- terhadap masalah perawatan diri pasien dengan tetap mempertahankan keterbukaan dan menghormati privasi pribadi.
4. Menghargai situasi yang sama dan bertindak bersama. Terapi suportif tetap mempertahankan setting yang nyaman dan tidak tergantung pada satu hal tertentu atau anggota kelompok tertentu.
 5. Adanya sistem dukungan yang membantunya (*mutual support and assistance*). Anggota kelompok saling memberi dukungan dan berkontribusi satu sama lain terkait masalah defisit perawatan diri yang dihadapi pasien.
 6. Pemecahan masalah secara individu. Pemecahan masalah pasien dipecahkan melalui dukungan kelompok yang tetap berprinsip pada kemampuan individu untuk memecahkan(sesuai kemampuan individu masing-masing).

Terapi Suportif termasuk salah satu model psikoterapi yang biasanya sering digunakan di masyarakat dan di rumah sakit. Terapi ini merupakan suatu terapi yang dikembangkan oleh Rockland (1989) dengan istilah *Psychodynamically Oriented Psychotherapy* or 'POST', namun ada pula istilah lain yang diperkenalkan adalah *Supportive Analytic Therapy* or 'SAT' (Rockland,1989 dalam Holmes, 1995). Secara umum istilah POST dan SAT pada pelaksanaannya sama dengan terapi suportif yang dikembangkan oleh Appelbaum (2005) dimana mengatasi masalah pasien dengan tetap berorientasi pada hubungan terapeutik pasien dan perawat. Hasil survei di Amerika menunjukkan bahwa psikoterapi suportif menduduki peringkat ke delapan dalam psikoterapi yang penting (Langsey & Yager, 1988 dalam Holmes, 1995).

Terapi suportif dapat diberikan secara individu dan berkelompok (Scott, dkk., 1995). Pemberian terapi suportif lebih difokuskan pada pasien secara berkelompok

dengan pertimbangan bahwa individu merupakan sistem pendukung pasien gangguan jiwa lainnya. Kriteria pemberian psikoterapi kelompok adalah suatu kelompok individu yang berkumpul untuk satu tujuan terapeutik, dibantu oleh seorang pemimpin yang profesional, interaksi serta hubungan antar anggota digunakan sebagai alat untuk mengklarifikasi, memotivasi, atau mengubah perilaku (Powles, 1964 dalam Scott, 1995).

Strategi dasar dalam terapi suportif adalah menciptakan suasana yang aman dimana anggota dapat bekerja bersama terapis untuk mengatasi rintangan baik dari dalam maupun dari luar yang hadir dalam mencapai tujuannya (Appelbaum, 2005). Pemberiannya terapi suportif dapat dilakukan satu atau dua kali dalam seminggu dengan durasi 50 menit setiap sesinya (Rockland, 1989), namun menurut Holmes (1995), di Inggris pelaksanaannya dapat kurang dari satu minggu yakni bisa empat hari sekali, sebulan sekali, atau bahkan dua bulan sekali dengan durasi 20-50 menit untuk setiap sesinya. Jadi pemberian terapi suportif dapat diberikan dengan mempertimbangkan waktu serta kondisi anggota yang akan menerimanya.

2.4.4 Karakteristik terapi Suportif

Menurut Appelbaum (2005), karakteristik yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan terapi supportif adalah :

1. Kelompok kecil berjumlah 10-12 orang. Kelompok yang terlalu besar mengakibatkan tidak semua anggota mendapat kesempatan mengungkapkan perasaan, pendapat dan pengalamannya dan jika kelompok yang terlalu kecil tidak cukup variasi informasi dan interaksi yang terjadi (Rawlin,dkk, 1993)

2. Anggota homogen. Kekohesifan kelompok dapat terbangun dari salah satunya adalah masalah anggota kelompok memiliki masalah yang sama (Stuart&Laraia,1998).
3. Anggota berpartisipasi penuh dan mempunyai otonomi. Kekuatan kelompok adalah kemampuan anggota kelompok dalam berpartisipasi dan terlibat langsung dalam kelompok suportif (Stuart & Laraia,1998).
4. Kepemimpinan kolektif. Kepemimpinan dalam struktur kelompok menjaga stabilitas dan membantu pengaturan pola perilaku dan interaksi yang dibangun dalam kelompok dalam menyelesaikan masalah.
5. Keanggotaan sukarela dan non politik. Keanggotaan dalam kelompok untuk memecahkan masalah harus menggunakan umpan balik untuk memberi kesadaran pada anggota kelompok terhadap dinamika yang terjadi.
6. Anggota saling membantu/berkontribusi terhadap masalah yang dihadapi dan dapat melakukan pertemuan di luar sesi.

2.4.5 Aturan Dalam Terapi Supportif

Menurut Chien, Chan & Thompson (2006), aturan dalam pemberian terapi suportif meliputi:

1. Terapis dan pasien berperan aktif dengan komunikasi dua arah. Terapis harus selalu berperan serta aktif dalam memimpin dan tiap pasien berperan secara aktif untuk berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok.
2. Melibatkan dukungan dari pasien sebagai anggota kelompok dan sosial serta tanggung jawabnya dalam pengambilan keputusan.

3. *Supportive group* adalah kelompok *self supporting* sehingga pasien harus berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok. Pasien harus mampu berkontribusi dalam tujuan/masalah yang dipecahkan dalam kelompok. Pembiayaan untuk pelaksanaan kegiatan ditanggung bersama kelompok.
4. Terapis merespon pertanyaan pasien, menghindari interogasi, konfrontasi, dan interpretasi. Melakukan klarifikasi pada pasien tentang masalahnya dengan memberikan nasehat, melakukan konfrontasi suportif, membatasi seting, memberikan pendidikan kesehatan dan jika perlu melakukan perubahan lingkungan.
5. Kenyamanan secara fisik dan emosi harus dijaga. Sesama anggota saling memahami, mengetahui dan membantu berdasarkan kesetaraan, respek antara satu dengan yang lain dan hubungan timbal balik. Kelompok harus menghargai *privacy* dan kerahasiaan dari anggota kelompoknya.
6. Menunjukkan rasa empati, ketertarikan atau keseriusan terhadap masalah pasien, dan menganggap pasien sejajar kedudukannya dengan terapis.
7. Pasien dipacu untuk mampu mengekspresikan pikiran dan perasaannya.
8. Tujuan terapi harus dijaga sejak awal sampai akhir.

Berperilaku jujur kepada kelompok dengan selalu menceritakan setiap perkembangan yang terjadi pada pasien dan melihat bagaimana respon yang terjadi.

2.4.6 Keanggotaan Terapi Suportif

Menurut Appelbaum (2005), syarat yang harus dipenuhi dalam melibatkan pasien untuk mengikuti terapi suportif meliputi:

1. Pasien memiliki masalah perawatan yang sama
2. Berusia antara 18 sampai 60 tahun.

3. Bersedia untuk berpartisipasi penuh selama mengikuti terapi.
4. Dapat membaca dan menulis.

2.4.7 Pengorganisasian Terapi Suportif (Rockland, 1989)

1. Leader Terapi Suportif

Terapi dipimpin oleh terapis dengan tugasnya yang meliputi:

- a. Memimpin jalannya diskusi.
- b. Menentukan lama pertemuan (50 menit).
- c. Menciptakan dan mempertahankan suasana yang bersahabat agar pasien dapat kooperatif, produktif, dan berpartisipasi.
- d. Memilih topik pertemuan sesuai dengan daftar masalah bersama dengan pasien..
- e. Membimbing diskusi, menstimulasi pasien, dan mencegah monopoli saat diskusi.
- f. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan apa yang diketahuinya mengenai gangguan jiwa dan masalah yang tengah diselesaikan dalam terapi.
- g. Memberikan kesempatan pasien untuk mengekspresikan masalahnya.
- h. Memberikan motivasi pasien untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi.
- i. Memahami opini yang diberikan pasien.
- j. Memberikan umpan balik positif kepada pasien mengenai perawatan diri yang sudah benar dilakukannya selama ini.
- k. Memberikan penjelasan dan masukan mengenai perawatan diri klien gangguan jiwa yang belum diketahui/belum dipahami oleh pasien.

2. Anggota kelompok terapi suportif

Tugas pasien sebagai anggota kelompok meliputi:

- a. Mengikuti jalan atau proses pelaksanaan terapi suportif sesuai dengan kesepakatan yang dibuat antara anggota kelompok dan *leader* (pemimpin kelompok).
- b. Berpartisipasi aktif selama proses kegiatan berlangsung, memberikan masukan, umpan balik selama proses diskusi, dan melakukan simulasi

2.4.8 Waktu Pelaksanaan

Menurut Rockland (1995) waktu pelaksanaan terapi sesuai dengan kesepakatan kelompok. terapi dilaksanakan seminggu sekali, seminggu dua kali atau dua minggu sekali disesuaikan dengan kebutuhan pasien dengan alokasi waktu selama kegiatan 50 menit.

2.4.9 Tempat Pelaksanaan terapi Suportif

Menurut Appelbaum (2005) tempat pelaksanaan terapi ini menggunakan *setting* lingkaran sehingga dapat dilakukan di mana saja.

2.5 Konsep Kelompok

2.5.1 Pengertian Kelompok

Kelompok adalah kumpulan individu yang memiliki hubungan satu dengan yang lain, saling tergantung, dan mempunyai norma yang sama. (Stuart&Laraia, 2001)

2.5.2 Tujuan dan Fungsi Kelompok

Tujuan kelompok adalah membantu anggotanya berhubungan dengan orang lain serta mengubah perilaku yang destruktif dan maladaptif. Kekuatan kelompok ada pada kontribusi dari setiap anggota dan pemimpin dalam mencapai tujuannya.

Kelompok berfungsi sebagai tempat berbagi pengalaman dan saling membantu satu sama lain, untuk menemukan cara menyelesaikan masalah. Kelompok merupakan laboratorium tempat mencoba dan menemukan hubungan interpersonal yang baik, serta mengembangkan perilaku yang adaptif. Anggota kelompok merasa dimiliki, diakui dan dihargai eksistensinya oleh anggota kelompok yang lain.

2.5.3 Komponen Kelompok

Kelompok terdiri dari delapan aspek, sebagai berikut (Stuart&Laraia, 2001):

1. Struktur Kelompok

Struktur kelompok menjelaskan batasan, komunikasi, proses pengambilan keputusan, dan hubungan otoritas dalam kelompok. Struktur kelompok menjaga stabilitas dan membantu pengaturan pola perilaku dan interaksi. Struktur dalam kelompok diatur dengan adanya pemimpin dan anggota, arah komunikasi dipandu oleh pemimpin, sedangkan keputusan diambil secara bersama.

2. Besar Kelompok

Jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5-12 orang. Jumlah anggota kelompok kecil menurut Stuart & Laraia (2001) adalah 7-10 orang, menurut Lancaster (1980) adalah 10-12 orang, sedangkan menurut Rawlins, Williams, dan Beck (1993) adalah 5-10 orang. Jika anggota kelompok terlalu besar akibatnya tidak semua anggota mendapat kesempatan

mengungkapkan perasaan, pendapat, dan pengalamannya. Jika terlalu kecil, tidak cukup variasi informasi dan interaksi yang terjadi.

3. Lamanya Sesi

Waktu optimal untuk satu sesi adalah 20-40 menit bagi fungsi kelompok yang rendah dan 60-120 menit bagi fungsi kelompok yang tinggi (Stuart&Laraia, 2001). Biasanya dimulai dengan pemahaman berupa orientasi, kemudian tahap kerja, dan *finishing* berupa terminasi. Banyaknya sesi bergantung pada tujuan kelompok, dapat satu kali/dua kali per minggu atau dapat direncanakan sesuai dengan kebutuhan.

4. Komunikasi

Salah satu tugas pemimpin kelompok yang terpenting adalah mengobservasi dan menganalisis pola komunikasi dalam kelompok. Pemimpin menggunakan umpan balik untuk memberi kesadaran pada anggota kelompok terhadap dinamika yang terjadi.

Pemimpin kelompok dapat mengkaji hambatan dalam kelompok, konflik interpersonal, tingkat kompetisi, dan seberapa jauh anggota kelompok mengerti serta melaksanakan kegiatan yang dilaksanakan.

5. Peran Kelompok

Pemimpin perlu mengobservasi peran yang terjadi dalam kelompok. Ada tiga peran dan fungsi kelompok yang ditampilkan anggota kelompok, yaitu (Stuart&Laraia, 2001) *maintenance roles*, *task role*, dan *individual role*. *Maintenance roles*, yaitu peran serta aktif dalam proses kelompok dan fungsi kelompok. *Task roles*, yaitu fokus pada penyelesaian tugas. *Individual roles* adalah *self centered* dan distraksi pada kelompok.

6. Kekuatan Kelompok

Kekuatan (power) adalah kemampuan anggota kelompok dalam mengetahui berjalannya kegiatan kelompok. Untuk menetapkan kekuatan anggota kelompok yang

bervariasi diperlukan kajian siapa yang paling banyak mendengarkan dan siapa yang membuat keputusan dalam kelompok.

7. Norma Kelompok

Norma adalah standar perilaku yang ada dalam kelompok. Pengharapan terhadap perilaku kelompok pada masa yang akan datang berdasarkan pengalaman masa lalu dan saat ini. Pemahaman tentang norma kelompok berguna untuk mengetahui pengaruhnya terhadap komunikasi dan interaksi dalam kelompok. Kesesuaian perilaku anggota kelompok dengan norma kelompok, penting dalam menerima anggota kelompok. Anggota kelompok yang tidak mengikuti norma dianggap pemberontak dan ditolak anggota kelompok lain.

8. Kekohesifan

Kekohesifan adalah kekuatan anggota kelompok bekerja sama dalam mencapai tujuan. Hal ini mempengaruhi anggota kelompok untuk tetap betah dalam anggota kelompok. Apa yang membuat anggota kelompok tertarik dan puas terhadap kelompok, perlu diidentifikasi agar kehidupan kelompok dapat dipertahankan.

Pemimpin kelompok (terapis) perlu melakukan upaya agar kekohesifan kelompok dapat terwujud, seperti mendorong anggota kelompok berbicara satu sama lain, diskusi dengan kata-kata "kita", menyampaikan kesamaan anggota kelompok, membantu anggota kelompok untuk mendengarkan ketika yang lain bicara. Kekohesifan perlu diukur melalui seberapa sering antar anggota memberi pujian dan mengungkapkan kekaguman satu sama lain.

2.5.4 Perkembangan kelompok

Kelompok sama dengan individu, mempunyai kapasitas untuk tumbuh dan kembang. Pemimpin akan mengembangkan kelompok melalui empat fase, yaitu (Stuart&Laraia, 2001): fase pra-kelompok; fase awal kelompok; fase kerja kelompok; fase terminasi kelompok.

1. Fase Prkelompok

Hal penting yang harus diperhatikan ketika memulai kelompok adalah tujuan dari kelompok. Ketercapaian tujuan sangat dipengaruhi oleh perilaku pimpinan dan pelaksanaan kegiatan kelompok untuk mencapai tujuan tersebut. Untuk itu, perlu disusun proposal atau panduan pelaksanaan kegiatan kelompok.

Langkah-langkah persiapan sebagai berikut:

- Daftar tujuan umum dan khusus.
- Daftar pimpinan kelompok disertai keahliannya.

2. Fase Awal kelompok

Fase ini ditandai dengan ansietas karena masuknya kelompok baru, dan peran yang baru. Yalom (1995) dalam Stuart dan Laraia (2001) membagi fase ini menjadi tiga fase, yaitu orientasi, konflik, dan kohesif. Sementara itu, Tukman (1965) dalam Stuart dan Laraia (2001) juga membaginya dalam tiga fase, *forming*, *stroming*, dan *norming*.

Tahap orientasi

Pada tahap ini pemimpin kelompok lebih aktif dalam memberi pengarahan. Pemimpin kelompok mengorientasikan anggota pada tugas utama dan melakukan kontrak yang terdiri dari tujuan, kerahasiaan, waktu pertemuan, struktur, kejujuran, dan aturan komunikasi, misalnya hanya satu orang yang bicara pada satu waktu, norma

perilaku, rasa memiliki, atau kohesif antara anggota kelompok diupayakan terbentuk pada fase orientasi.

Tahap konflik

Peran dependen dan independen terjadi pada tahap ini, sebagian ingin pemimpin yang memutuskan dan sebagian ingin pemimpin lebih mengarahkan, atau sebaliknya anggota ingin berperan sebagai pemimpin. Adapula anggota yang netral dan dapat membantu menyelesaikan konflik peran yang terjadi. Perasaan bermusuhan yang ditampilkan, baik antar anggota kelompok maupun anggota dengan pemimpin dapat terjadi pada tahap ini. Pemimpin perlu memfasilitasi ungkapan perasaan, baik positif maupun negatif dan membantu kelompok mengenali penyebab konflik. Serta mencegah perilaku yang tidak produktif, seperti menuduh anggota tertentu sebagai penyebab konflik.

Tahap kohesif

Setelah tahap konflik, anggota kelompok merasakan ikatan yang kuat satu sama lain. Perasaan positif akan semakin sering diungkapkan. Pada tahap ini, anggota kelompok merasa bebas membuka diri tentang informasi dan lebih intim satu sama lain. Pemimpin tetap berupaya memberdayakan kemampuan anggota kelompok dalam melakukan penyelesaian masalah.

Pada tahap akhir fase ini, tiap anggota kelompok belajar bahwa perbedaan tidak perlu ditakutkan. Mereka belajar persamaan dan perbedaan, anggota kelompok akan membantu pencapaian tujuan yang menjadi suatu realitas.

3. Fase kerja Kelompok

Pada fase ini, kelompok sudah menjadi tim. Walaupun mereka bekerja keras, tetapi menyenangkan bagi anggota dan pemimpin kelompok. Kelompok menjadi stabil dan realistis.

Kekuatan terapeutik dapat tampak seperti dijelaskan oleh Yalom dan Vinogradov (1989) dalam Stuart dan Laraia (2001), yaitu sebelas faktor: memberi informasi, instalansi harapan, kesamaan, altruisme, koreksi pengalaman, pengembangan teknik interaksi sosial, peniruan perilaku, belajar hubungan interpersonal, faktor eksistensi, katarsis dan kekohesifan kelompok.

Tugas utama pemimpin adalah membantu kelompok mencapai tujuan dan tetap menjaga kelompok kearah pencapaian tujuan. Serta mengurangi dampak dari faktor apa saja yang dapat mengurangi produktivitas kelompok. Selain itu, pemimpin juga bertindak sebagai konsultan.

Beberapa problem yang mungkin muncul adalah *subgroup*, *conflict*, *self-disclosure*, dan *resistance*. Beberapa anggota kelompok menjadi sangat akrab, berlomba mendapatkan perhatian pemimpin, tidak ada lagi kerahasiaan karena keterbukaan yang tinggi, dan keengganan berubah perlu didefinisikan pemimpin kelompok agar segera melakukan strukturisasi.

Pada akhir fase ini, anggota kelompok menyadari produktivitas dan kemampuan yang bertambah disertai percaya diri dan kemandirian. Pada kondisi ini kelompok segera masuk ke fase berikut, yaitu perpisahan.

4. Fase Terminasi

Terminasi dapat sementara (temporal) atau akhir. Terminasi dapat pula terjadi karena anggota kelompok atau pemimpin kelompok keluar dari kelompok. Evaluasi

umumnya difokuskan pada jumlah pencapaian baik kelompok maupun individu. Pada tiap sesi dapat pula dikembangkan instrumen evaluasi kemampuan individu dari anggota kelompok. Terminasi dapat dilakukan pada akhir tiap sesi atau beberapa sesi yang merupakan paket dengan memperhatikan pencapaian tertentu. Terminasi yang sukses ditandai oleh perasaan puas dan pengalaman kelompok akan digunakan secara individual pada kehidupan sehari-hari.

Pada akhir sesi, perlu dicatat atau didokumentasikan proses yang terjadi berupa notulen. Juga didokumentasikan pada catatan implementasi tindakan keperawatan tentang pencapaian dan perilaku yang perlu dilatih pada klien diluar sesi.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

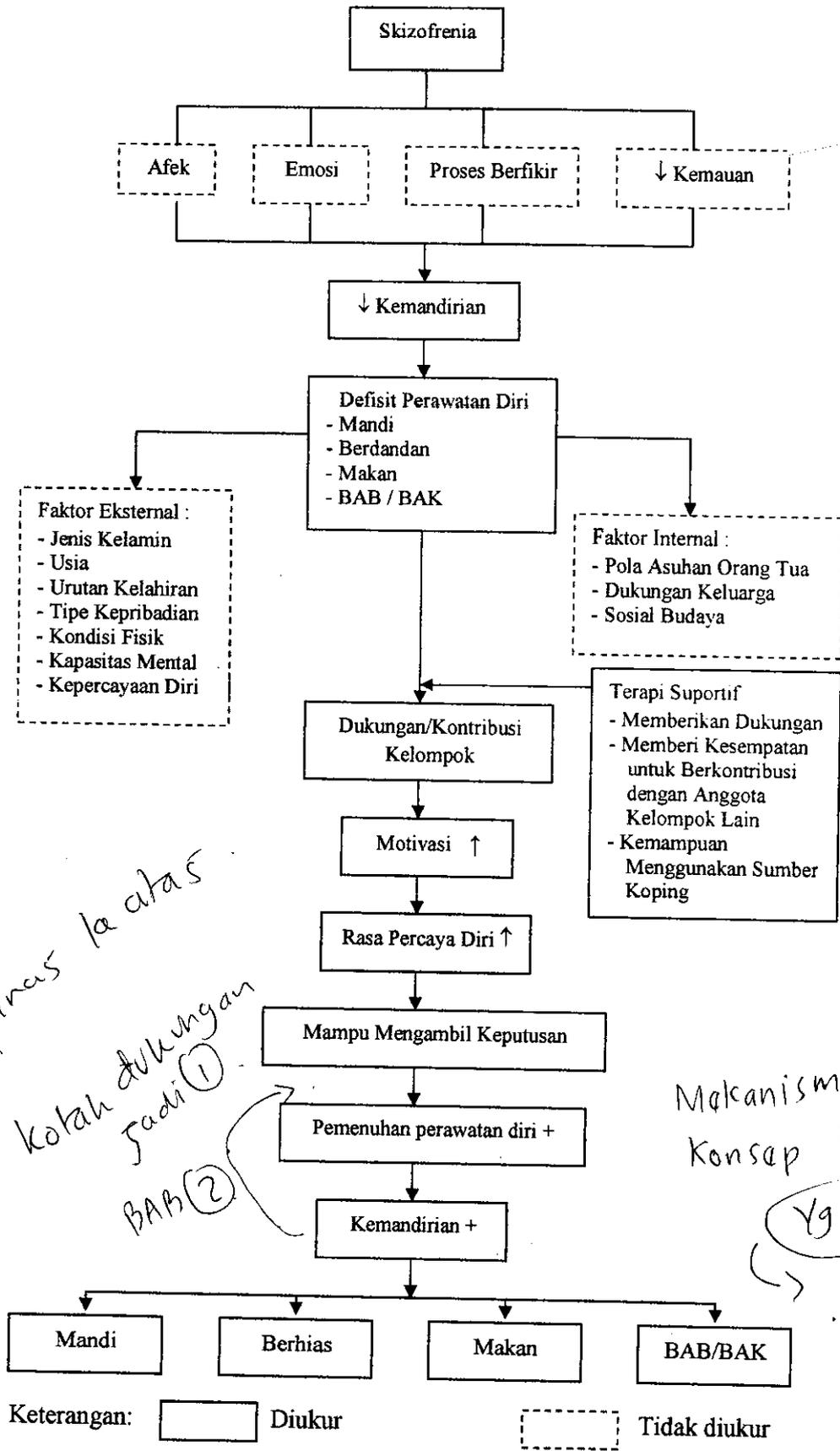
→ gambar dulu

3.1 Kerangka Konseptual

Pasien Skizofrenia mengalami masalah pada afek, emosi, proses berfikir serta penurunan kemauan dalam melakukan perawatan diri. Berbagai gejala yang ditimbulkan pada pasien skizofrenia ini mengakibatkan pasien mengalami masalah penurunan pada kemandiriannya, sehingga berdampak pada masalah defisit perawatan diri yang meliputi masalah mandi, berdandan, makan, BAB/BAK. Kemandirian pasien sendiri dipengaruhi oleh faktor eksternal dan internal. Faktor eksternal meliputi jenis kelamin, usia, urutan kelahiran, tipe kepribadian, kondisi fisik, kapasitas mental dan kepercayaan diri. Sedangkan faktor internal meliputi pola asuh orang tua, dukungan keluarga dan sosial budaya. Masalah defisit perawatan diri dibutuhkan intensitas intervensi keperawatan yang menyeluruh yakni perlu dilakukan intervensi yang berfokus tidak hanya pada individu, namun juga intervensi secara kelompok, keluarga yang merawat dan komunitas dimana pasien tinggal. Salah satu terapi kelompok dalam mengatasi masalah pasien dengan masalah defisit perawatan diri adalah terapi suportif. Terapi suportif merupakan terapi dukungan dimana pasien dapat berkontribusi kepada pasien yang lain melalui kelompok pasien. Pasien mampu untuk mengungkapkan masalah yang dihadapinya, dan pasien juga mampu memberikan suport kepada pasien yang lain untuk berkontribusi dalam melakukan perawatan dirinya yang sesuai dengan norma/umumnya. Terapi suportif ini akan mampu memberikan dukungan kelompok, memberi pasien untuk berkontribusi dengan anggota kelompok yang lain serta meningkatkan kemampuan untuk menggunakan sumber koping, sehingga mampu memberikan motivasi terhadap peningkatan kesadaran dalam merawat diri.

Pelaksanaan terapi suportif diciptakan suasana yang aman bagi anggota dapat bekerjasama dengan terapis untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien dan memberikan dukungan/kontribusi anggota kelompok, akan mampu meningkatkan motivasi pasien, sehingga dengan motivasi tersebut pasien akan mampu meningkatkan rasa percaya diri dalam mengambil keputusan dalam memenuhi perawatan dirinya. Dampak langsung dari pengambilan keputusan ini akan meningkatkan kemandirian pasien dalam memenuhi kebutuhan perawatan dirinya, seperti mandi, berhias, makan dan BAB/BAK.

Untuk memperjelas pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri adalah sebagai berikut :



panas la atas

Kotak dukungan jadi (1)

BAB (2)

Mekanisme konsep teori yg mana Mandiri?

S.S.

Gambar 3.1. Kerangka konseptual “Pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami masalah defisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya”

3.2 Hipotesis Penelitian

H1 : Ada pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang rancangan penelitian, populasi, sampel, besar sampel dan teknik pengambilan sampel, variabel penelitian dan definisi operasional variabel, instrumen penelitian, tempat dan waktu penelitian, prosedur pengambilan atau pengumpulan data, cara analisis data dan etik penelitian.

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan "*quasy-experimental*" yaitu peneliti memberikan perlakuan tertentu pada suatu kelompok subjek yang diobservasi sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Dan kelompok kontrol tidak diberikan intervensi.

Subjek	Pretest	Perlakuan	Posttest
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	-	O1-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan:

- K-A : Subjek perlakuan
- K-B : Subjek kontrol
- : Tidak diberi intervensi
- O : Observasi sebelum terapi suportif dilakukan
- I : Intervensi
- O1(A+B) : Observasi sesudah terapi suportif dilakukan

Gambar 4.1 : Bagan rancangan penelitian pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi pada penelitian ini adalah semua pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur sebanyak 40 pasien.

4.2.2 Sampel penelitian

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2008). Ada dua syarat yang harus dipenuhi dalam menetapkan sampel : (1) *representative*, yaitu sampel yang dapat mewakili populasi yang ada dan (2) sampel harus cukup banyak. Sampel dari penelitian ini adalah bagian dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.

Adapun kriteria sampel penelitian ini adalah :

1. Kriteria inklusi

- Pasien skizofrenia dengan defisit perawatan diri yaitu tidak mampu untuk melakukan perawatan diri: mandi, berdandan, makan/minum dan BAB/BAK
- Usia 18-50 tahun
- Pasien kooperatif dan dapat berkomunikasi verbal dengan cukup baik
- Pasien dapat membaca dan menulis
- Pasien bersedia menjadi responden

2. Kriteria eksklusi

- Pasien skizofrenia gaduh gelisah
- Pasien skizofrenia katatonik stupor

- Tidak ada kelainan organik

Jumlah sampel minimal dalam penelitian ini adalah 7 orang untuk masing-masing kelompok, sehingga minimal 14 orang. Dari populasi yang ada dan didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi, maka didapatkan populasi sasaran pada penelitian ini sebanyak 24 responden, dan dari populasi sasaran tersebut diambil semua sebagai responden penelitian. Hasil responden yang terpilih sesuai dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi yang ditetapkan, akan dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol masing-masing kelompok beranggotakan 12 orang. Penentuan responden masuk dalam kelompok perlakuan ataupun kelompok kontrol dilakukan secara random.

4.3 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

Variabel merupakan objek atau perlakuan dan hasil yang menjadi perhatian dalam penelitian. Variabel penelitian ini dibagi menjadi dua bagian yaitu:

4.3.1 Variabel bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah terapi suportif.

4.3.2 Variabel efek (tergantung)

Variabel tergantung dalam penelitian ini adalah kemandirian defisit perawatan diri.

4.3.3 Definisi operasional variabel

1. Terapi Suportif adalah suatu terapi untuk menciptakan suasana yang aman dan saling mendukung dimana anggota dapat bekerja bersama terapis untuk mengatasi rintangan baik dari dalam maupun dari luar yang hadir dalam mencapai tujuannya. Dalam pelaksanaannya terapi suportif ini dibagi menjadi

beberapa sesi yaitu sesi 1 bertujuan untuk memberi dukungan pasien dalam hal mandi, sesi 2 bertujuan untuk memberi dukungan dalam hal berdandan, sesi 3 bertujuan untuk memberi dukungan dalam hal memenuhi kebutuhan makan dan sesi 4 bertujuan memberi dukungan dalam hal BAB/BAK. Sedangkan alat ukur yang dipakai dalam pelaksanaan penelitian ini adalah pedoman pelaksanaan terapi suportif modifikasi peneliti dari data dan teori. Skizofrenia adalah suatu diskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tidak selalu bersifat kronis atau "deteriorating") yang luas serta sejumlah akibat yang tergantung pada pertimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya (PPDGJ III, 2001). Diagnosa medis skizofrenia pasien, diambil dari dokumen medik/status pasien yang telah dibuat dan diisi oleh dokter yang merawat sebagai pasien skizofrenia .

2. Kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri adalah kemampuan untuk melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri, seperti mandi, berpakaian/ berhias, makan, toileting/BAB/BAK dengan bantuan seminimal mungkin atau tanpa bantuan dari orang lain. Kemandirian dalam hal mandi adalah mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk mandi (handuk, sabun mandi, kecukupan air dll), masuk dan keluar kamar mandi, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, membasahi badan dengan air sampai merata, menggosok seluruh badan dengan sabun sampai merata, mengambil air dan membilas seluruh tubuh dengan air hingga sabun bersih, mengambil handuk pada tempatnya, mengeringkan badan dengan handuk, mengembalikan handuk

pada tempatnya. Kemampuan dalam hal berdandan/berhias adalah kemampuan pasien dalam hal mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk berpakaian dan berhias, meletakkan atau mengambil pakaian, menanggalkan pakaian, memperoleh atau menukar pakaian, mengenakan pakaian bagian atas atau bawah tubuh, memilih pakaian yang sesuai, memasang kancing baju/celana dengan tepat, mengenakan sepatu/sandal, menyisir rambut dengan rapi, berhias : bagi perempuan menggunakan lipstik, bedak dan bagi laki-laki membersihkan kumis dengan alatnya, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan. Kemandirian pasien dalam hal makan dilihat berdasarkan kemampuan mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk keperluan makan, mempersiapkan makanan untuk dimakan, mencerna makanan dengan aman, memanipulasi makanan dalam mulut, membawa makanan dari tempat makanan ke mulut, mencerna makanan menurut cara yang diterima sosial, menggunakan alat tambahan misal sendok, garpu dan lain-lain, mengambil cangkir/gelas, mencerna cukup makanan. Kemampuan pasien dalam hal pemenuhan kebutuhan BAB/BAK adalah mempersiapkan peralatan dalam toileting (BAB/BAK), mendapatkan jamban/kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban atau kamar kecil, memanipulasi makanan untuk toileting (BAB/BAK), melaksanakan kebersihan dalam toileting(BAB/BAK) dengan tepat, membersihkan badan/cebok setelah BAB/BAK dengan menggunakan air bersih, menyiram toilet atau kamar kecil dengan bersih dan tidak bau, menggunakan pakaian kembali setelah toileting. Lembar observasi sebagai alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini disusun berdasarkan karakteristik defisit perawatan diri dan modifikasi dari

peneliti. Adapun skala dalam pengukuran penelitian ini menggunakan skala ordinal dengan penilaian mandiri nilai 3, mampu dengan bantuan nilai 2, dan belum mampu nilai 1. Penilaian dengan menjumlahkan seluruh skor yang diperoleh kemudian dibagi dengan skor tertinggi kemudian diprosentasekan. Klasifikasi hasil prosentase adalah 75-100% = mandiri, 60-74%=cukup mandiri, 40-59%= kurang mandiri dan < 39%= tidak mandiri.

4.4 Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini menggunakan:

1. Pedoman pelaksanaan terapi suportif 4 sesi. Adapun pedoman pelaksanaan terapi suportif termuat pada lampiran, yang diadopsi dari Apellbom, 2005, dan dikembangkan oleh peneliti. Dalam setiap pelaksanaan terapi suportif ini, dalam setiap sesi harus didahului dengan fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi. Setiap sesi dalam terapi suportif ditentukan dalam tujuan masing-masing sesi, dimana pasien dimintai pendapat dan saling mengungkapkan pengalaman tentang cara melakukan perawatan diri, mulai dari persiapan peralatan, cara melakukan sampai pasien dapat mendemonstrasikannya. Selain itu yang paling penting adalah bagaimana dalam terapi suportif ini pasien dapat saling memberikan dukungan kepada pasien lain dalam melakukan perawatan diri sehingga mencapai suatu kemandirian.
2. Observasi untuk mengukur tingkat kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri yang meliputi kemandirian pasien dalam melakukan mandi, berdandan, makan dan BAB/BAK. Adapun kuesioner

termuat dalam lampiran. Instrumen ini dikembangkan peneliti dengan mengacu teori defisit perawatan diri dari Nanda, 2008.

Sebelum instrumen digunakan, diujicobakan terlebih dahulu, ujicoba instrumen bertujuan:

1. Memperoleh dasar perbaikan dan persamaan persepsi antara peneliti, dan responden dari bagian-bagian pertanyaan yang perlu diperbaiki
2. Mengetahui tingkat validitas (kesahihan) dan reliabilitas (keajekan) instrumen yang akan digunakan.

4.5 Tempat dan Waktu Penelitian

4.5.1 Tempat penelitian

Tempat penelitian ini dilakukan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Ruang Flamboyan di pilih untuk dijadikan sebagai tempat penelitian karena ruangan ini semua pasiennya perempuan, sehingga homogen dan ruang Flamboyan merupakan ruang persiapan pasien untuk pulang.

4.5.2 Waktu penelitian

Waktu penelitian ini secara keseluruhan mulai bulan Mei sampai dengan bulan Juni 2010.

4.6 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan data

Sebelum melakukan penelitian ini peneliti mengajukan permohonan ijin kepada bagian pendidikan Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR, setelah mendapatkan ijin penelitian dari Dekan Fakultas Keperawatan, maka peneliti mengajukan permohonan penelitian kepada Direktur Rumah sakit Jiwa Menur Surabaya. Setelah mendapatkan ijin penelitian peneliti menentukan

responden penelitian yang memenuhi kriteria inklusi melalui pengambilan populasi sasaran sebanyak 24 responden dan selanjutnya dilakukan random untuk menentukan menjadi 2 kelompok yaitu 12 responden sebagai kelompok perlakuan dan 12 responden sebagai kelompok kontrol, kemudian mengadakan pendekatan kepada pasien dengan pendekatan komunikasi terapeutik untuk mendapatkan membina hubungan saling percaya dengan pasien. Lembar persetujuan penelitian dilakukan kepada keluarga dan bagi pasien dari Liponsos diberikan kepada penanggung jawab dari pihak Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya dengan memberikan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan kepada responden.

Cara melakukan terapi suportif ini dilakukan selama 4 minggu dengan rincian minggu 1 tahap pra terapi suportif, minggu 2 dan 3 pasien dilakukan terapi suportif 4 sesi (setiap minggu 2 sesi setiap hari senin dan kamis) dan minggu ke 4 dilakukan post terapi suportif. Peneliti kemudian melakukan pengumpulan data pretes dengan melakukan observasi tentang kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri. Responden yang telah ditentukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi dengan simple random sampling ditentukan sebanyak 2 kelompok dari Ruang Flamboyan dan selanjutnya ditentukan sebagai kelompok perlakuan dan kelompok kontrol (kelompok A1 dan kelompok A2). Kelompok perlakuan akan mendapatkan intervensi terapi suportif 4 sesi dan kelompok kontrol tetap melakukan kegiatan harian. Frekwensi pelaksanaan terapi suportif mengacu pada pendapat Rockland (1995), dilakukan seminggu 2 kali dengan durasi waktu 50 menit tiap sesinya. Pada pelaksanaannya kelompok perlakuan dikumpulkan di ruang makan Ruang Flamboyan dan selanjutnya dilaksanakan terapi suportif dengan tetap menggunakan prinsip

terapeutik selama 50 menit. Pada minggu pertama untuk kelompok A1 hari Senin dilaksanakan terapi suportif sesi 1 tentang cara perawatan diri dan dilanjutkan hari Kamis pada jam yang sama dilanjutkan sesi ke 2 tentang berdandan/berhias. Setelah dilakukan terapi pasien akan diobservasi dengan menggunakan ceklist tentang pengaruh dari kontribusi kelompok dalam hal mandi dan berdandan. Pada minggu ke 2 terapi suportif dilanjutkan pada hari Senin dan Kamis pada sesi 3 dan sesi 4. Tema terapi suportif pada hari Senin adalah sesi tentang cara makan dan dilanjutkan pada sesi ke 4 tentang BAB/BAK. Sama seperti di minggu pertama pasien setelah dilakukan terapi diobservasi terkait kemandirian yang mereka capai dari dukungan kelompok yang telah mereka bangun. Masing-masing sesi pelaksanaan terapi pada intinya adalah bagaimana dukungan dari kelompok dapat dibangun dan masing-masing anggota mampu memberi kontribusi untuk anggota yang lain dalam hal melakukan perawatan diri. Strategi observasi dampak perilaku setelah terapi dilakukan langsung setelah terapi dilakukan oleh peneliti dibantu perawat ruangan. Kelompok pasien kontrol tidak diberikan terapi suportif, namun tetap dilakukan perawatan ruangan melalui asuhan keperawatan dan selanjutnya peneliti akan melihat kemandirian pasien dalam hal perawatan dirinya. Selama melakukan terapi suportif kepada pasien dengan masalah defisit perawatan diri ini, peneliti melakukan perlindungan diri dengan cara setiap kali melakukan aktifitas dengan pasien peneliti selalu dibantu dengan perawat yang bertanggung jawab di ruangan, hal ini dimaksudkan jika terjadi risiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan dapat segera dilakukan penanganan secara cepat dan tepat. Antisipasi masalah yang terjadi pada pasien selama pengumpulan data dilakukan jika pasien drop out karena status mentalnya, maka peneliti melakukan terapi

perilaku untuk perawatan diri pada pasien tersebut. Kriteria keberhasilan terapi suportif dapat ditunjukkan melalui pencapaian nilai pasien jika pasien dapat melakukan perawatan diri tanpa bantuan. Keberhasilan pasien dalam melakukan terapi suportif selalu mendapatkan penghargaan dari peneliti berupa makanan selingan yang disukai pasien. Dalam penelitian ini semua peralatan perawatan diri untuk pasien disediakan sepenuhnya oleh peneliti. Semua kelompok responden mendapatkan penghargaan dari peneliti baik pada kelompok perlakuan maupun kontrol. Selesai post tes, peneliti melakukan terapi suportif pada responden dari kelompok kontrol, sehingga kelompok kontrol dapat merasakan terapi yang telah dilakukan kepada kelompok perlakuan.

4.7 Cara Analisis Data

Data yang sudah dikumpulkan dilakukan pengkodean, kemudian dilakukan analisis perbedaan kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri sebelum (pre) dan sesudah (post) diberikan perlakuan baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol dengan menggunakan uji *Statistik Wilcoxon signed rank test* dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$. Jika hasil uji statistik menunjukkan $\alpha < 0,05$, maka hipotesis statistik (H_0) ditolak dan hipotesis penelitian (H_1) diterima, yang berarti ada pengaruh pemberian terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri. Selanjutnya untuk menganalisis kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri dari kedua kelompok (kelompok perlakuan dan kelompok kontrol) menggunakan uji *statistik Mann Whitney* dengan tingkat kemaknaan $\alpha < 0,05$. Jika hasil uji statistik menunjukkan $\alpha < 0,05$, maka hipotesis statistik (H_0) ditolak dan hipotesis penelitian (H_1) diterima, yang berarti ada pengaruh pemberian terapi

suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri.

4.8 Masalah Etika

Sebelum melakukan penelitian peneliti melakukan uji etik terlebih dahulu untuk mendapatkan kelaikan etik penelitian di Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM) Unair. Setelah melakukan uji etik, peneliti mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang diajukan kepada Kepala Diklat Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Setelah disetujui peneliti melakukan penelitian dengan menekankan masalah etik tersebut yang meliputi :

4.8.1 Lembar persetujuan menjadi responden (*Informed consent*)

Lembar persetujuan menjadi responden penelitian di berikan kepada responden yang akan diteliti. Lembar persetujuan ini memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan dari penelitian serta menjelaskan akibat-akibat yang akan terjadi bila bersedia menjadi responden penelitian. Mengingat penelitian ini dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan jiwa, maka persetujuan untuk menjadi responden diberikan kepada keluarga yang bertanggung jawab atas pasien selama di rawat di rumah sakit.

4.8.2 Tanpa nama (*Anonimity*)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas pasien, peneliti tidak akan mencantumkan identitas responden pada lembar pengumpulan data, hanya dengan menggunakan kode pada masing – masing lembar yang diisi atau diobservasi pada responden.

4.8.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan responden akan dijamin oleh peneliti dengan tidak dicantulkannya identitas responden dan hanya data tanpa nama yang akan disajikan sebagai hasil dari penelitian ini.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Bab ini akan menjelaskan hasil dan analisis hasil penelitian tentang pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Pelaksanaan penelitian ini di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya selama 1 bulan, didapatkan 24 populasi sasaran, semuanya oleh peneliti diambil sebagai responden penelitian. Semua responden penelitian berjumlah 24 orang dibagi menjadi 12 responden sebagai kelompok perlakuan dan 12 responden sebagai kelompok kontrol. Kelompok perlakuan, dilakukan intervensi berupa terapi suportif yang dilakukan selama 4 sesi. Sesi 1 tentang perawatan diri meliputi mandi, sesi 2 terapi suportif tentang berdandan, sesi 3 terapi suportif tentang makan/minum dan sesi ke 4 terapi suportif tentang BAB/BAK. Bab ini juga akan menjelaskan hasil penelitian tentang pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri secara kuantitatif dengan menggunakan perhitungan uji statistik *Wilcoxon Signed Ranks Test* dengan bantuan komputerisasi. Hasil uji ini dapat dipergunakan untuk mengetahui signifikansi terhadap variabel sebelum dan sesudah diberikan intervensi terapi suportif pada kelompok perlakuan. Dan selanjutnya untuk melihat perbedaan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah dilakukan perlakuan terapi suportif dihitung dengan menggunakan uji Statistik *Mann Whitney*.

Data dan hasil penelitian dapat dilihat sebagai berikut:

5.1 Gambaran umum Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, beralamat di Jalam Menur 120 Surabaya, merupakan Rumah Sakit Daerah Tingkat I dengan akreditasi rumah sakit tipe B plus dan tahun 2010 ini Rumah Sakit Jiwa Menur tengah menghadapi akreditasi menuju rumah sakit tipe A. Rumah Sakit Jiwa Menur memiliki fasilitas pelayanan yang terdiri dari ruang rawat jalan dan rawat inap. Rawat jalan terdiri poli tumbuh kembang anak, poli jiwa, Unit Gawat Darurat (UGD), Rumatan Metadon dan poli spesialis yang terdiri poli spesialis dalam, THT, jantung, kulit kelamin, serta gigi. Rawat inap terdiri Ruang Wijaya Kusuma merupakan ruang akut setelah pasien dari UGD dengan kapasitas tempat tidur 40 tempat tidur, Ruang Gelatik, Kenari merupakan ruang persiapan pulang untuk pasien laki-laki dengan kapasitas tempat tidur masing-masing 50 tempat tidur, Ruang Flamboyan merupakan ruang persiapan pulang untuk pasien perempuan dengan kapasitas tempat tidur 50 tempat tidur, ruang Puri Mitra yang terdiri Ruang NAPZA kapasitas 20 pasien dan ruang kelas 2 kapasitas 20 tempat tidur, serta ruang Puri Anggrek merupakan ruang kelas 1 dan VIP. Dari segi ketenagaan secara keseluruhan berjumlah ± 378 pegawai dengan rincian perawat berjumlah 76 orang, rata-rata tiap ruangan berjumlah 11 perawat. Penelitian penerapan terapi suportif ini dilaksanakan di Ruang Flamboyan yang merupakan ruangan persiapan pasien pulang, ruang wanita sehingga memungkinkan dapat digunakan terapi suportif karena pasien homogen, sehingga dapat tercipta suasana kekohesifan dalam kelompok. Ruang Flamboyan memiliki 11 tenaga perawat dan 2 dokter yang bertanggung jawab. Pembagian perawat terdiri dari 1 kepala

ruang, 1 pembimbing klinik, 1 penanggung jawab dinas pagi dan perawat pelaksana yang dinas melalui shift pagi, siang dan malam.

Ruang Flamboyan merupakan ruangan dimana pasien disiapkan untuk pulang ke rumah sehingga diharapkan pasien sudah harus mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Fasilitas yang dimiliki ruang Flamboyan adalah, 2 bangsal masing-masing bangsal terdiri dari 25 tempat tidur dan 25 almari pasien. Masing-masing bangsal terdapat 4 kamar mandi pasien, 2 ruang makan, 4 ruang perawat. Alur pasien yang masuk ke Ruang Flamboyan di mulai pasien masuk dari UGD, kemudian pasien diobservasi di ruang akut Wijaya Kusuma. Di Ruang ini pasien ditunggu oleh keluarga sampai kondisi gelisah pasien terkendali, maka pasien baru di bawa ke ruang persiapan pulang. Jika pasien laki-laki bisa ditempatkan di Ruang Gelatik dan Kenari, sedangkan jika pasien perempuan di bawa ke Ruang Flamboyan, sampai pasien dinyatakan boleh pulang ke rumah. Selama di Ruang persiapan pulang ini diharapkan keluarga bisa menjenguk 1 minggu sekali. BOR rata-rata pasien setiap hari 80% atau 40 pasien dan didapatkan data hampir 90% mengalami masalah keperawatan defisit perawatan diri. Masalah perawatan diri pada pasien di Ruang Flamboyan telah dilakukan melalui perawatan asuhan keperawatan secara individu yaitu dengan terapi perilaku, dimana pasien oleh perawat dimotivasi untuk melakukan perawatan diri secara individu. Dengan penerapan terapi suportif ini diharapkan pasien mampu menyelesaikan masalah perawatan dirinya secara mandiri sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan akan lebih efektif mengingat BOR pasien yang tinggi dan perawat yang terbatas, sehingga optimalisasi perawatan dapat dimaksimalkan melalui terapi yang diharapkan pasien mampu memberi kontribusi terhadap pasien lain dalam

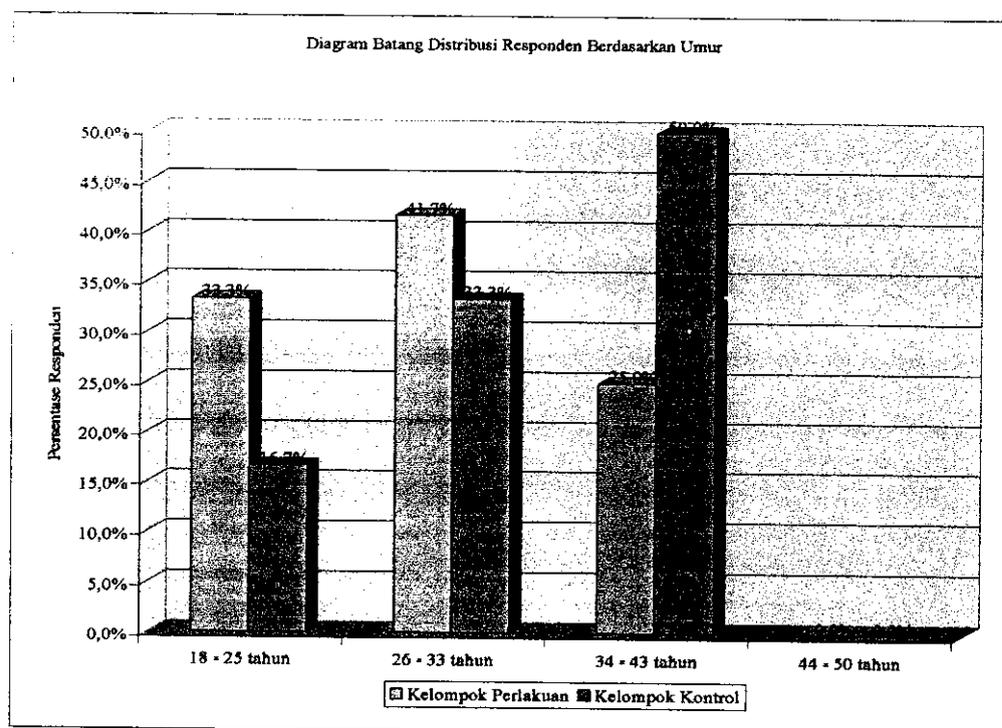
menyelesaikan masalah defisit perawatan diri sehingga kemandirian pasien dapat dicapai.

5.2 Data Penelitian

Pada bagian ini akan disajikan data penelitian yang meliputi identitas responden penelitian yang meliputi umur, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, agama, riwayat pengobatan dan lama dirawat.

5.2.1 Identitas Responden

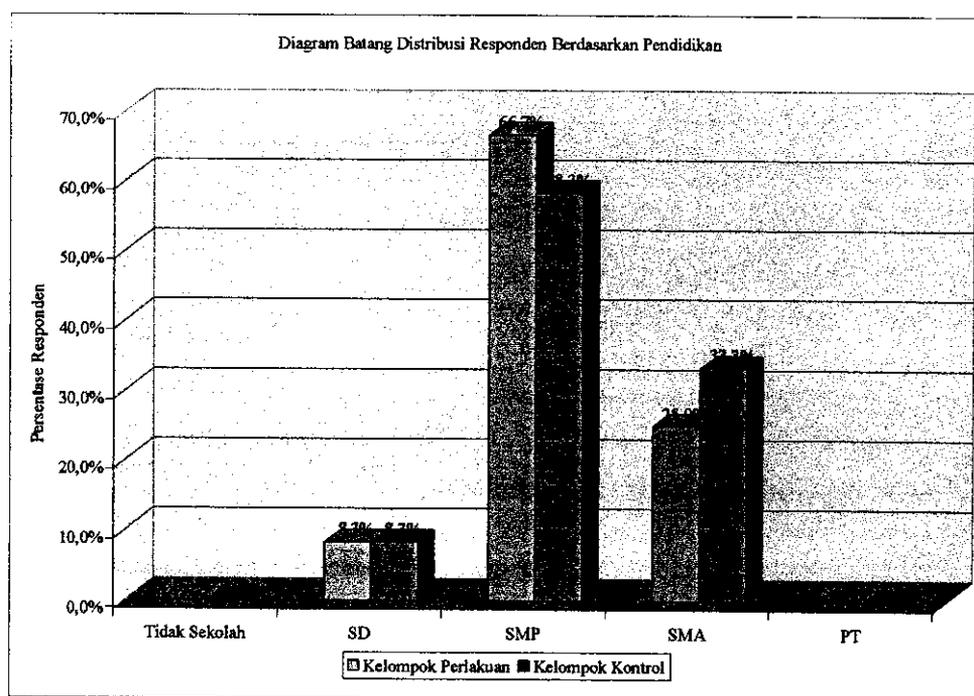
1) Umur



Gambar 5.1 Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Umur di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010

Berdasarkan gambar 5.1 responden kelompok perlakuan sebagian besar berumur 26-33 tahun yaitu sebanyak 41,7% dan selebihnya berumur antara 18-25 tahun sebanyak 33,3% dan berumur antara 34-43 tahun antara 25%. Sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar responden berumur 34-43 tahun sebanyak 50%, kemudian diikuti umur antara 26-33 tahun sebanyak 33,3 tahun dan antara 18-25 tahun sebanyak 16,7%. Melalui distribusi usia responden menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki usia pada golongan produktif dan hampir sebaya pada golongan umur. Sebagian besar penderita skizofrenia pada usia produktif, karena risiko tinggi ini disebabkan karena pada tahap ini banyak stresor yang dihadapi. Kondisi ini seringkali terlambat disadari keluarga dan lingkungan karena dianggap sebagai bagian dari tahap penyesuaian diri.

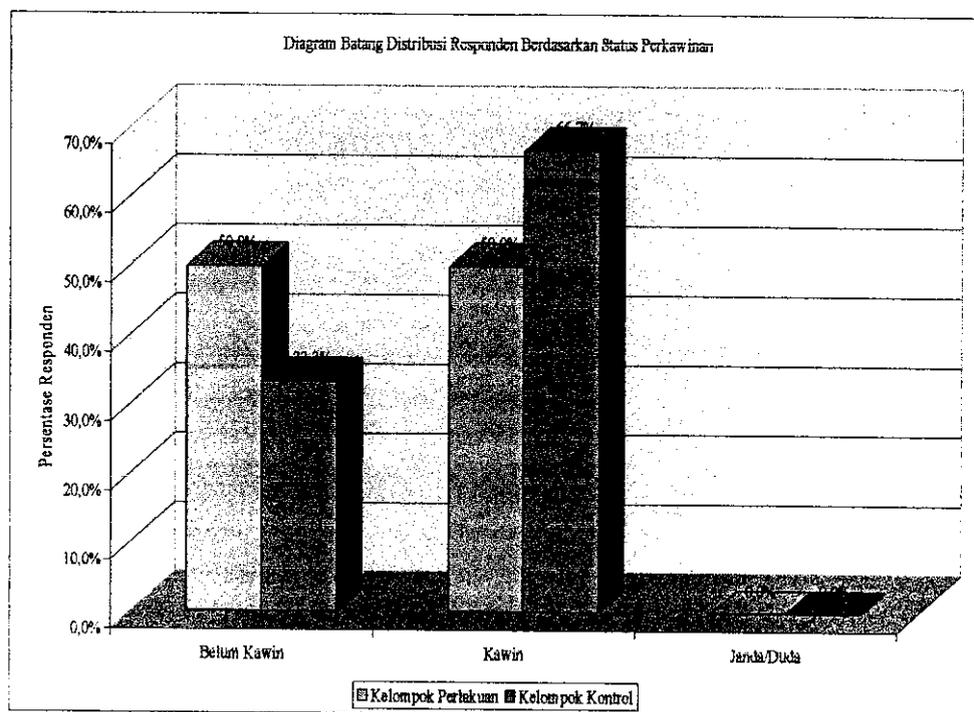
2) Pendidikan



Gambar 5.2 Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Pendidikan terakhir di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010

Pada Gambar 5.2 terlihat sebagian besar responden yang terlibat dalam penelitian ini berpendidikan tamat SMP 66,7 % pada kelompok kontrol dan 58,3 % pada kelompok perlakuan dimana diharapkan dalam kelompok suportif pasien harus berbagi pengetahuan terhadap pemecahan masalah yang dihadapi melalui kelompok. Pendidikan SMA merupakan pendidikan yang tertinggi kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan meskipun persentasenya tidak terlalu banyak jika dibandingkan dengan pendidikan SMP, kelompok perlakuan sebanyak 25% dan kelompok kontrol 33,3%. Sedangkan pendidikan SD didapatkan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol adalah sama 8,3%. Perguruan tinggi tidak ditemukan pada responden baik kelompok kontrol maupun kelompok perlakuan. Diagram di atas menunjukkan sebagian besar responden telah menyelesaikan pendidikan dasarnya SMP, sehingga hal ini akan dapat mempermudah responden dalam mengikuti proses terapi suportif terutama dalam hal menetapkan tujuan, peran serta tanggung jawab dalam menjadi sistem pendukung kelompok dalam proses terapi suportif.

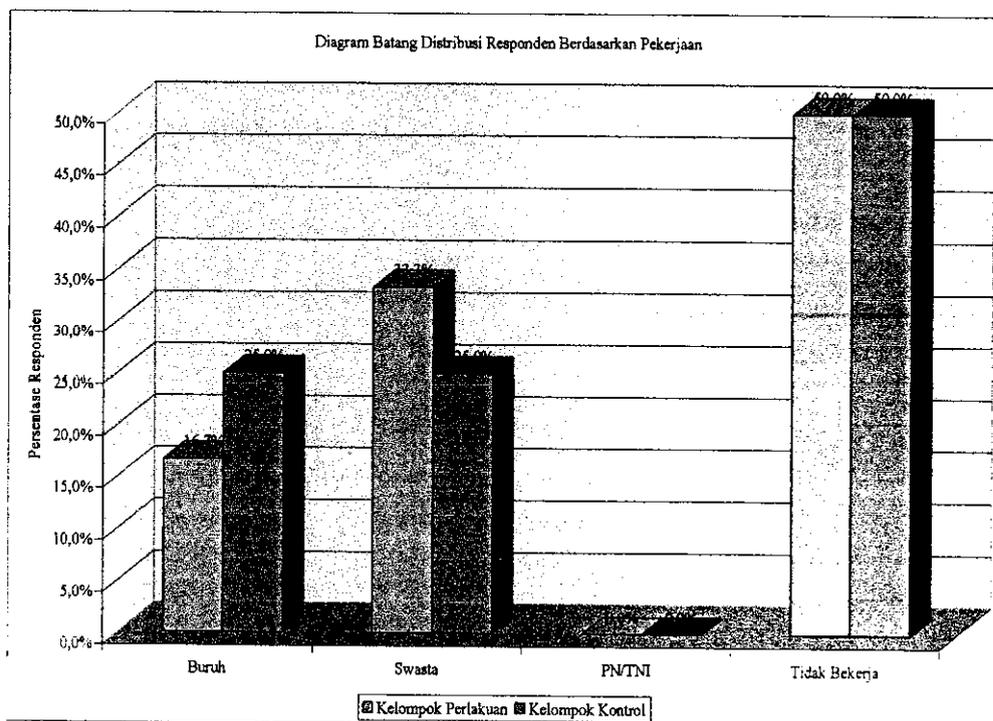
3) Status Perkawinan



Gambar 5.3 Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Status Perkawinan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010

Berdasarkan data status perkawinan pada kelompok kontrol didapatkan antara responden yang belum menikah dan sudah menikah mempunyai prosentase sama masing-masing 50%. Sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan prosentase responden tertinggi adalah responden dengan status perkawinan 66,7% sedangkan belum kawin 33,3%. Status perkawinan menunjukkan bahwa adanya peran masing-masing responden dalam keluarga. Kelompok suportif yang telah terbentuk diharapkan juga dapat menjadi sistem pendukung dalam kelompok pasien maupun sistem pendukung dalam keluarga.

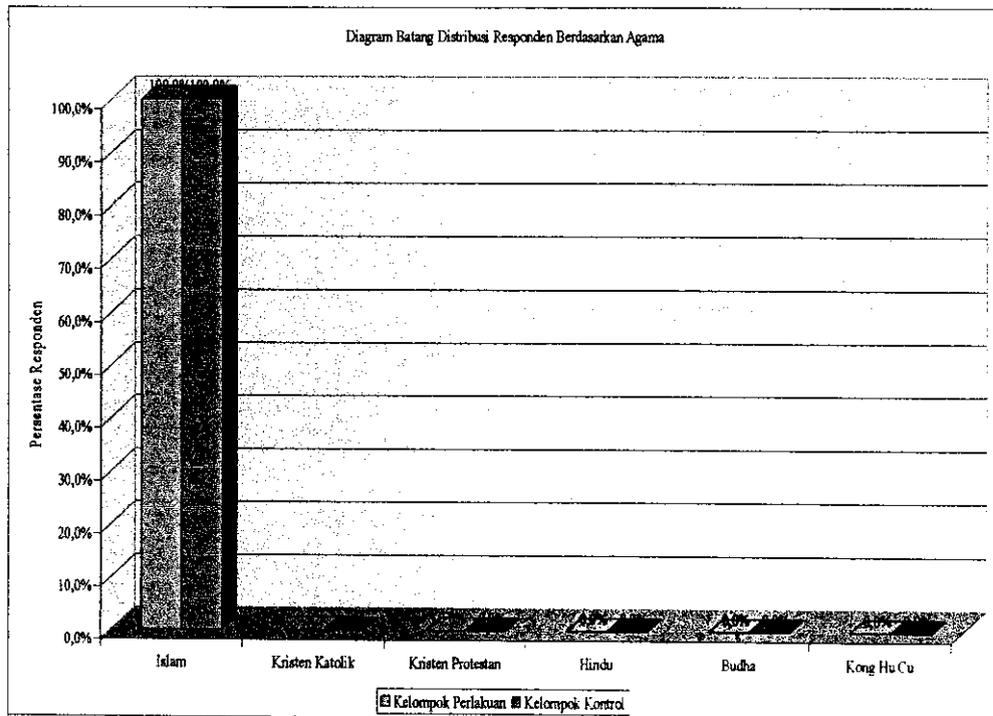
4. Riwayat Pekerjaan



Gambar 5.4 Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Riwayat Pekerjaan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010

Berdasarkan data diatas distribusi responden kelompok perlakuan berdasarkan riwayat pekerjaan 1 bulan terakhir menunjukkan sebagian besar 50% responden tidak bekerja, selebihnya swasta 33,3% dan buruh 16,7%. Sedangkan responden kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar tidak bekerja sebanyak 50% selebihnya buruh dan swasta masing-masing 25%. Bervariasinya distribusi responden baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol berdasarkan riwayat pekerjaan dapat memberikan peluang kelompok dalam menetapkan kebutuhan untuk berkontribusi baik secara individu maupun kelompok dalam terapi suportif, sehingga pasien mampu untuk belajar ke arah kemandirian.

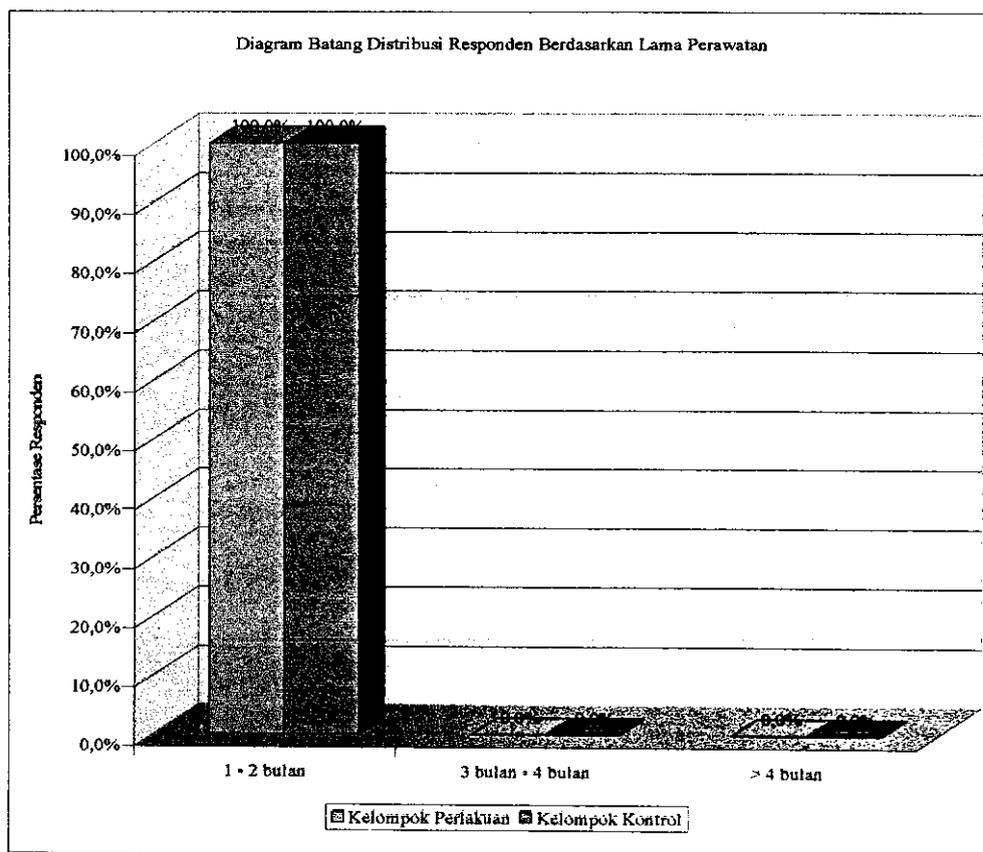
5. Agama



Gambar 5.5 Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Agama di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010

Berdasarkan data diatas menunjukkan distribusi responden baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol berdasarkan agama didapatkan 100% semua responden beragama Islam. Homogennya kelompok memungkinkannya kelompok suportif berjalan secara maksimal.

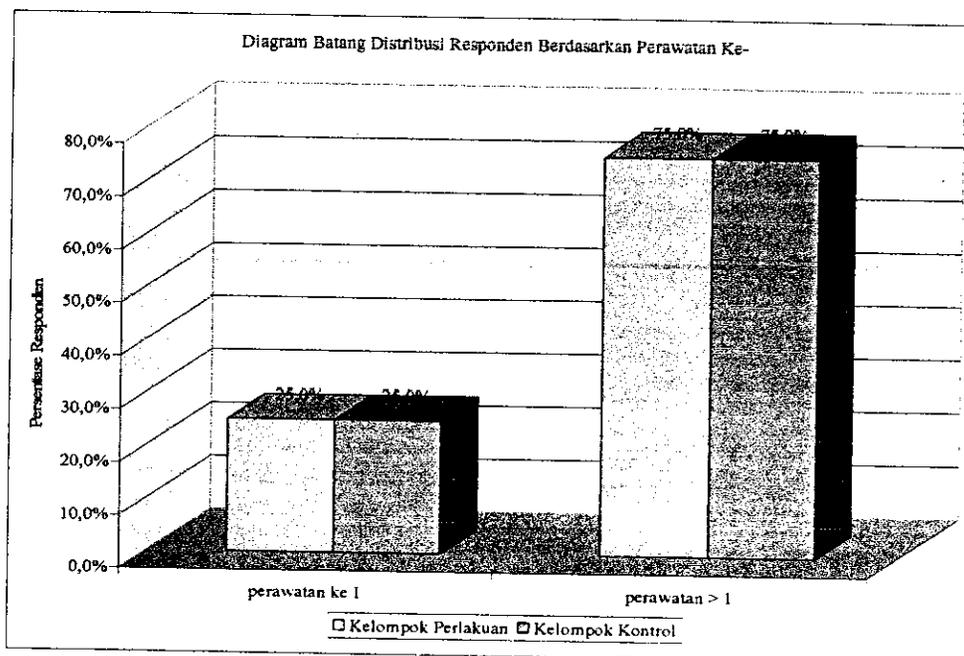
6. Lama Pasien di Rawat



Gambar 5.6 Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Lama perawatan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010

Berdasarkan gambar 5.6 menunjukkan distribusi responden berdasarkan lama perawatan menunjukkan baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol menunjukkan bahwa 100% responden lama perawatan di rumah sakit antara 1-2 bulan. Komposisi yang sama dalam lama perawatan responden memberikan kenyamanan secara fisik maupun emosi. Sesama responden sebagai anggota kelompok dapat saling memahami, mengetahui dan mengenal berdasarkan kesetaraan, respek satu sama lain dan hubungan timbal balik.

7. Perawatan

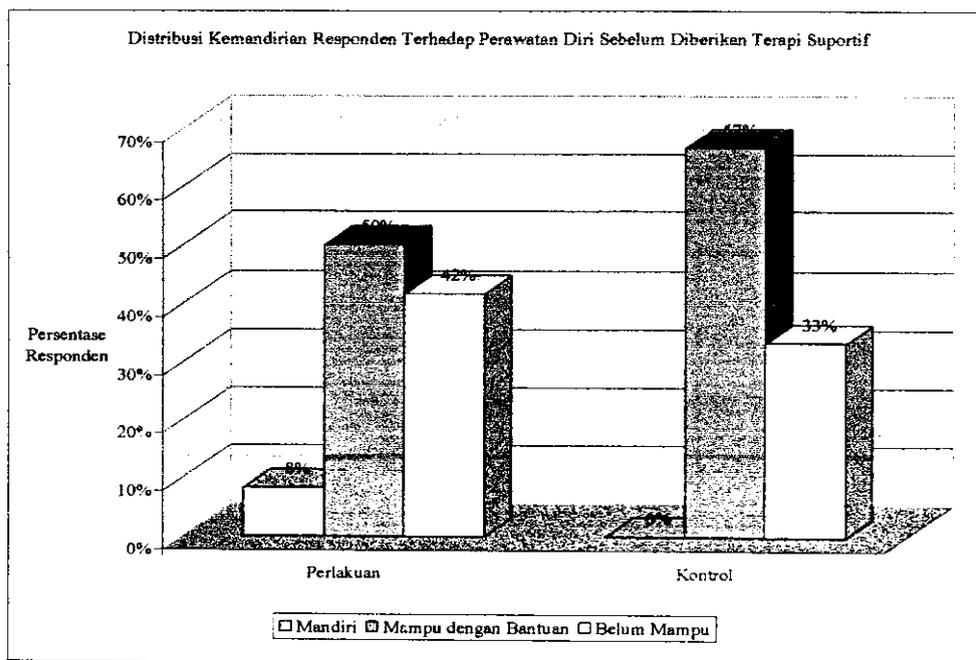


Gambar 5.7 Distribusi Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Berdasarkan Berapa Kali Perawatan di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010

Berdasarkan gambar 5.7 menunjukkan distribusi responden berdasarkan berapa kali perawatan menunjukkan bahwa baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar pasien perawatan lebih dari 1 kali yaitu 75% dan untuk pasien dengan perawatan pertama kali sama masing-masing 25%. Berapa kali perawatan pasien masuk ke rumah sakit ini didasarkan pada berapa kali pasien di rawat di rumah sakit baik di Rumah Sakit Jiwa Menur maupun di rumah sakit lain. Perawatan lebih dari satu kali memberikan pengalaman kepada responden maupun keluarga dalam mencari dukungan dan hambatan dalam menentukan dukungan dalam perawatan pasien dengan skizofrenia.

5.2.2 Kemandirian

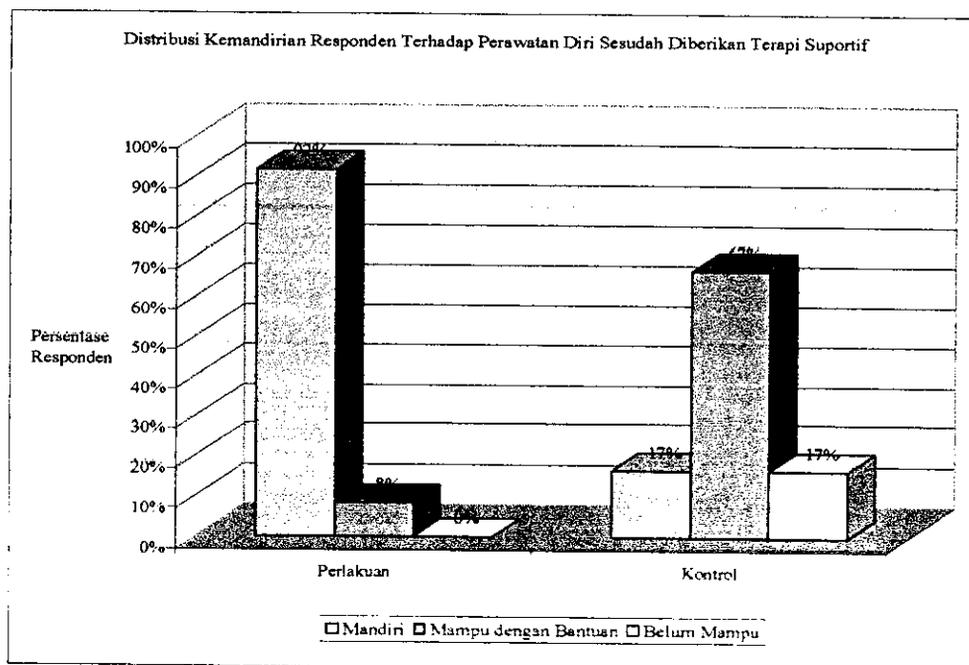
1. Distribusi Kemandirian Responden Terhadap Perawatan Diri Sebelum Diberikan Terapi Suportif Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.8 Distribusi Kemandirian Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol Sebelum diberikan Terapi Suportif di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010

Berdasarkan gambar 5.8 memberikan gambaran bahwa kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri sebelum dilakukan terapi suportif baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol didapatkan data sebagian besar pasien mempunyai kemampuan untuk melakukan perawatan diri dengan bantuan. Mampu dengan bantuan pada kelompok perlakuan 50% dan kelompok kontrol 67%. Data selanjutnya untuk kelompok kontrol mandiri sebanyak 8% dan total dengan bantuan sebanyak 42%. Kelompok kontrol menunjukkan data pasien yang mampu dengan bantuan total menunjukkan presentase 33% dan mandiri 0%. Walaupun rata-rata lama perawatan pasien hampir sama, namun dari segi kemandirian sangat bervariasi dan yang menunjukkan mandiri sangat minimal.

2. Distribusi Kemandirian Responden Terhadap Perawatan Diri Sesudah Diberikan Terapi Suportif Pada Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol



Gambar 5.9 Distribusi Kemandirian Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol terhadap Perawatan Diri Setelah diberikan Terapi Suportif di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya Mei - Juni 2010

Berdasarkan gambar 5.9 memberikan gambaran bahwa kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri setelah dilakukan terapi suportif pada kelompok perlakuan menunjukkan 92% pasien mengalami kemandirian dalam hal perawatan diri. Sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan pasien sebagian besar yaitu 66% menunjukkan pasien dalam hal perawatan diri masih harus mendapat bantuan dari perawat. Namun pada kelompok kontrol juga terdapat kemandirian perawatan diri sebesar 17%. Hal ini karena pada kelompok kontrol walaupun tidak mendapat terapi suportif, namun asuhan keperawatan dan terapi farmakoterapi tetap diberikan. Perlakuan terapi suportif terhadap pasien memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengatasi hambatan dengan menggunakan sumber dukungan melalui kontribusi masing-masing individu

dalam kelompok, sehingga mamacu pasien untuk dapat meningkatkan kemandiriannya dalam perawatan diri.

3. Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemandirian Pasien Skizofrenia Yang Mengalami Defisit Perawatan Diri

Pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.1 Gambaran Kemandirian Responden Kelompok Perlakuan dan Kelompok Kontrol terhadap Perawatan Diri Sebelum dan Setelah diberikan Terapi Suportif berdasarkan uji *Wilcoxon Sign Rank Test* dan *Mann Whitney Test* di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya, Mei-Juni 2010

Kemandirian	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol		Kelompok Perlakuan	Kelompok Kontrol
	Sebelum Terapi Suportif	Sesudah Terapi Suportif	Sebelum Terapi Suportif	Sesudah Terapi Suportif		
Mandiri	1 8%	11 92%	0 0%	2 17%	11 92%	2 17%
Cukup Mandiri	6 50%	1 8%	8 67%	8 67%	1 8%	8 67%
Kurang Mandiri	5 42%	0 0%	4 33%	2 17%	0 0%	2 17%
Total	12	12	12	12	12	12
Uji Statistik	Wilcoxon Sign Rank Test				Mann Whitney Test	
	0,002		0,046		0,001	
Negatif Rank	0		0			
Positif Rank	11		4			
Ties	1		8			

Berdasarkan tabel 5.1 diatas dapat digambarkan bahwa pada kelompok perlakuan terdapat 11 responden (92%) responden menjadi mandiri dalam hal perawatan diri, dan hanya 1 responden (8%) saja yang menunjukkan responden cukup mandiri yang berarti pasien masih butuh bantuan sebagian. . Sebelum diberikan terapi suportif sebagian besar responden mengalami kemandirian kurang yaitu menunjukkan belum mandiri 42% dan cukup mandiri 50%. Sedangkan pada kelompok kontrol setelah dilakukan terapi suportif terdapat 17% yang kurang mandiri, 67% yang menunjukkan mandiri sebagian dan hanya 17% saja yang menunjukkan pasien telah mandiri dalam hal perawatan diri. Perbedaan kemandirian antara kelompok perlakuan dan kontrol adalah tingkat kemandirian

→ diperluas !

dalam hal perawatan diri. Percepatan kearah mampu untuk merawat diri ini dilakukan dengan terapi suportif, dengan strategi menciptakan suasana yang aman dimana anggota dapat bekerja sama, saling berkontribusi, bersama terapis untuk mengatasi masalah perawatan diri.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* sebelum dan sesudah pemberian terapi suportif pada kelompok perlakuan didapatkan kemaknaan $p = 0.002$ dimana $\alpha < 0,05$ yang berarti H1 diterima. Pemberian terapi suportif mempengaruhi kemandirian perawatan diri pada kelompok perlakuan. Hasil uji statistik dengan menggunakan *Mann Whitney Test* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan terapi suportif perawatan diri didapatkan kemaknaan $p = 0,001$ dimana $\alpha < 0,05$, yang berarti H1 diterima. Pemberian terapi suportif mempengaruhi kemandirian perawatan diri pasien dan kemandirian perawatan diri pasien yang mendapat perlakuan terapi suportif benar-benar berbeda dengan kemandirian perawatan diri pada kelompok kontrol.

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan pembahasan tentang pelaksanaan penelitian, perpaduan temuan penelitian yaitu meliputi: pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami masalah defisit perawatan diri sebelum dan setelah dilakukan terapi dan keterbatasan penelitian.

6.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian tentang terapi suportif pada pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri ini secara umum untuk mengungkap adanya pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri. Dalam pelaksanaannya terdapat beberapa tahapan yaitu.

6.1.1 Seleksi

Pelaksanaan penelitian ini dilaksanakan di Ruang Flamboyan, ruang wanita, persiapan pulang. Dalam pelaksanaan terapi suportif dalam penelitian ini sebagai syarat awal terapi pasien harus homogen. Dipilihnya Ruang Flamboyan memungkinkan penelitian ini dilaksanakan, mengingat jenis kelamin pasien sama. Penentuan responden dalam penelitian ini didapatkan dari penentuan populasi sasaran dimana dari 40 populasi yang ada terdapat 24 populasi sasaran yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Populasi sasaran sebanyak 24 yang telah ditetapkan, semua diambil sebagai sampel dan selanjutnya dibagi menjadi 2 kelompok yaitu 12 responden sebagai kelompok perlakuan dan 12 responden sebagai kelompok kontrol yang ditetapkan melalui random.

6.1.2 Pelaksanaan Pengambilan Data

Pelaksanaan pengambilan data penelitian ini selama 1 bulan dengan rincian 1 minggu tahap pra terapi suportif, 2 minggu pelaksanaan terapi suportif dan 1 minggu tahap post terapi suportif. Dalam pra terapi suportif tersebut peneliti mengadakan tahapan pengenalan dan orientasi pasien sehingga antara peneliti dan responden dapat mempertahankan bina hubungan saling percaya baik dengan kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Pada pelaksanaan terapi suportif, dibagi menjadi 4 sesi yang masing masing 2 sesi pelaksanaannya 2 kali dalam 1 minggu. Adapun sesi perawatan diri dalam terapi suportif ini meliputi: mandi, berdandan, makan dan BAB/BAK. Pada tahap akhir pelaksanaan penelitian ini dilaksanakan terminasi terhadap responden. Setiap sesi terapi suportif peneliti selalu mengawali dengan tahapan orientasi, fase kerja dan terminasi dan kontrak untuk terapi selanjutnya. Inti pelaksanaan penelitian ini adalah menciptakan dukungan individu dan kelompok serta tanggung jawabnya dalam pengambilan keputusan terhadap masalah yang dihadapi. Pasien memecahkan masalah perawatan diri dengan mencari hambatan, dukungan, menyimpulkan, kemudian mendemonstrasikan. Hasil demonstrasi yang telah dilakukan pasien dilakukan dalam merawat diri sehari-hari dengan dukungan kelompok suportif.

Pelaksanaan terapi ini dilakukan pada kelompok perlakuan dan sedangkan pada kelompok kontrol tetap mendapat terapi dan asuhan keperawatan dari ruangan. Panduan pelaksanaan terapi suportif mengacu pada panduan terapi suportif perawatan diri yang telah peneliti buat. Dalam pelaksanaan terapi suportif ini prinsip yang harus ditegakkan peneliti adalah terapis dan pasien berperan aktif dengan komunikasi dua arah, dimana terapis harus selalu berperan serta aktif

dalam memimpin dan tiap pasien berperan secara aktif berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok. Misal dalam pelaksanaan terapi suportif sesi 1, perawatan diri : mandi, menyebutkan bagaimana peralatan apa yang perlu disiapkan, cara mandi yang benar, semua pasien memberikan pendapatnya masing-masing dan terapis sebagai fasilitator. Setelah pengetahuan mandi tercapai pasien mendemonstrasikan cara mandi yang baik dan benar dan untuk selanjutnya pasien membagi kontribusi tiap individu kepada individu yang lain dalam kelompok. Misal ada pasien yang mempunyai peran mengingatkan mandi, mengajari temannya mandi yang benar dan seterusnya. Dalam terapi suportif ini diharapkan responden mampu menciptakan kemandirian dalam hal perawatan diri.

6.1.3 Proses Pengumpulan Data dan Analisis Data

Pengumpulan data pada penelitian ini diawali melakukan pre test kemandirian perawatan diri yang meliputi mandi, berdandan, makan, BAB/BAK kepada kedua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Setelah dilakukan pretes kemandirian, kelompok perlakuan dilakukan intervensi berupa terapi suportif 4 sesi. Selesai pelaksanaan terapi suportif sebanyak 4 sesi maka pasien dilakukan post test. Post tes ini dilaksanakan baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol dengan melakukan observasi kemandirian pasien setelah dilakukan terapi suportif. Lembar observasi sebagai alat ukur dalam penelitian ini disusun berdasarkan karakteristik defisit perawatan diri dan dilakukan modifikasi oleh peneliti. Skala dalam pengukuran penelitian ini menggunakan skala ordinal dengan penilaian mandiri nilai 3, mampu dengan bantuan nilai 2 dan belum mampu nilai 1. Selanjutnya hasil penelitian tentang

pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri secara kuantitatif kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dianalisis dengan menggunakan perhitungan uji statistik *Wilcoxon Signed Ranks Test* dengan bantuan komputerisasi. Hasil uji ini dapat dipergunakan untuk mengetahui signifikansi terhadap variabel sebelum dan sesudah diberikan intervensi terapi suportif pada kelompok perlakuan. Dan selanjutnya untuk melihat perbedaan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah dilakukan perlakuan terapi suportif dihitung dengan menggunakan uji Statistik *Mann Whitney*.

6.2 Perpaduan Temuan Penelitian

6.2.1 Kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri sebelum dilakukan terapi suportif.

Berdasarkan gambar 5.8 kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri sebelum dilakukan terapi suportif baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol didapatkan data sebagian besar pasien mempunyai kemampuan mampu dengan bantuan. Mampu dengan bantuan pada kelompok perlakuan 50% dan kelompok kontrol 67%. Kelompok perlakuan mandiri 8% dan total dengan bantuan 42%. Kelompok kontrol menunjukkan data pasien yang mampu dengan bantuan total menunjukkan 33%. Walaupun rata-rata lama perawatan pasien hampir sama, namun dari segi kemandirian sangat bervariasi dan yang menunjukkan mandiri dengan bantuan dan bantuan total.

Sebelum dilakukan terapi suportif kedua kelompok baik kelompok perlakuan maupun kontrol sebagian besar memiliki kemandirian yang cukup,

artinya kemandirian responden dalam melakukan perawatan diri masih harus dimotivasi oleh perawat, bahkan sebagian harus dibantu secara total dalam melakukan perawatan diri. Kelompok perlakuan dan kelompok kontrol menunjukkan sebagian besar ketidakmampuan karena ketidakmampuan mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk mandi (handuk, sabun mandi, kecukupan air), membasahi badan dengan air sampai merata, menggosok badan dengan sabun serta membilas seluruh tubuh dengan air hingga bersih. Ada kemungkinan hal ini disebabkan di ruangan perlengkapan mandi pasien tidak mempunyai peralatan mandi sendiri-sendiri, walaupun ada biasanya baru dipakai sekali kemudian hilang karena diambil oleh pasien lain atau pasien tidak tertib untuk menyimpannya. sehingga semua peralatan mandi disimpan dibagian inventaris ruangan dan kemudian dikeluarkan jika pasien akan mandi. Kebiasaan pasien membasahi badan dengan air sampai merata sebagian besar banyak yang harus bantu secara total. hal ini dikarenakan pasien membasahi badan hanya rata dibagian depan saja, dan tidak dibagian belakang dan berlebih dalam menggunakan air sehingga kemungkinan temannya yang mandi digilir terakhir tidak mendapatkan air untuk mandi. Kesulitan pasien saat menggosok seluruh badan dengan sabun dan kemudian membilas seluruh tubuh dengan sabun secara merata juga harus mendapat bantuan dari perawat. Sebagian besar pasien hanya menggosok sabun , kemudian membilasnya hanya dibagian tubuh yang terlihat saja, sehingga perawat perlu untuk memotivasi agar pasien mandi dengan benar. Sebagian pasien berasal dari daerah, hal ini juga yang menyebabkan kebiasaan pasien untuk berlebihan dalam menggunakan air karena persediaan air di daerah cukup mengandalkan dari air sumber tanah sedangkan di perkotaan air harus

dibagi melalui PDAM. Rata-rata pasien yang mandiri dengan bantuan pada kelompok kontrol dan perlakuan hampir seimbang secara jumlah, kelompok perlakuan 42% dan kelompok kontrol 33%. Pasien melakukan aktivitas mandi sendiri, namun pelaksanaannya harus diawasi dan dimotivasi oleh perawat. Dasar kemandirian dengan bantuan sebagian yang sudah terbentuk ini karena dipengaruhi banyak hal, yaitu secara usia semua responden dalam golongan usia produktif yang mempengaruhi kemandirian pasien. Pasien yang mengalami bantuan total dalam melakukan mandi, sebagian besar pada rentang usia 18-25 tahun, pendidikan SMP, tidak bekerja dan belum menikah. Semakin muda usia permulaan pasien mengalami skizofrenia, memberikan dampak pada prognosisnya. Penemuan penelitian berbandan seluruh responden baik pada kelompok perlakuan dan kontrol sebagian besar pasien mengalami kesulitan dalam mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk berpakaian dan berhias, berhias dengan menggunakan lipstik serta ketidakmampuan mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan. Kesulitan pasien dalam menyiapkan peralatan, kendalanya sama dengan kendala yang dihadapi saat mandi, tidak semua pasien terbiasa saat berbandan menggunakan lipstik, dan penampilan pasien dipertahankan hanya pada saat setelah mandi saja. Kondisi ini dipengaruhi oleh banyak hal dimana dalam penelitian ditemukan ternyata pasien yang tidak mampu mempertahankan penampilan adalah sebagian pasien tidak bekerja, dimana pasien yang tidak bekerja merasa tidak mempunyai tuntutan untuk selalu terlihat rapi dan cantik. Aktivitas makan responden baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang tidak mampu dan harus mendapatkan bantuan total yaitu pasien yang secara kebetulan

lama tidak dijenguk oleh keluarganya, sehingga pasien tidak semangat makan mencerna cukup makanan. Sebagian pasien juga tidak terbiasa untuk menggunakan alat tambahan seperti sendok dan garpu. Kemampuan responden dalam hal mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk makan dan mempersiapkan makanan untuk dimakan banyak dipengaruhi oleh status pasien yang sudah menikah. Status pernikahan pasien memberikan dampak peran dalam rumah tangga akan terbawa di rumah sakit saat pasien dirawat. Status pekerjaan juga mempengaruhi kemampuan pasien untuk mempersiapkan makan, karena pasien terbiasa bekerja secara berurutan. Kemandirian pasien saat melakukan BAB/BAK sebelum dilakukan terapi suportif sebagian besar pasien baik pada kelompok perlakuan dan kontrol adalah kesulitan dalam memanipulasi pakaian saat toileting, melaksanakan kebersihan dalam toileting dengan tepat, membersihkan badan setelah toileting dan menyiram kamar kecil dengan air sampai tidak berbau. Ada beberapa hal yang ditemukan saat penelitian sebagian besar pasien yang tidak mampu memanipulasi pakaian saat toileting adalah karena pasien selama di rumah sakit memakai seragam model celana, dan sebagian pasien yang menikah dan tidak bekerja/ibu rumah tangga tidak terbiasa memakai celana, sehingga mengalami kesulitan memanipulasi pakaian saat BAB/BAK. Kemandirian dalam membersihkan badan maupun menyiram kamar mandi setelah BAB/BAK juga dipengaruhi oleh faktor karena pasien merasa tidak perlu.

Sebelum dilakukan terapi suportif secara keseluruhan pada kelompok perlakuan sebagian besar 50% cukup mandiri dan kontrol cukup mandiri. Sebagian kecil saja pasien yang mengalami total dibantu demikian juga dengan mandiri sepenuhnya. Secara perjalanan hal ini sangat mungkin karena sebelum

pasien dilakukan terapi suportif pasien telah dilakukan asuhan keperawatan oleh perawat ruangan, pasien kooperatif yang ditunjukkan dengan pengalaman pasien sebagian pasien masuk rumah sakit lebih dari 1 kali, setiap hari pasien mendapat obat-obatan walaupun belum maksimal.

Menurut Suhartini (2004) menyebutkan bahwa kondisi dan kapasitas mental seseorang sangat mempengaruhi kemandirian seseorang dalam melakukan perawatan diri. Kurangnya kemandirian dalam perawatan diri pada pasien dengan skizofrenia terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri terlihat dari ketidakmampuan pasien dalam merawat kebersihan diri (mandi), berhias diri secara mandiri, makan minum dan toileting (BAB/BAK) secara mandiri (Kellat, 2008). Kemandirian pasien yang tidak maksimal dalam merawat diri teramati dan tanda dan gejala pasien yaitu gangguan kebersihan diri yang ditandai dengan rambut kotor, kulit berdaki dan bau, kukupanjang dan kotor. Ketidakmampuan berhias/berdandan ditandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien wanita tidak berdandan. Ketidakmampuan makan secara mandiri diobservasi dari tanda dengan ketidakmampuan pasien dalam mengambil makanan sendiri, makanan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya. Sedangkan ketidakmampuan BAB/BAK secara mandiri ditandai dengan BAB/BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri baik setelah BAB/BAK. Menurut Maramis (2008) kemunduran kemandirian dalam tingkat kemampuan melakukan perawatan diri termasuk didalamnya kebersihan dan kerapian dapat merupakan tanda depresi atau skizofrenia. Faktor-faktor yang mempengaruhi kemunduran/penurunan kemandirian dalam perawatan diri ini

adalah kondisi fisik (penyakit menahun), kapasitas mental, status mental (skizofrenia dan depresi), penerimaan terhadap fungsi anggota tubuh, dan dukungan anggota kelompok (Hadiwinoto,2008). Benjamin Spock dalam Anggreni (2005) menyebutkan bahwa kepercayaan diri (status pernikahan) dan faktor sosial ekonomi juga berpengaruh terhadap kemandirian seseorang. Selain itu Stech dan Corner dalam Kusuma (2006) mengemukakan bahwa ada peningkatan dalam perilaku mandiri berkenaan dengan bertambahnya usia. Seiring dengan bertambahnya umur, maka individu cenderung semakin mandiri.

Menurut Jans (2004) bahwa pasien yang menderita skizofrenia mengalami fungsi kognitif yang dapat mengakibatkan ketidakmampuan untuk mengatur dan mengelola aktivitasnya secara mandiri. Kerusakan mental dan terganggunya fungsi sosial pada pasien skizofrenia juga mengganggu aktivitas harian dalam hal perawatan diri maupun aktivitas sosialnya. sehingga faktor ini dapat menimbulkan gangguan kemandirian dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri. Pendapat L. Buckley dan T. Pettit (2007) dalam penelitiannya mengatakan bahwa kemandirian dan keadequatan status mental pada pasien skizofrenia dilakukan dengan mengamati tingkah lakunya sehari-hari dalam melaksanakan kegiatan harian/perawatan diri, apakah pasien skizofrenia mempunyai kemauan dan motivasi dengan sendirinya untuk melaksanakan kegiatan perawatan diri secara baik dan benar.

Sebelum dilakukan terapi suportif kemandirian pasien skizofrenia dalam melaksanakan perawatan diri rata-rata belum mencapai kemandirian. Sebagian pasien dalam pemenuhan kebutuhan dirinya harus mendapat bantuan dan motivasi

penuh dari perawat. Hal ini disebabkan salah satunya adalah kondisi skizofrenia pasien yang masih sangat terlihatnya gejala negatif pasien seperti menurunnya intensitas emosi, miskinnya kemampuan bicara, lambannya mengemukakan gagasan/ide, penurunan, kesulitan memulai dan melakukan kegiatan secara langsung, gangguan pengaturan pribadi, kesulitan dalam berkonsentrasi dalam mengingat, pikiran tidak terarah dan lamban dalam berfikir. Secara konsep produktifnya usia, adekuatnya pendidikan akan mempengaruhi tingkat kemandirian seorang individu, namun hal ini berbeda dengan kondisi nyata. Hal ini disebabkan karena pada pasien skizofrenia ini kesadaran dengan sendiri untuk melakukan perawatan diri mengalami penurunan akibat adanya gangguan konsep diri berupa harga diri yang rendah

6.2.2 Kemandirian Pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri setelah dilakukan terapi suportif.

Berdasarkan gambar 5.9 memberikan gambaran bahwa kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri setelah dilakukan terapi suportif pada kelompok perlakuan menunjukkan 92% pasien mengalami kemandirian dalam hal perawatan diri. Sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan pasien sebagian besar yaitu 66% menunjukkan pasien dalam hal perawatan diri masih harus mendapat bantuan dari perawat.

Kelompok perlakuan setelah dilakukan terapi suportif hampir seluruh pasien mengalami peningkatan kemandirian dalam perawatan diri. Golongan usia responden yang secara usia matang yaitu kisaran usia antara 18-43 tahun mempengaruhi kematangan kemandirian sebagai seorang individu, pendidikan pasien yang rata-rata minimal yaitu pendidikan dasar SMP menjadikan sebagai

faktor yang mendukung kemandirian. Bervariasinya responden kelompok perlakuan dalam riwayat pekerjaan tidak mempengaruhi tingkat kemandirian. Justru hal ini menjadi hal yang positif bagi pasien dalam meningkatkan kemandirian. Pasien yang bekerja di salon, di pabrik, di wartel dan sebagai mantan TKW mempengaruhi pasien yang lain melalui kelompok suportif untuk melakukan aktivitas mandi dan berdandan dengan rapi, sehingga pasien lain yang tidak bekerja ikut meniru. Kontribusi dalam anggota kelompok inilah yang membawa dampak kemandirian. Demikian juga dengan aktivitas makan dan BAB/BAK, pengalaman pasien yang bekerja memberi dampak terhadap kemudahan pasien perlakuan untuk melakukan makan dan BAB/BAK secara mandiri. Kelompok perlakuan ada 8% pasien yang kemandiriannya harus dibantu sebagian, hal ini disebabkan karena pasien gelisah akibat menunggu keluarga untuk menjenguk, dan keluarga tidak datang-datang untuk menjenguk berdampak pada kemandirian pasien dalam perawatan diri. Pasien tidak mau mandi, pasien tidak mau berdandan, makan hanya sedikit dan terkadang BAK di celana

Kelompok kontrol mengalami peningkatan kemandirian yaitu sebagian besar cukup mandiri (66%), mandiri 17% dan ada yang belum mandiri 17%. Secara umum hal ini juga mengalami peningkatan, walaupun tidak sebesar kelompok perlakuan karena dari awalnya pasien mandiri sebelum dilakukan terapi suportif 33% menjadi 17%. Pasien yang cukup mandiri meningkat hanya 1% saja dan pasien yang belum mampu tinggal 17% saja. Observasi pada proses berjalannya penelitian membuktikan bahwa pasien yang mengalami kemandirian karena tiap 1 minggu sekali dijenguk oleh keluarganya, selain itu pasien sudah

menikah, pasien bekerja di pabrik dan pedagang. Peran sebagai seorang istri terbawa ketika pasien di ruangan dalam melakukan perawatan diri dan pasien selalu berusaha untuk tampil rapi. Selain itu juga pasien berusaha meniru temannya yang rapi dalam merawat diri serta pengaruh terapi neuroleptik yang diberikan pada semua pasien yang rata-rata sudah 4 minggu perawatan. Pasien yang awalnya mandiri, namun setelah dilakukan post tes menjadi tidak mandiri adalah pasien yang tidak pernah dijenguk oleh keluarganya. Pasien merasa jenuh dengan kondisi di rumah sakit dan selalu mengatakan ingin pulang. Rentang usia pasien yang tidak mandiri ini di rata-rata berusia 40 tahun dan perawatan di rumah sakit lebih 2 kali. Kecenderungan pasien yang mengalami kekambuhan ini karena pola regimen terapeutik di rumah yang kurang efektif dan pasien di rumah hanya sendirian. Keinginan pasien untuk pulang saat dilakukan perawatan di rumah sakit sangat mempengaruhi kurangnya kemauan pasien untuk melakukan perawatan diri dan perawatan yang lain.

Torrey dalam penelitiannya (2007) bahwa pada pasien skizofrenia terjadi gangguan proses berfikir dan penurunan motivasi dalam melakukan perawatan diri, sehingga pasien mengalami defisit perawatan diri. Salah satu cara untuk memotivasi pasien skizofrenia untuk melakukan aktifitas perawatan diri adalah dengan terapi suportif. Terapi suportif ini berfokus pada kemampuan pasien untuk memberikan kontribusi kepada kelompoknya.

Kemandirian seperti halnya kondisi psikologis yang lain, dapat berkembang dengan baik jika diberikan kesempatan untuk berkembang melalui latihan yang dilakukan secara terus menerus dan dilakukan sejak dini.

6.2.3 Pengaruh Kemandirian Pasien skizofrenia yang mengalami deficit perawatan diri setelah dilakukan terapi suportif.

Berdasarkan tabel 5.1 diatas dapat digambarkan bahwa pada kelompok perlakuan terdapat 11 yaitu 92% responden menjadi mandiri dalam hal perawatan diri, dan hanya 8% saja yang menunjukkan responden cukup mandiri yang berarti pasien masih butuh bantuan sebagian. . Dimana sebelum diberikan terapi suportif sebagian besar responden mengalami kemandirian yang kurang yaitu menunjukkan belum mandiri 42% dan cukup mandiri 50%. Sedangkan pada kelompok kontrol setelah dilakuka terapi suportif terdapat 17% yang kurang mandiri, 67% yang menunjukkan mandiri sebagian dan hanya 17% saja yang menunjukkan pasien telah mandiri dalam hal perawatan diri.

Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* sebelum dan sesudah pemberian terapi suportif pada kelompok perlakuan didapatkan kemaknaan $p = 0.002$ dimana $\alpha < 0,05$ yang berarti H_1 diterima. Hasil uji statistik dengan menggunakan *Mann Whitney Test* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah diberikan terapi suportif perawatan diri didapatkan kemaknaan $p = 0,001$ dimana $\alpha < 0,05$, yang berarti H_1 diterima.

Pemberian terapi suportif pada kelompok perlakuan mempengaruhi kemandirian pasien. Pelaksanaan terapi suportif, proses yang dilakukan adalah upaya masing-masing anggota untuk mengatasi hambatan menggunakan sumber dukungan yang ada. Kelompok harus menentuakn tujuan, peran dan tanggung jawab dalam perawatan diri. Kesempatan inilah yang mengharuskan pasien untuk berkontribusi dengan pasien lain (Torrey, 2007). Dalam terapi suportif yang dilakukan, pasien telah dibentuk untuk terus saling memberikan dukungan dari

pasien lain sebagai anggota kelompok serta tanggung jawabnya untuk pengambilan keputusan untuk menyelesaikan masalah. Semua anggota dalam kelompok suportif ditekankan untuk saling memberikan kenyamanan secara fisik dan emosi. Sesama pasien saling memahami, mengetahui dan membantu berdasarkan kesetaraan dan komunikasi dua arah. Dalam pelaksanaan terapi suportif ada 8% yang tidak mandiri, namun terus harus mendapatkan motivasi dari perawat. Pasien mengalami kurang kemauan dalam perawatan diri pada saat dilakukan terapi suportif, karena pasien lama tidak dijenguk keluarganya. Terapi suportif menuntut sesama anggota saling bisa memberikan kontribusinya di dalam kelompok yaitu peran yang masing-masing dibagi dalam kelompok, ada anggota yang berperan mengingatkan waktu mandi, mengingatkan cara mandi yang benar, cara memakai sabun, cara berdandan yang baik, cara makan, dan cara BAK BAB dengan tugas masing-masing yang telah tersepakati. Namun pada kenyataannya ada kejadian saat waktu mandi ada salah satu anggota yang mengompol, anggota yang bertugas mengingatkan mandi menyuruh temannya yang mengompol tadi untuk mandi, namun yang terjadi adalah saling ejek antar pasien, karena pasien merasa melakukan perannya untuk kelompok dan pasien lain tidak mau mandi karena penurunan minat perawatan diri. Terapis dalam kondisi ini harus segera berperan sebagai fasilitator untuk memberikan solusi. Hal yang positif yang ada dalam terapi suportif, karena tiap pasien sebagai anggota kelompok masing-masing memiliki kontribusi untuk mengenal masalah yang dihadapinya, cara yang bisa dilakukan dalam mengatasi masalah, hambatan yang dirasakan dalam mengatasi masalah serta sistem pendukung yang digunakan. Dalam hal ini kelompok merupakan sistem pendukung bagi pasien, sehingga setelah dijelaskan

dan diingatkan terapi pasien saling meminta maaf. Kendala yang dihadapi dari analisis pre post pada kelompok perlakuan adalah pasien yang masih dalam kondisi dibantu sebagian adalah pasien yang tidak pernah di jenguk oleh keluarganya, sehingga pasien gelisah selalu menunggu kedatangan keluarganya.

Dalam terapi suportif pasien dibentuk suatu kelompok, dimana dalam kelompok ini terdiri dari kumpulan orang-orang yang berencana mengatur dan berespon secara langsung terhadap issue-isue dan tekanan yang khusus maupun keadaan yang kurang menguntungkan, sehingga tujuan dari kumpulan suportif ini adalah memberikan dukungan dan saling memberikan kontribusi menyelesaikan masalah dari masing-masing anggotanya (Grant-Irami, 1997). Pelaksanaan terapi suportif pada pasien dengan masalah defisit perawatan diri diharapkan dapat bekerja sama dengan terapis untuk mengatasi masalah pasien dan untuk selanjutnya fokus pada tujuan yang ditetapkan (Appelbaum, 2005). Dalam penelitiannya terapi suportif untuk skizofrenia, Buckley dan Pettit (2007) mengatakan bahwa prinsip terapi suportif yang disepakati dalam kelompok dengan memperlihatkan hubungan saling percaya, menghargai situasi dan bertindak bersama, serta adanya sistem dukungan yang membantunya sehingga mampu memecahkan masalah secara individu secara tidak langsung merangsang pasien dalam meningkatkan kemandirian dalam melakukan perawatan diri. Hubungan yang bersifat suportif antar anggota yang dibangun, mampu menyelesaikan krisis perawatan diri yang dihadapi dengan cara membangun hubungan yang saling membangun yang adanya kontribusi dari anggota secara aktif, meningkatkan kekuatan individu dan kelompok, meningkatkan coping

individu, meningkatkan ketrampilan pasien dalam melakukan perawatan diri, dan meningkatkan kemampuan pasien mencapai kemandirian seoptimal mungkin.

Pemberian terapi suportif mempengaruhi kemandirian perawatan diri pasien dan kemandirian perawatan diri pasien yang mendapat perlakuan terapi suportif benar-benar menunjukkan perbedaan dengan pasien yang tidak dilakukan terapi suportif. Pemberian terapi suportif pada pasien yang dilakukan dengan dominasi

6.4 Keterbatasan Penelitian

Penelitian dengan judul pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri ini hanya dilakukan 1 bulan dengan memberikan masing-masing sesi 1 kali perlakuan kelompok dalam waktu 2 minggu sehingga memberikan hasil yang mungkin kurang signifikan karena keterbatasan waktu dan biaya.

Pengambilan sampel homogen hanya dengan jenis kelamin wanita melalui populasi sasaran, sehingga hasil hanya dapat untuk mewakili sebatas responden tersebut.

Kesalahan sebagai unsur keterbatasan peneliti dalam menentukan observasi perubahan kemandirian item perawatan diri pasien, yang disebabkan karena unsur peneliti merupakan faktor yang bisa terjadi.

BAB 7

PENUTUP

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran hasil penelitian tentang pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

7.1 Kesimpulan

- a. Kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri menunjukkan perbedaan yang signifikan pada sebelum dan setelah pemberian terapi suportif. Sebelum dilakukan terapi suportif kemandirian pasien semuanya bervariasi sebagian kurang mandiri dan cukup mandiri, sebaliknya terjadi peningkatan kemandirian setelah pemberian terapi suportif.
- b. Terapi suportif merupakan upaya untuk meningkatkan kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami masalah defisit perawatan diri, melalui sistem dukungan kelompok yang membantunya, adanya anggota kelompok yang saling berkontribusi dan memberikan dukungan satu sama lain terkait masalah defisit perawatan diri yang dihadapi pasien.

↑
kemandirian
an
pasien.

7.2 Saran.

Berdasarkan kesimpulan tersebut diatas, maka saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut :

1. Diharapkan adanya pemberian terapi suportif pada pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri sebagai upaya untuk memacu kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri.
2. Mengingat hasil penelitian ini ada pengaruh yang signifikan antara terapi suportif dengan kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami defisit perawatan diri, maka hendaknya di rumah sakit jiwa terapi suportif ini dijadikan sebagai salah satu program terapi yang akan diberikan pada pasien dengan persiapan pulang dan juga disusun protap yang terstruktur dengan baik tentang terapi suportif untuk kemudian dilaksanakan secara rutin dan berkesinambungan.
3. Bagi Rumah Sakit Jiwa disarankan membuat perencanaan untuk mengembangkan staf perawat berupa pendidikan melalui kegiatan pendidikan formal, pelatihan tentang terapi suportif demi meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan perawat dalam mengembangkan terapi suportif pada pasien.
4. Bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terkait masalah perawatan diri hendaknya mengobsevasi dan mengkaji tingkat kemandirian pasien terlebih dahulu dengan memperhatikan usia, pendidikan, riwayat pekerjaan, status pernikahan pasien, lama perawatan dan berapa kali dirawat di rumah sakit, sehingga intervensi kepada pasien homogen dan lebih terfokus.
5. Bagi perawat hendaknya mampu memberikan pengertian melalui hubungan terapeutik pada pasien skizofrenia, sehingga pasien yang

mengalami masalah defisit perawatan diri merasa perlu akan terapi suportif dalam mencari solusi masalah yang dihadapi pasien.

6. Dukungan keluarga dalam terapi suportif ini mutlak diperlukan, oleh karena itu, bagi perawat hendaknya memberikan pengertian kepada keluarga pasien untuk memberi dukungan terhadap perawatan pasien dengan selalu menjenguk pasien sesuai dengan aturan yang telah disepakati keluarga dengan pihak rumah sakit.
7. Dalam melakukan terapi suportif, perawat hendaknya mampu menjadi fasilitator yang baik, mampu merespon pertanyaan pasien, menghindari interogais, konfrontasi serta melakukan klarifikasi masalah tentang masalah yang dihadapi dengan memberikan nasihat. melakukan konfrontasi positif sehingga terapi suportif benar-benar efektif.
8. Bagi peneliti selanjutnya perlu dikaji lebih jauh tentang dukungan keluarga yang diberikan kepada pasien, sehingga fokus intervensi pasien sesuai sasaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Applebaum, AH. (2005). Supportive Psychotherapy. <http://focus.psychiatryonline.org/cgi/content/full/3/3/438>
- Chan SW, & Thompson DR. . Quality of life in Chinese elderly people with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006. www2.le.ac.uk/departments/health
- David, A. (Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry* 172: 308-313 (1998). <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/172/4/308>
- Doengoes.(1995). *Rencana asuhan keperawatan psikiatri*.Ed. 3. Jakarta : EGC
- Dr. Irmansyah SpKJ,DFM. www.aseanjournalofpsychiatry.org. INFLUENCES PERFORMANCE IQ IN SCHIZOPHRENIA CASES AND HEALTHY CONTROLS
- Fortinash, C.M., & Holloday, P.A. (1991). *Psychiatric Nursing Care Plan*. St. Louis: Mosby Year Book
- Fortinash, K.M. dan Worret, P.A.H. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3rd ed.). St. Louis: Mosby
- Holmes, J. (1995) Supportive psychotherapy. The search for positive meanings. *British Journal of Psychiatry*, 167, 439–
<http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/13/1/17>
- Isaacs, A.(2001). *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing*. Lippincott : Williams & Wilkins
- Kaplan & Sadock. (1997). *Sinopsis psikiatri: ilmu pengetahuan psikiatri klinis*. (Jilid 1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Keliat, BA., dkk. (1998). *Modul advance course community mental helath nursing*. Jakarta: FIK UI dan WHO (Tidak diterbitkan)
- Keliat, BA., dkk. (2006). *Modul intermediate course community mental helath nursing I, II, III*. Jakarta: FIK UI dan WHO (Tidak diterbitkan)
- Kneisl, C.R. dkk.(2004). *Contemporary psychiatric mental health nursing*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Lawrence and Marshall. 1991. *Health Promotion Planning An Educational and Enviromental Appoarch*. 2th edition. USA: Mayfield Publishing Company

- L. Buckley & T. Pettit, 2007. *Supportive therapy for Skizofrenia*, vol 50, no 2 hal.49-52
- Maramis. 2004. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Cetakan 9. Surabaya: Airlangga University Press, hal 215-226
- Maslim, R., dkk. 2001 *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ III*. Cetakan I. Jakarta: Nuh Jaya, hal 48-51
- Moeljono, Notosoedirjo dan Latipun. 2002. *Kesehatan Mental: Konsep dan Penerapannya*. Malang: UMM, hal 116-117
- Nanda. (2005). *Nursing Diagnoses : Definitions & Clacification 2005-2006*. Philadelphia USA : NANDA International
- Nevid, J.S., Rathus, S.A dan Greene, B. 2005. *Psikologi Abnormal*. Edisi 5. Jakarta: Erlangga, hal 108-136
- Nurdiana, Syafwani dan Umbransyah. 2007. "Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan: Peran Serta Keluarga Terhadap Tingkat Kekambuhan", (online), Vol. 3, No. 1, (<http://www.info.stikesmuhgombang.ac.id>. diakses 16 april 2008)
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal 80-99
- Pasquali, E.A, . & Arnold, H.N & De Basio, N. (1989). *Mental Health Nursing: A Holistic Approach*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Rawlin, R.P, & Heacock, P.E, (1993). *Clinical Manual of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book
- Residen Psikiatri UCLA. (1994). *Buku saku psikiatri*. Jakarta: EGC
- Rockland, L. H. (1989) *Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach*. Basic Books.
- Rusdi maslim (1998) *Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III)*, Jakarta, EGC
- Soekidjo Notoatmodjo .2000.*Metodologi Penelitian Kesehatan*,Jakarta:Rineka Cipta
- Stuart and Sudden. 1995. *Principles & Practice of Psychiatric Nursing*. 5th Edition. St Louis Missiori: Mosby, page 787
- Stuart G.W. & Sundeen, S.J., (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. (ed. Indonesia) Jakarta:EGC.

- Stuart,G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby
- Sudjana.2002.*Metoda Statistika*,Bandung:Tarsito
- Sugiyono.2002..*Statistika Untuk Penelitian*, Bandung:CV ALFABETA
- Suliswati., dkk. 2005. *Konsep Dasar Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta: EGC, hal 143-145
- Townsend, MC.(2005). *Essential of psychiatry\mental health nursing*. 3rd ed. Philadelphia : FA. Davis Company
- Varcorolis,E.M. (2006). *Psychiatric Nursing Clinical Guide: assessment tools and diagnosis*. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Wicaksana ,Inu (2006).**PSIKOTERAPI DINAMIK SUPORTIF-EKSPRESIF PADA PECANDU HEROIN SUNTUK DI JOGYAKARTA**.
www.wicaksanamentalhealth.com/
- Wicaksana dan Jalil. 2007. "*Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kekambuhan Penderita Skizofrenia*", (online), ([20Paper%20VI.doc](#). diakses 12 Maret 2008)
- Wilkinson, M Judith (2005). *Nursing diagnosis handbook with nic and noc*.8th ed. New Jersey:Pearson

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Responden yang saya hormati,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Hanik Endang Nihayati

NIM : 090810428 M

Adalah mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, yang akan melakukan penelitian yang berjudul "Pengaruh Terapi suportif terhadap kemandirian pasien Skizofrenia yang mengalami défisit perawatan diri. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi suportif terhadap kemandirian pasien skizofrenia yang mengalami défisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya. Penelitian ini bermanfaat untuk membenkan wacana bagi ilmu keperawatan dan meningkatkan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit dalam hal penerapan terapi modalitas

Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak Ibu dalam penelitian ini. Semua data yang dikumpulkan akan dirahasiakan dan tanpa nama. Data hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan. Partisipasi Bapak/Ibu sebagai perwakilan dari pasien adalah sukarela, tanpa adanya paksaan. Apabila dalam jalannya penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan terapi yang diberikan maka responden dapat mengundurkan diri dari partisipasi sebagai responden dan bila ada pertanyaan lebih lanjut dapat menghubungi Hanik di 081553344704.

Bila Bapak/Ibu berkenan menjadi responden silahkan menandatangani pada lembar yang telah disediakan. Atas partisipasi Bapak/Ibu saya mengucapkan terima kasih.

Surabaya, Maret 2010

Hormat saya,



Hanik Endang Nihayati

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

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

Nama : Hanik Endang Nihayati

NIM : 090810428 M

Mahasiswa Program Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang melakukan penelitian berjudul "Pengaruh terapi supportif terhadap kemandirian pasien skzofrenia yang mengalami defisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan memutuskan ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

Surabaya, Maret 2010

Responden

Tanda tangan:

Nomor Responden:

Lampiran 3

FORMAT PENGUMPULAN DATA

Petunjuk pengisian: Beri tanda (\checkmark) pada kotak yang telah disediakan.

Pernyataan karakteristik responden

1. Nomer responden
2. Umur
 - a. 18-25 tahun
 - b. 26-33 tahun
 - c. 34-43 tahun
 - d. 44-50 tahun
3. Pendidikan
 - a. Tidak sekolah
 - b. SD
 - c. SMP
 - d. SMA
 - e. PT
4. Pekerjaan sebelum di rawat
 - a. Buruh
 - b. Swasta
 - c. PN/TNI
 - d. Tidak bekerja

5. Status perkawinan
- a. Belum kawin
 - b. Kawin
 - c. Janda/Duda
6. Agama
- a. Islam
 - b. Kristen Katolik
 - c. Kristen Protestan
 - d. Hindu
 - e. Budha
 - f. Kong Hu Cu
7. Lama/ riwayat sakit pasien dirawat
- a. 1- 2 bulan
 - b. 2 bulan – 3 bulan
 - c. > 4 bulan
8. Perawatan yang ke berapa
- a. perawatan ke 1
 - b. perawatan > 1

Lampiran 4

PANDUAN PELAKSANAAN TERAPI SUPPORTIF PADA PASIEN DENGAN MASALAH DEFISIT PERAWATAN DIRI**SESSI I**

Melatih pasien cara-cara perawatan kebutuhan diri

1. Tujuan
 - Pasien mampu menjelaskan apa yang diketahui mengenai cara-cara perawatan kebutuhan diri
 - Pasien mampu menjelaskan alat-alat untuk menjaga kebersihan diri
 - Pasien mampu menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
 - Pasien mampu mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri
 - Pasien mampu memberikan kontribusi kepada kelompok dalam hal perawatan diri
 - Pasien mampu untuk memberi dukungan terhadap temannya tentang pentingnya perawatan diri
 - Pasien mendapat dukungan dari kelompok untuk dapat melaksanakan perawatan diri
2. Setting
 - Pasien dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran
 - Ruang dalam kondisi nyaman dan tenang
3. Alat
 - Meja dan Kursi
 - Alat tulis
 - Kertas/buku
 - Peralatan mandi: sabun, handuk
 - Audio Visual/ gambar terkait materi
4. Metoda
 - Diskusi
 - Tanya jawab
5. Langkah-langkah
 - Persiapan
 1. Membuat kontrak dengan pasien
 2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
 - Orientasi
 1. Salam terapeutik
 - a. Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh pasien
 - b. Seluruh pasien saling memperkenalkan diri

2. Evaluasi validasi
 - a. Menanyakan perasaan pasien pada hari ini
 - b. Menanyakan apa yang dirasakan pasien sekarang
3. Kontrak
Menjelaskan tujuan terapi, kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 50 menit jika pasien ingin meninggalkan kelompok meminta izin terlebih dahulu pada terapis)
4. Doa bersama
 - o Kerja
 1. Meminta pada seluruh pasien untuk menjelaskan apayang mereka ketahui mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri, alat-alat untuk menjaga kebersihan diri, cara-cara melakukan kebersihan diri, serta melatih pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri secara bergantian.
 2. Memberikan pujian atas kemampuan pasien menyampaikan pendapatnya
 3. Memberi support kepada pasien agar mampu memberi kontribusi kepada pasien lain dalam hal perawatan diri dan mensepakati masalah yang dialami pasien kemudian ditetapkan sebagai masalah yang akan diselesaikan bersama.
 4. Menanyakan pada seluruh pasien mengenai apa yang biasa dilakukan dalam merawat diri
 5. Memberikan pujian atas kemampuan pasien yang mampu menyampaikan pendapatnya
 6. Mendiskusikan hambatan pasien dalam merawat diri (sambil mengisi form kesepakatan).
 7. Memberi dukungan kepada pasien untuk dapat melakukan perawatan diri
 8. Memberi kesempatan kepada pasien agar supaya mensupport temannya dalam melakukan perawatan diri.
 9. Mendiskusikan sumber pendukung yang ada
 - o Terminasi
 1. Evaluasi Subyektif
 - a. Menanyakan kepada pasien perasaan setelah mengikuti terapi supportif
 - b. Terapis memberikan pujian kepada pasien
 2. Evaluasi Obyektif
 - a. Menanyakan masalah yang dihadapi selama pasien merawat diri
 - b. Menanyakan sumber pendukung yang digunakan
 3. Rencana tindak lanjut
 - a. Memotivasi seluruh pasien untuk mengenal masalah dan ketidakmampuan dalam melakukan perawatan diri
 - b. Memotivasi seluruh pasien untuk mengidentifikasi sumber pendukung yang ada

4. Kontrak yang akan datang
 - a. Bersama pasien menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya
 - b. Bersama pasien menyepakati topik pertemuan yang akan datang
5. Doa penutup
6. Evaluasi

Kemampuan pasien yang akan dievaluasi :

 - a. Menjelaskan apa yang diketahui tentang perawatan diri
 - b. Menjelaskan alat-alat yang perlu disiapkan untuk menjaga kebersihan diri
 - c. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
 - d. Mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri
7. Antisipasi Masalah

Masalah yang mungkin timbul dalam terapi suportif ini antara lain:

 - a. Keterbukaan yang kurang

Intervensi: Fasilitator harus berusaha memotivasi klien untuk memberikan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat terbuka. Berikan dukungan dan rasa nyaman sehingga klien mampu mengekspresikan perasaannya dengan leluasa.
 - b. Resistensi baik individu atau kelompok

Peran fasilitator sangat diperlukan untuk menciptakan suasana yang mendukung keberhasilan suatu terapi.
 - c. Persepsi yang salah tentang diri klien

Intervensi: fasilitator memvalidasi kebenaran persepsi klien tentang dirinya dengan cara meminta pendapat teman-teman klien tentang dirinya.
 - d. Klien tidak mau berperan aktif

Intervensi: Jika klien tidak mau bermain biarkan klien untuk melihat dulu temannya yang bermain, setelah seluruh anggota mendapat giliran anjurkan klien tersebut untuk bermain.
 - e. Klien bingung dengan aturan permainan

Intervensi: Agar klien tidak bingung dengan permainan yang akan datang, maka fasilitator terlebih dahulu memberikan contoh.

SESSI II

Melatih pasien berdandan / berhias

1. Tujuan
 - Pasien mampu menjelaskan apa yang diketahui mengenai pentingnya berdandan/berhias
 - Pasien mampu menjelaskan alat-alat untuk berdandan/berhias
 - Pasien mampu menjelaskan cara-cara berdandan/berhias
 - Pasien mampu mempraktekkan cara berdandan/berhias
 - Pasien mampu memberikan kontribusi kepada kelompok dalam hal berdandan/berhias
 - Pasien mampu untuk memberi dukungan terhadap temannya tentang pentingnya berdandan/berhias
 - Pasien mendapat dukungan dari kelompok untuk dapat melakukan berdandan/berhias.
2. Setting
 - Pasien dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran
 - Ruangan dalam kondisi nyaman dan tenang
3. Alat
 - Meja dan kursi
 - Alat tulis
 - Kertas/buku
 - Alat-alat berhias: sisir, bedak, lipstik, alat pencukur.
 - Audio Visual/ gambar terkait materi
4. Metoda
 - Diskusi
 - Tanya jawab
5. Langkah-langkah
 - Persiapan
 1. Membuat kontrak dengan pasien
 2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
 - Orientasi
1. Salam terapeutik
 - a. Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh pasien
 - b. Seluruh pasien saling memperkenalkan diri
2. Evaluasi validasi
 - a. Menanyakan perasaan pasien pada hari ini
 - b. Menanyakan apa yang dirasakan pasien sekarang
3. Kontrak

Menjelaskan tujuan terapi, kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 50 menit jika pasien ingin meninggalkan kelompok meminta izin terlebih dahulu pada terapis)

4. Doa bersama
- Kerja
 1. Meminta pada seluruh pasien untuk menjelaskan apayang mereka ketahui mengenai pentingnya berdandan/berhias, alat-alat untuk berdandan/berhias, cara-cara brdandan/berhias, serta melatih pasien mempraktikkan cara berdandan/berhias.
 2. Memberikan pujian atas kemampuan pasien menyampaikan pendapatnya
 3. Memberikan kesempatan kepada pasien dan memotivasinya untuk memberikan kontribusi kepada pasien lain dalam hal berdandan/berhias.
 4. Memberi pujian kepada pasien yang telah mampu memberikan kontribusi dalam mensupport pasien lain dalam hal berdandan/berhias.
 5. Menanyakan pada seluruh pasien mengenai apa yang biasa dilakukan dalam berdandan/berhias.
 6. Men
 7. Memberikan pujian atas kemampuan pasien menyampaikan pendapatnya
 8. Mendiskusikan hambatan pasien dalam berdandan berhias
 9. Mendiskusikan sumber pendukung yang ada
- Terminasi
 1. Evaluasi Subyektif
 - a. Menanyakan lepada pasien perasaan setelah mengikuti terapi
 - b. Terapis memberikan pujian kepada pasien
 2. Evaluasi Obyektif
 - a. Menanyakan masalah yang dihadapi selama pasien berdandan/berhias
 - b. Menanyakan sumber pendukung yang digunakan
 - c. Rencana tindak lanjut
 - d. Memotivasi seluruh pasien untuk mengenal masalah dan ketidakmampuan dalam berdandan/berhias
 - e. Memotivasi seluruh pasien untuk mengidentifikasi sumber pendukung yang ada
 - c. Kontrak yang akan datang
 - f. Bersama pasien menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya
 - g. Bersama pasien menyepakati topik pertemuan yang akan datang
5. Doa penutup

6. Evaluasi

Kemampuan pasien yang akan dievaluasi :

- a Menjelaskan apa yang diketahui berdandan/berhias
- b Menjelaskan alat-alat yang perlu disiapkan untuk berdandan/berhias
- c Menjelaskan cara-cara melakukan berdanda/berhias
- d Mempraktekkan cara berdandan/berhias

7. Antisipasi Masalah

Masalah yang mungkin timbul dalam terapi suportif ini antara lain:

1. Keterbukaan yang kurang
Intervensi: Fasilitator harus berusaha memotivasi klien untuk memberikan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat terbuka. Berikan dukungan dan rasa nyaman sehingga klien mampu mengekspresikan perasaannya dengan leluasa.
2. Resistensi baik individu atau kelompok
Peran fasilitator sangat diperlukan untuk menciptakan suasana yang mendukung keberhasilan suatu terapi.
3. Persepsi yang salah tentang diri klien
Intervensi: fasilitator memvalidasi kebenaran persepsi klien tentang dirinya dengan cara meminta pendapat teman-teman klien tentang dirinya.
4. Klien tidak mau berperan aktif
Intervensi: Jika klien tidak mau bermain biarkan klien untuk melihat dulu temannya yang bermain. setelah seluruh anggota mendapat giliran anjurkan klien tersebut untuk bermain.
5. Klien bingung dengan aturan permainan
Intervensi: Agar klien tidak bingung dengan permainan yang akan datang, maka fasilitator terlebih dahulu memberikan contoh.

SESSI III

Melatih pasien makan mandiri

Tujuan

1. Pasien mampu menjelaskan apa yang diketahui mengenai pentingnya makan secara mandiri
2. Pasien mampu menjelaskan alat-alat untuk makan
3. Pasien mampu menjelaskan cara-cara makan
4. Pasien mampu mempraktekkan cara makan
5. Pasien mampu memberikan kontribusi kepada kelompok dalam hal pentingnya makan secara mandiri
6. Pasien mampu untuk memberi dukungan terhadap temannya tentang pentingnya makan secara mandiri
7. Pasien mendapat dukungan dari kelompok untuk dapat hal makan secara mandiri
8. Pasien mendapat support/dukungan dari kelompok untuk dapat memenuhi makan secara mandiri

2. Setting

- Pasien dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran
- Ruang dalam kondisi nyaman dan tenang

3. Alat

- Meja dan kursi
- Alat tulis
- Kertas/buku
- Peralatan makan : piring, sendok, gelas
- Audio Visual/ gambar terkait materi

3. Metoda

- Diskusi
- Tanya jawab

4. Langkah-langkah

- Persiapan
 - a. Membuat kontrak dengan pasien
 - b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
- Orientasi
 1. Salam terapeutik
 2. Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh pasien
 3. Seluruh pasien saling memperkenalkan diri

Evaluasi validasi

1. Menanyakan perasaan pasien pada hari ini
 2. Menanyakan apa yang dirasakan pasien sekarang
- Kontrak

Menjelaskan tujuan terapi, kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 50 menit jika pasien ingin meninggalkan kelompok meminta izin terlebih dahulu pada terapis)
 - Doa bersama
 - Kerja
 - a. Meminta pada seluruh pasien untuk menjelaskan apayang mereka ketahui mengenai pentingnya makan, alat-alat untuk makan, cara-cara makan, serta melatih pasien mempraktikkan cara makan.
 - b. Memberikan pujian atas kemampuan pasien menyampaikan pendapatnya
 - c. Menanyakan pada seluruh pasien mengenai apa yang biasa dilakukan dalam makan.
 - d. Memberikan support kepada pasien agar mampu memenuhi makan secara mandiri
 - e. Memberikan pujian atas kemampuan pasien menyampaikan pendapatnya
 - f. Mendiskusikan hambatan pasien dalam makan

- g. Memberi kesempatan kepada pasien untuk memberikan kontribusi kepada pasien lainnya.
 - h. Mendiskusikan sumber pendukung yang ada
- Terminasi
 - a. Evaluasi Subyektif
 - b. Menanyakan kepada pasien perasaan setelah mengikuti terapi
 - c. Terapis memberikan pujian kepada pasien
 - d. Evaluasi Obyektif
 - i. Menanyakan masalah yang dihadapi selama pasien makan
 - j. Menanyakan sumber pendukung yang digunakan
 - e. Rencana tindak lanjut
 - c. Memotivasi seluruh pasien untuk mengenal masalah dan ketidakmampuan dalam makan
 - d. Memotivasi seluruh pasien untuk mengidentifikasi sumber pendukung yang ada
 - f. Kontrak yang akan datang
 - e. Bersama pasien menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya
 - f. Bersama pasien menyepakati topik pertemuan yang akan datang

5. Doa penutup

- Evaluasi
 - Kemampuan pasien yang akan dievaluasi :
 - a. Menjelaskan apa yang diketahui makan
 - b. Menjelaskan alat-alat yang perlu disiapkan untuk makan
 - c. Menjelaskan cara-cara melakukan makan
 - d. Mempraktekkan cara makan yang baik

7. Antisipasi Masalah

Masalah yang mungkin timbul dalam terapi suportif ini antara lain:

- b. Keterbukaan yang kurang
 - Intervensi: Fasilitator harus berusaha memotivasi klien untuk memberikan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat terbuka. Berikan dukungan dan rasa nyaman sehingga klien mampu mengekspresikan perasaannya dengan leluasa.
- c. Resistensi baik individu atau kelompok
 - Peran fasilitator sangat diperlukan untuk menciptakan suasana yang mendukung keberhasilan suatu terapi.
- d. Persepsi yang salah tentang diri klien
 - Intervensi: fasilitator memvalidasi kebenaran persepsi klien tentang dirinya dengan cara meminta pendapat teman-teman klien tentang dirinya.
- e. Klien tidak mau berperan aktif
 - Intervensi: Jika klien tidak mau bermain biarkan klien untuk melihat dulu temannya yang bermain, setelah seluruh anggota mendapat giliran anjurkan klien tersebut untuk bermain.

- f. Klien bingung dengan aturan permainan
Intervensi: Agar klien tidak bingung dengan permainan yang akan datang, maka fasilitator terlebih dahulu memberikan contoh.

SESSI IV

Melatih pasien cara-cara melakukan BAB/BAK secara mandiri

1. Tujuan

1. Pasien mampu menjelaskan tempat untuk BAB/BAK secara mandiri
2. Pasien mampu menjelaskan cara membersihkan diri setelah BAB/BAK
3. Pasien mampu menjelaskan cara membersihkan tempat BAB/BAK
4. Pasien mampu memberikan kontribusi kepada kelompok dalam hal perawatan diri
5. Pasien mampu untuk memberi dukungan terhadap temannya tentang pentingnya BAB/BAK secara mandiri
6. Pasien mendapat dukungan dari kelompok untuk dapat melaksanakan BAB/BAK secara mandiri

2. Setting

- Pasien dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran
- Ruangan dalam kondisi nyaman dan tenang

3. Alat

- Meja dan kursi
- Alat tulis
- Kertas/buku
- Audio Visual/ gambar terkait materi

4. Metoda

- Diskusi
- Tanya jawab

5. Langkah-langkah

- Persiapan
 1. Membuat kontrak dengan pasien
 2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan
- Orientasi
 1. Salam terapeutik
 2. Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh pasien
 3. Seluruh pasien saling memperkenalkan diri
 4. Evaluasi validasi
 5. Menanyakan perasaan pasien pada hari ini
 6. Menanyakan apa yang dirasakan pasien sekarang

- Kontrak
 - Menjelaskan tujuan terapi, kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 50 menit jika pasien ingin meninggalkan kelompok meminta izin terlebih dahulu pada terapis)
- Doa bersama
- Kerja
 1. Meminta pada seluruh pasien untuk menjelaskan apayang mereka ketahui mengenai pentingnya menjaga kebersihan diri, alat-alat untuk menjaga kebersihan diri, cara-cara melakukan kebersihan diri, serta melatih pasien mempraktikkan cara menjaga kebersihan diri.
 2. Memberikan pujian atas kemampuan pasien menyampaikan pendapatnya
 3. Menanyakan pada seluruh pasien mengenai apa yang biasa dilakukan dalam merawat diri
 4. Memberi kesempatan kepada pasien untuk memberikan support kepada pasien lain dalam hal BAB/BAK secara mandiri
 5. Memberikan pujian atas kemampuan keluarga menyampaikan pendapatnya
 6. Mendiskusikan hambatan pasien dalam merawat diri
 7. Menberi dukungan kepada pasien agar mampu memberi kontribusi kepada kelompok dalam hal BAB/BAK secara mandiri.
 8. Mendiskusikan sumber pendukung yang ada
- Terminasi
 1. Evaluasi Subyektif
 2. Menanyakan kepada pasien perasaan setelah mengikuti terapi
 3. Terapis memberikan pujian kepada pasien
 4. Evaluasi Obyektif
 5. Menanyakan masalah yang dihadapi selama pasien merawat diri
 6. Menanyakan sumber pendukung yang digunakan
 7. Rencana tindak lanjut
 8. Memotivasi seluruh pasien untuk mengenal masalah dan ketidakmampuan dalam melakukan perawatan diri
 9. Memotivasi seluruh pasien untuk mengidentifikasi sumber pendukung yang ada
 10. Kontrak yang akan datang
 11. Bersama pasien menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya
 12. Bersama pasien menyepakati topik pertemuan yang akan datang
- 7. Doa penutup
- Evaluasi

Kemampuan pasien yang kan dievaluasi :

 1. Menjelaskan apa yang diketahui tentang perawatan diri
 2. Menjelaskan alat-alat yang perlu disiapkan untuk menjaga kebersihan diri
 3. Menjelaskan cara-cara melakukan kebersihan diri
 4. Mempraktekkan cara menjaga kebersihan diri

8. Antisipasi Masalah

Masalah yang mungkin timbul dalam terapi suportif ini antara lain:

- a. Keterbukaan yang kurang
Intervensi: Fasilitator harus berusaha memotivasi klien untuk memberikan pertanyaan-pertanyaan yang bersifat terbuka. Berikan dukungan dan rasa nyaman sehingga klien mampu mengekspresikan perasaannya dengan leluasa.
- b. Resistensi baik individu atau kelompok
Peran fasilitator sangat diperlukan untuk menciptakan suasana yang mendukung keberhasilan suatu terapi.
- c. Persepsi yang salah tentang diri klien
Intervensi: fasilitator memvalidasi kebenaran persepsi klien tentang dirinya dengan cara meminta pendapat teman-teman klien tentang dirinya.
- d. Klien tidak mau berperanan aktif
Intervensi: Jika klien tidak mau bermain biarkan klien untuk melihat dulu temannya yang bermain, setelah seluruh anggota mendapat giliran anjurkan klien tersebut untuk bermain.
- e. Klien bingung dengan aturan permainan
Intervensi: Agar klien tidak bingung dengan permainan yang akan datang, maka fasilitator terlebih dahulu memberikan contoh.

Lampiran 5

KEMANDIRIAN DALAM MELAKUKAN PERAWATAN DIRI

Petunjuk :

- Berilah tanda (V) pada kolom yang sesuai
- Keterangan :
 - BM = Belum mampu
 - MB = Mampu dengan bantuan
 - MTB = Mandiri

Kode Responden :

Tanggal :

1. Perawatan Diri

NO	JENIS KEMAMPUAN	BM	MT	MTB	KET
1	Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk mandi (handuk, sabun mandi, kecukupan air dll)				
2	Masuk dan keluar kamar mandi				
3	Membasahi badan dengan air sampai merata				
4	Menggosok seluruh badan dengan sabun sampai merata				
5	Mengambil air dan membilas seluruh tubuh dengan air hingga sabun bersih				
6	Mengambil handuk pada tempatnya				
7	Mengeringkan badan dengan handuk				
8	Mengembalikan handuk pada tempatnya				

2. Berdandan/Berhias

NO	JENIS KEMAMPUAN	BM	MT	MTB	KET
1	Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk berpakaian dan berhias				
2	Meletakkan atau mengambil potongan pakaian				
3	Menanggalkan pakaian				
4	Memperoleh atau menukar pakaian				
5	Mengenakan pakaian bagaian atas atau bawah tubuh				
6	Memilih pakaian yan sesuai				
7	Memasang kancing baju / celana dengan tepat				
8	Mengenakan sepatu/ sandal				
9	Menyisir rambut dengan rapi				
10	Berhias : bagi perempuan menggunakan lipstik, bedak dan bagi laki-laki membersihkan brenggos dengan alatnya				
11	Mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan				

3. Makan

NO	JENIS KEMAMPUAN	BM	MT	MTB	KET
1	Mempersiapkan peralatan yang diperlukan untuk keperluan makan				
2	Mempersiapkan makanan untuk dimakan				
3	Mencerna makanan dengan aman				
4	Memanipulasi makanan dalam mulut				
5	Membawa makanan dari wadah ke mulut				
6	Mencerna makanan menurut cara yang di terima sosial				
7	Menggunakan alat tambahan misal sendok, garbu dll				
8	Mengambil cangkir/ gelas				
9	Mencerna cukup makanan				
10	Mengembalikan peralatan makanan ke tempatnya				

4. BAB/BAK

	JENIS KEMAMPUAN	BM	MT	MTB	KET
1	Mempersiapkan peralatan dalam toileting (BAB/BAK)				
2	Mendapatkan jamban/kamar kecil				
3	Duduk atau bangkit dari jamban atau kamar kecil				
4	Memanipulasi makaiian untuk toileting (BAB/BAK)				
5	Melaksanakan kebersihan dalam toileting(BAB/BAK) dengan tepat				
6	Membersihkan badan/cebok setelah BAB/BAK dengan menggunakan air bersih				
7	Menyiram toilet atau kamar kecil dengan bersih dan tidak bau				
8	Menggunakan pakaian kembali setelah toileting				

Lampiran 6

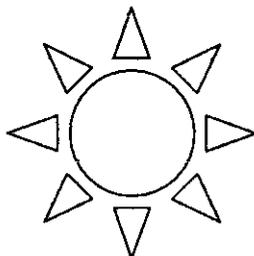
UPAYA MENGATASI HAMBATAN MENGGUNAKAN SUMBER DUKUNGAN

Tanggal	Upaya yang dilakukan

Apa yg
Content Analisis

BUKU KERJA KELOMPOK

TERAPI SUPORTIF KELOMPOK



Nama Kelompok : _____
Nama peserta : _____
Alamat : _____

**TUJUAN, PERAN, DAN TANGGUNG JAWAB
DALAM PERAWATAN PASIEN**

Tanggal	Tujuan, Peran, Tanggung jawab	Yang dilakukan

Lampiran 7

diisi

**DOKUMENTASI PELAKSANAAN TERAPI SUPORTIF
PASIEN DENGAN GANGGUAN JIWA**

Hari/Tanggal : _____
 Waktu : _____
 Tempat : _____
 Perawat : _____

Nama Pasien : 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____
 10. _____
 11. _____
 12. _____

1. Pengetahuan mengenai masalah yang dihadapi (pengisian beri tanda checklist
 √)

No	Yang diketahui	Pasien ke-												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1														
2														
3														
4														
5														

6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			

2. Cara yang biasa dilakukan dalam mengatasi masalah.

No	Pasien ke- (tulis no)	Cara yang biasa dilakukan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

3. Hambatan yang dirasakan dalam mengatasi masalah

No	Pasien ke- (tulis no)	Cara yang biasa dilakukan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

4. Sistem pendukung yang ada di dalam kelompok (beri tanda checklist \checkmark jika ada di kelompok tersebut).

No	Sistem pendukung dalam kelompok	Pasien ke-											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													

5. Sistem pendukung yang ada di luar kelompok (beri tanda checklist \checkmark jika ada di kelompok tersebut).

No	Sistem pendukung di luar kelompok	Pasien ke-											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													

8																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Hambatan dalam menggunakan sistem pendukung

No	Pasien ke- (tuliskan no)	Hambatan yang dirasakan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

7. Kemampuan yang didemonstrasikan pasien

No	Pasien ke- (tuliskan no)	Kemampuan yang didemonstrasikan
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

8. Evaluasi pasien mengenai pelaksanaan, hasil, dan hambatan

No	pasien ke- (tuliskan no)	Hasil evaluasi
1.		
2.		

3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

9. Kebutuhan pasien dan kelompok dalam upaya mengatasi hambatan penggunaan sumber pendukung.

No	Kebutuhan pasien dan Kelompok	Cara kelompok	Cara Fasilitator
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

.....,.....200...

Perawat,

(.....)



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id

Surabaya, 27 April 2010

Nomor : 034 /H3.1.12/PPd/2010
 Lampiran : 1 (satu) berkas
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKP Unair

Kepada Yth.
 Direktur RSJ Menur Surabaya
 di –

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Hanik Endang Nihayati
 NIM : 090810024
 Judul Penelitian : Pengaruh Support Terapi terhadap Kemandirian Pasien Skizofrenia yang Mangalami Defisit Perawatan Diri di RSJ Menur Surabaya
 Tempat : RSJ Menur Surabaya

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan

Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)
 NIP. 196612251989031004



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT JIWA MENUR
 Jl. Menur No. 120 Telp. 5021635 – 5021637 Surabaya

SURAT KETERANGAN
NOMOR : 072/ 6449 /305/2010

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. F. Melani Handojo
 Jabatan : Kepala Instalasi Dik.Lat.Lit & Asrama
 RS Jiwa Menur

Menerangkan bahwa :

Nama : Hanik Endang Nihayati.
 NIM : 090810024
 Institusi : Fakultas Keperawatan UNAIR
 Prodi Magister Keperawatan

Telah melaksanakan penelitian di RS Jiwa Menur,

Judul Penelitian : Pengaruh Support Terapi Terhadap Kemandirian
 Pasien Skizofrenia yang Mengalami Defisit
 Perawatan Diri di RS Jiwa Menur Surabaya
 Waktu : 12 s.d. 26 Mei 2010

Surabaya, 5 Agustus 2010



Kepala
 Instalasi Diklatlit & Asrama
 RS Jiwa Menur

Melani
 dr. F. Melani Handojo
 NIP. 19570317 198403 2 003

**KOMISI ETIKA PENELITIAN
KETERANGAN KELAIKAN ETIK
(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 121/PANEC/LPPM/2010

Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa penelitian yang berjudul :

**"Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemandirian
Pasien Skizofrenia yang Mengalami Defisit Perawatan Diri
di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya"**

Peneliti Utama : Hanik Endang Nihayati, S.Kep.Ns.
Unit/Lab. Tempat Penelitian : Rumah Sakit Jiwa Menur - Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK

Surabaya, 8 Juli 2010

Komisi Etik Penelitian LPPM UNAIR

Ketua


Prof.Dr.H. Soedjito Hari Poernomo, dr., DTMH.
NIP. 130 359 279

TABULASI DATA DEMOGRAFI RESPONDEN TERAPI SUPORTIF DI RUANG FIAMBOYAN RSJ MENUR SURABAYA

RESPONDEN		UMUR	PENDIDIKAN	STATUS PERKAWINAN	PEKERJAAN	AGAMA	LAMA PERAWATAN	PERAWATAN KE-
KELOMPOK	KODE	1 = 18 - 25 tahun 2 = 26 - 33 tahun 3 = 34 - 43 tahun 4 = 44 - 50 tahun	1 = Tidak Sekolah 2 = SD 3 = SMP 4 = SMA 5 = PT	1 = Belum Kawin 2 = Kawin 3 = Janda/Duda	1 = Buruh 2 = Swasta 3 = PN/TNI 4 = Tidak Bekerja	1 = Islam 2 = Kristen Katolik 3 = Kristen Protestan 4 = Hindu 5 = Budha 6 = Kong Hu Cu	1 = 1 - 2 bulan 2 = 3 bulan - 4 bulan 3 = > 4 bulan	1 = perawatan ke 1 2 = perawatan > 1
PERLAKUAN	1	3	2	1	2	1	1	2
	2	1	3	1	2	1	1	2
	3	2	4	2	2	1	1	2
	4	2	3	2	4	1	1	1
	5	2	4	2	1	1	1	2
	6	1	3	1	4	1	1	1
	7	1	3	1	2	1	1	2
	8	1	4	1	1	1	1	1
	9	2	3	1	4	1	1	2
	10	2	3	2	4	1	1	2
KONTROL	11	3	3	2	4	1	1	2
	12	3	3	2	4	1	1	2
	13	3	3	2	4	1	1	2
	14	1	4	2	2	1	1	1
	15	2	3	1	4	1	1	2
	16	3	4	1	1	1	1	2
	17	2	3	2	4	1	1	1
	18	3	3	2	1	1	1	2
	19	1	4	2	4	1	1	2
	20	3	3	2	1	1	1	1
	21	3	4	1	4	1	1	2
	22	2	3	1	4	1	1	2
	23	2	3	2	2	1	1	2
	24	3	2	2	4	1	1	2

Nilai Rata-Rata Kemandirian Responden			
	Perlakuan	Kontrol	No Responden
Sebelum	2	1	1
	1	1	2
	3	2	3
	1	2	4
	2	1	5
	1	2	6
	1	2	7
	2	2	8
	1	2	9
	2	1	10
	2	2	11
	2	2	12
Sesudah	3	1	1
	3	2	2
	3	2	3
	2	2	4
	3	1	5
	3	2	6
	3	2	7
	3	3	8
	3	2	9
	3	2	10
	3	3	11
	3	2	12

Sebelum	1	8,33%	12 Mandiri	Mandiri	0	0,00%	12
	6	50,00%	Cukup	Cukup	8	66,67%	
	5	41,67%	Kurang	Kurang	4	33,33%	
Sesudah	11	91,67%	Mandiri	Mandiri	2	16,67%	
	1	8,33%	Cukup	Cukup	8	66,67%	
	0	0%	Kurang	Kurang	2	16,67%	
			Perlakuan	Kontrol			

Sebelum Perlakuan 8% Kontrol 0% Mandiri

esudah

50%	67% Mampu dengan Bantuan
42%	33% Belum Mampu
92%	17% Mandiri
8%	67% Mampu dengan Bantuan
0%	17% Belum Mampu

**DATA OBSERVASI PERAWATAN DIRI
MANDI
(PRE)**

PASIE N KE	1	2	3	4	5	6	7	8	JUMLAH	RATA2	KET
(LAKU) 1	1	2	2	1	1	1	2	2	13	2	
2	1	2	1	1	1	1	1	1	10	1	
3	2	3	3	3	2	2	3	3	22	3	
4	1	2	1	1	1	1	1	1	10	1	
5	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
6	1	2	1	1	1	1	2	1	11	1	
7	1	1	1	1	1	1	2	1	9	1	
8	1	2	1	1	2	2	2	2	13	2	
9	1	2	2	1	2	2	2	1	13	2	
10	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
11	2	2	2	1	2	2	2	2	15	2	
12	1	2	2	2	2	2	2	2	15	2	
JUMLAH	16	24	20	17	19	24	23	20			
(KONT) 1	1	2	2	1	2	2	2	2	14	2	
2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	
3	1	2	2	1	2	2	2	2	14	2	
4	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
5	1	2	1	1	1	1	1	1	9	1	
6	2	2	1	2	2	2	2	2	15	2	
7	1	2	2	2	2	2	2	2	15	2	
8	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
9	2	2	2	2	1	2	2	2	15	2	
10	2	2	2	2	1	2	2	2	15	2	
11	1	2	2	2	2	2	2	2	15	2	
12	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
JUMLAH	14	23	21	20	20	22	22	22			

**DATA OBSERVASI PERAWATAN DIRI
BERDANDAN
(PRE)**

PASIE N KE (LAKU)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	JUMLAH	RATA2	KET
1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	17	2	
2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	15	1	
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	31	3	
4	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	13	1	
5	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	19	2	
6	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	13	1	
7	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	13	1	
8	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	14	1	
9	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	13	1	
10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	21	2	
11	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	20	2	
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	21	2	
JUMLAH	17	20	22	19	24	18	21	21	16	18	14			
(KONT) 1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	14	1	
2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	13	1	
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	20	2	
4	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	19	2	
5	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1	
6	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	18	2	
7	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	19	2	
8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	21	2	
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	2	
10	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	12	1	
11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	2	
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	21	2	
JUMLAH	18	22	22	21	21	19	22	19	19	18	14			

**DATA OBSERVASI PERAWATAN DIRI
MAKAN
(PRE)**

PASIEN KE (LAKU)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	JUMLAH	RATA2	KET
1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	17	2	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	19	2	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	29	3	
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	
5	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	19	2	
6	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	11	1	
7	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	11	1	
8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	2	
9	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	19	2	
10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	2	
11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	2	
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	2	
JUMLAH (KONT) 1	21	21	22	22	22	22	21	22	20	22			
2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	18	2	
3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	11	1	
4	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	13	1	
5	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	19	2	
6	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	11	1	
7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	2	
8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	2	
9	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	19	2	
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	1	
11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	2	
12	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	19	2	
JUMLAH	20	20	22	21	21	20	16	21	20	20			

**DATA OBSERVASI PERAWATAN DIRI
BAB/BAK
(PRE)**

PASIE N KE	1	2	3	4	5	6	7	8	JUMLAH	RATA2	KET
(LAKU) 1	2	2	1	2	2	2	2	2	15	2	
2	2	2	1	2	2	2	2	2	15	2	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	
4	1	1	1	1	1	1	1	2	9	1	
5	2	2	2	1	2	2	2	2	15	2	
6	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
7	1	1	1	1	1	1	1	2	9	1	
8	2	2	2	1	2	2	2	2	15	2	
9	1	1	1	1	1	1	1	2	9	1	
10	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
11	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
12	2	2	2	1	2	2	2	2	15	2	
JUMLAH (KONT) 1	22	22	20	19	22	22	22	25			
1	1	1	1	1	1	1	1	2	9	1	
2	1	1	1	1	1	1	1	2	9	1	
3	2	2	2	1	2	2	2	2	15	2	
4	1	1	1	1	1	1	1	2	9	1	
5	2	2	2	1	2	2	2	2	15	2	
6	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
7	2	2	2	1	2	2	2	2	15	2	
8	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
9	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
10	2	2	2	1	2	2	2	2	15	2	
11	2	2	2	2	2	2	2	2	16	2	
12	2	2	2	1	2	2	2	2	15	2	
JUMLAH	21	21	21	16	21	21	21	24			

**DATA OBSERVASI PERAWATAN DIRI
MANDI
(POST)**

PASIE	1	2	3	4	5	6	7	8	JUMLAH	RATA2	KET
KE											
(LAKU) 1	3	3	3	3	3	2	3	3	23	3	
2	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	
4	2	2	2	2	2	3	3	3	19	2	
5	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	
6	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	
7	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	
8	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	
9	3	3	3	2	2	3	3	3	22	3	
10	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	
11	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	
12	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3	
JUMLAH	35	35	35	34	34	35	36	36			
(KONT) 1	2	2	2	1	1	1	1	1	11	1	
2	2	3	2	2	2	2	2	2	17	2	
3	3	3	2	2	2	2	2	2	18	2	
4	3	3	2	2	2	2	2	2	18	2	
5	2	1	2	1	1	1	1	1	10	1	
6	3	3	2	2	2	2	2	2	18	2	
7	3	3	2	2	2	2	2	2	18	2	
8	3	3	3	2	2	3	3	3	22	3	
9	3	3	2	2	2	2	2	2	18	2	
10	3	3	2	2	2	2	2	2	18	2	
11	3	3	3	3	3	3	3	2	23	3	
12	3	3	2	2	2	2	2	2	18	2	
JUMLAH	33	33	26	23	23	24	24	23			

**DATA OBSERVASI PERAWATAN DIRI
BERDANDAN
(POST)**

PASIE N KE (LAKU) I	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	JUMLAH	RATA2	KET
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	31	3	
2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	27	2	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3	
4	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	26	2	
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3	
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3	
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3	
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3	
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3	
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3	
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3	
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3	
JUMLAH (KONT) I	36	35	36	34	34	35	35	35	34	34	33			
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	16	1	
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25	2	
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	24	2	
5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	23	2	
6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	16	1	
7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	23	2	
8	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	33	3	
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	23	2	
10	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25	2	
11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	23	2	
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	23	2	
JUMLAH	25	24	33	27	25	22	22	21	22	23	22			

**IDATA OBSERVASI PERAWATAN DIRI
MAKAN
(POST)**

PASIE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	JUMLAH	RATA2	KET
KE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	JUMLAH	RATA2	KET
(LAKU) 1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	29	3	
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	
4	2	2	3	2	3	3	2	2	2	2	23	2	
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	
6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	
8	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	
9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	
10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30	3	
JUMLAH	35	34	36	35	36	36	35	35	35	35			
(KONT) 1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	14	1	
2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	22	2	
3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	21	2	
4	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	22	2	
5	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	13	1	
6	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	22	2	
7	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	21	2	
8	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	28	3	
9	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	21	2	
10	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	21	2	
11	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	21	2	
12	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	21	2	
JUMLAH	24	24	23	22	34	23	22	24	29	23			

DATA OBSERVASI PERAWATAN DIRI
BAB/BAK
(POST)

PASIE	KE	1	2	3	4	5	6	7	8	JUMLAH	RA	KA	2	KE
(LAKU)	1	3	3	3	2	3	3	3	3	23				
	2	3	3	3	2	3	3	3	3	23				
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	24				
	4	2	2	3	2	2	2	3	3	19				
	5	3	3	3	2	3	3	3	3	23				
	6	3	3	3	3	3	3	3	3	24				
	7	3	3	3	3	3	3	3	3	24				
	8	3	3	3	3	3	3	3	3	24				
	9	3	3	3	2	3	3	3	3	23				
	10	3	3	3	2	3	3	3	3	23				
	11	3	3	3	3	3	3	3	3	24				
	12	3	3	3	2	3	3	3	3	23				
JUMLAH		35	35	36	29	35	35	36	36					
(KONT)	1	3	2	2	2	2	2	2	2	17				
	2	3	2	2	2	2	2	2	2	17				
	3	3	2	2	2	2	2	2	2	17				
	4	2	2	2	2	2	2	2	2	16				
	5	2	2	2	1	1	1	1	1	11				
	6	2	2	2	1	1	1	1	1	11				
	7	2	2	2	2	2	2	2	2	16				
	8	3	3	3	2	2	3	3	3	22				
	9	3	2	2	2	2	2	2	2	17				
	10	3	2	2	2	2	2	2	2	17				
	11	2	1	1	1	1	2	2	2	22				
	12	3	2	2	2	2	2	2	2	17				
JUMLAH		31	24	24	21	21	23	23	23					

TABULASI DATA TERAPI SUPORTIF RESPONDEN DI RUANG FLAMBOYAN RSJ MENUR
PERHITUNGAN KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI KELOMPOK PERLAKUAN

NO	MANDI		BERDANDAN		MAKAN		BAB/BAK	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
1	2	3	2	3	2	3	2	3
2	1	3	1	2	2	3	2	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	1	2	1	2	1	2	1	2
5	2	3	2	3	2	3	2	3
6	1	3	1	3	1	3	2	3
7	1	3	1	3	1	3	1	3
8	2	3	1	3	2	3	2	3
9	2	3	1	3	2	3	1	3
10	2	3	2	3	2	3	2	3
11	2	3	2	3	2	3	2	3
12	2	3	2	3	2	3	2	3

TABULASI DATA TERAPI SUPORTIF RESPONDEN DI RUANG FLAMBOYAN RSJ MENUR
PERHITUNGAN KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI KELOMPOK KONTROL

NO	MANDI		BERDANDAN		MAKAN		BAB/BAK	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
1	2	1	1	1	2	1	1	2
2	1	2	1	2	1	2	1	2
3	2	2	2	2	1	2	2	2
4	2	2	2	2	2	2	1	2
5	1	1	1	1	1	1	2	1
6	2	2	2	2	2	2	2	1
7	2	2	2	1	2	2	2	2
8	2	3	2	3	2	3	2	3
9	2	2	2	2	2	2	2	2
10	2	2	1	2	1	2	2	2
11	2	3	2	3	2	3	2	3
12	2	2	2	2	2	2	2	2

**KEMANDIRIAN PASIEN SETELAH DAN SEBELUM DILAKUKAN
TERAPI SUPORTIF
DATA KELOMPOK PERLAKUAN PRE – POST**

PASIEN KE-	PRE	POST
1	2	3
2	1	3
3	3	3
4	1	2
5	2	3
6	1	3
7	1	3
8	2	3
9	1	3
10	2	3
11	2	3
12	2	3

**KEMANDIRIAN PASIEN SETELAH DAN SEBELUM DILAKUKAN
TERAPI SUPORTIF
DATA KELOMPOK KONTROL PRE – POST**

PASIEN KE-	PRE	POST
1	1	1
2	1	2
3	2	2
4	2	2
5	1	1
6	2	2
7	2	2
8	2	3
9	2	2
10	1	2
11	2	3
12	2	2

entitas Responden		perlakuan	kontrol		
Perawatan Ke	perawatan ke 1	3	3	25,0%	25,0%
	perawatan > 1	9	9	75,0%	75,0%
Lama Perawatan	1 - 2 bulan	12	12	100,0%	100,0%
	3 bulan - 4 bulan	0	0	0,0%	0,0%
	> 4 bulan	0	0	0,0%	0,0%
umur	18 - 25 tahun	4	2	33,3%	16,7%
	26 - 33 tahun	5	4	41,7%	33,3%
	34 - 43 tahun	3	6	25,0%	50,0%
	44 - 50 tahun	0	0	0,0%	0,0%
pendidikan	Tidak Sekolah	0	0	0,0%	0,0%
	SD	1	1	8,3%	8,3%
	SMP	8	7	66,7%	58,3%
	SMA	3	4	25,0%	33,3%
	PT	0	0	0,0%	0,0%
status perkawinan	Belum Kawin	6	4	50,0%	33,3%
	Kawin	6	8	50,0%	66,7%
	Janda/Duda	0	0	0,0%	0,0%
pekerjaan	Buruh	2	3	16,7%	25,0%
	Swasta	4	3	33,3%	25,0%
	PN/TNI	0	0	0,0%	0,0%
	Tidak Bekerja	6	6	50,0%	50,0%
agama	Islam	12	12	100,0%	100,0%
	Kristen Katolik	0	0	0,0%	0,0%
	Kristen Protestan	0	0	0,0%	0,0%
	Hindu	0	0	0,0%	0,0%
	Budha	0	0	0,0%	0,0%
	Kong Hu Cu	0	0	0,0%	0,0%

KEMANDIRIAN PASIEN SETELAH DAN SEBELUM DILAKUKAN

TERAPI SUPORTIF

DATA KELOMPOK PERLAKUAN PRE – POST

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
POST - PRE Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
Positive Ranks	11 ^b	6,00	66,00
Ties	1 ^c		
Total	12		

a. POST < PRE

b. POST > PRE

c. POST = PRE

Test Statistics^b

	POST - PRE
Z	-3,035 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

**KEMANDIRIAN PASIEN SETELAH DAN SEBELUM DILAKUKAN
TERAPI SUPORTIF**

DATA KELOMPOK KONTROL PRE – POST

**NPar Tests
Wilcoxon Signed Ranks Test**

Ranks

	N	Mean Rank	Sum of Ranks
POST - PRE Negative Ranks	0 ^a	,00	,00
Positive Ranks	4 ^b	2,50	10,00
Ties	8 ^c	-	-
Total	12	-	-

a. POST < PRE

b. POST > PRE

c. POST = PRE

Test Statistics^b

	POST - PRE
Z	-2,000 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	,046

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Perbedaan kelompok kontrol dan perlakuan

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	KELOMPOK	N	Mean Rank	Sum of Ranks
MANDIRI	kontrol	12	7,92	95,00
	perlakuan	12	17,08	205,00
	Total	24		

Test Statistics^b

	MANDIRI
Mann-Whitney U	17,000
Wilcoxon W	95,000
Z	-3,575
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,001 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK

Uji Wilcoxon mandi**NPar Tests**

[DataSet3] H:\hanik teliti\data mandi spss.sav

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sesudah - sebelum	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	11 ^b	6.00	66.00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		

a. sesudah < sebelum

b. sesudah > sebelum

c. sesudah = sebelum

NPar Tests**Test Statistics^b**

	sesudah - sebelum
Z	-3.071 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

DATASET ACTIVATE DataSet4.

NPAR TEST

/WILCOXON=sebelum WITH sesudah (PAIRED)
/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet4] H:\hanik teliti\data dandan.sav

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sesudah - sebelum	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	11 ^b	6.00	66.00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		

a. sesudah < sebelum

b. sesudah > sebelum

c. sesudah = sebelum

Test Statistics^b

	sesudah - sebelum
Z	-3.035 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

DATASET ACTIVATE DataSet2.

NPAR TEST

/WILCOXON=sebelum WITH sesudah (PAIRED)

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet2] H:\hanik teliti\data makan.sav

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sesudah - sebelum	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	11 ^b	6.00	66.00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		

a. sesudah < sebelum

b. sesudah > sebelum

c. sesudah = sebelum

Test Statistics^b

	sesudah - sebelum
Z	-3.127 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

DATASET ACTIVATE DataSet1.

NPAR TEST

/WILCOXON=sebelum WITH sesudah (PAIRED)

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet1] H:\hanik teliti\data bab bak.sav

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
sesudah - sebelum	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	11 ^b	6.00	66.00
	Ties	1 ^c		
	Total	12		

- a. sesudah < sebelum
 b. sesudah > sebelum
 c. sesudah = sebelum

Test Statistics^b

	sesudah - sebelum
Z	-3.127 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

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

Uji mann whitney

NPAR TESTS
 /M-W= mandi BY Kelompok(1 2)
 /MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet3]

Mann-Whitney Test

Ranks

Kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
mandi	kelompok kontrol	12	7.92	95.00
	kelompok perlakuan	12	17.08	205.00
	Total	24		

Test Statistics^b

	mandi
Mann-Whitney U	17.000
Wilcoxon W	95.000
Z	-3.575
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.001 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Kelompok

NEW FILE.

DATASET NAME DataSet4 WINDOW=FRONT.

NPAR TESTS

/M-W= dandan BY kelompok(1 2)

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet4]

Mann-Whitney Test**Ranks**

kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
dandan	kelompok kontrol	12	8.25	99.00
	kelompok perlakuan	12	16.75	201.00
	Total	24		

Test Statistics^b

	dandan
Mann-Whitney U	21.000
Wilcoxon W	99.000
Z	-3.248
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.002 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

NEW FILE.

DATASET NAME DataSet5 WINDOW=FRONT.

NPAR TESTS

/M-W= makan BY kelompok(1 2)

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

{DataSet5}

Mann-Whitney Test**Ranks**

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
makan kelompok kontrol	12	7.92	95.00
makan kelompok perlakuan	12	17.08	205.00
Total	24		

Test Statistics^b

	makan
Mann-Whitney U	17.000
Wilcoxon W	95.000
Z	-3.575
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.001 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

NEW FILE.

DATASET NAME DataSet6 WINDOW=FRONT.

NPAR TESTS

/M-W= babbak BY kelompok(1 2)

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

[DataSet6]

Mann-Whitney Test**Ranks**

kelompok	N	Mean Rank	Sum of Ranks
babbak kelompok kontrol	12	7.92	95.00
kelompok perlakuan	12	17.08	205.00
Total	24		

Test Statistics^b

	babbak
Mann-Whitney U	17.000
Wilcoxon W	95.000
Z	-3.575
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.001 ^a

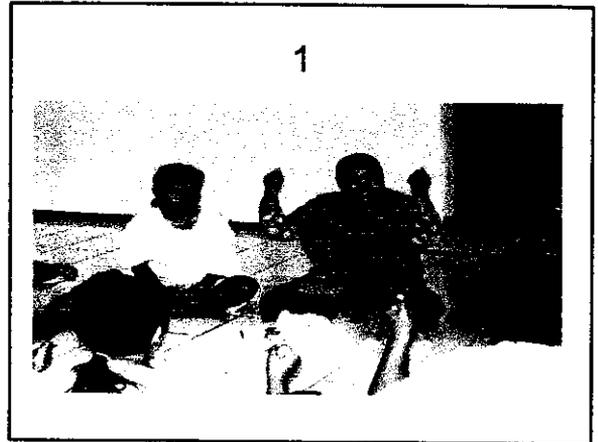
a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

Lampiran 13

DOKUMENTASI PENELITIAN

MEI – JUNI 2010



6



7



8



9



10



11



12



13



14

