

**PENGARUH *ACTIVITY DAILY LIVING TRAINING*  
TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN  
DALAM PERAWATAN DIRI PADA  
PASIEN GANGGUAN JIWA**

**NASKAH PUBLIKASI**



**Disusun Oleh :  
KURNIA DENIS SULISTYA  
201210201172**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIYAH  
YOGYAKARTA  
2014**

**PENGARUH *ACTIVITY DAILY LIVING TRAINING*  
TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN  
DALAM PERAWATAN DIRI PADA  
PASIEN GANGGUAN JIWA**

**NASKAH PUBLIKASI**

Diajukan Guna Melengkapi Sebagian Syarat Mencapai Gelar Sarjana Keperawatan  
Pada Program Pendidikan Ners-Program Studi Ilmu Keperawatan  
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah  
Yogyakarta



**Disusun Oleh:  
KURNIA DENIS SULISTYA  
201210201172**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIYAH  
YOGYAKARTA  
2014**

**HALAMAN PENGESAHAN**


**PENGARUH *ACTIVITY DAILY LIVING TRAINING*  
TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN  
DALAM PERAWATAN DIRI PADA  
PASIEN GANGGUAN JIWA**

**NASKAH PUBLIKASI**

**Disusun Oleh:  
KURNIA DENIS SULISTYA  
201210201172**

Telah Disetujui Oleh Pembimbing  
Pada tanggal:  
11 Maret 2014

Dewan Pembimbing :

  
Ns. Mamnu'ah, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.J.

# PENGARUH *ACTIVITY DAILY LIVING TRAINING* TERHADAP TINGKAT KEMANDIRIAN DALAM PERAWATAN DIRI PADA PASIEN GANGGUAN JIWA<sup>1</sup>

Kurnia Denis Sulistya<sup>2</sup>, Mamnu'ah<sup>3</sup>  
STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta  
Email: kurniadenissulistya@gmail.com

**Abstract:** This research of quasi experiment is to examine the influence between ADL training and the level of independence in self-care in mental disorders. The sample in this research are 20 people of mental disorders that decreased the level of independence in self-care, taken by purposive sampling and asked to fill out the questionnaire. The results of paired sample t-test shows there is significant differences between the pretest and posttest on experimental group with p value = 0.000, while the control group did not have difference between the pretest and posttest with p value = 0.056. The result of independent sample t-test show there is significant differences between the experimental group and control group with p value = 9,446.

**Keywords:** Level of Independence, ADL Training, Mental Disorders

**Abstrak:** Penelitian *quasi eksperiment* ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh ADL *training* terhadap tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada pasien gangguan jiwa. Sampel penelitian ini adalah 20 orang gangguan jiwa yang mengalami penurunan tingkat kemandirian dalam perawatan diri yang diambil secara *purposive sampling* dan diminta mengisi kuesioner. Analisis data dengan *paired sample t-test* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan nilai *pre-post test* tingkat kemandirian pada kelompok eksperimen dengan  $p=0,000$ , sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan nilai *pre-post test* tingkat kemandirian dengan  $p=0,056$  dan hasil uji *independent sampel t-test* menunjukkan tidak terdapat perbedaan tingkat kemandirian pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan  $p=9,446$ .

**Kata Kunci :** Tingkat Kemandirian, ADL Training, Gangguan Jiwa



## PENDAHULUAN

Kecenderungan meningkatnya angka gangguan jiwa di kalangan masyarakat akan menjadi tantangan bagi tenaga kesehatan khususnya komunitas profesi keperawatan (Keliat *et al.*, 2011a). Sebagai gambaran menurut *World Health Organization* (WHO) prevalensi gangguan jiwa di dunia di atas 100 jiwa per 1000 penduduk. Di Indonesia sendiri prevalensi gangguan jiwa mencapai 264 per 1000 penduduk, hal ini menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa di Indonesia melebihi gangguan jiwa di dunia (Rasmun, 2001).

Upaya pemerintah dalam menangani permasalahan gangguan jiwa di masyarakat semakin meningkat. Hal ini dibuktikan dengan adanya program Desa Siaga Sehat Jiwa (DSSJ), sebagai salah satu program unggulan dari Dinas Kesehatan di berbagai kabupaten di wilayah DIY (Keliat *et al.*, 2011b). Meskipun gangguan jiwa tersebut tidak dianggap sebagai gangguan yang menyebabkan kematian secara langsung, namun beratnya gangguan tersebut dalam arti ketidakmampuan akan menghambat pembangunan karena mereka tidak produktif dan tidak efisien. Menurut Keliat, *et al.* (2011a) menyebutkan bahwa pasien gangguan jiwa akan mengalami perubahan proses pikir yang menyebabkan kemunduran dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Perubahan proses pikir ini juga akan menimbulkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari seperti perawatan diri yang akhirnya akan berdampak pada ketidakmampuan berfungsi secara optimal di lingkungan sosialnya (Hawari, 2007). Hasil riset WHO dan *World Bank* pada tahun 2004 menyimpulkan bahwa gangguan jiwa dapat mengakibatkan penurunan produktivitas sampai dengan 8,1% (DALYs, 1995, dalam Rasmun, 2001).

Hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan tingkat pemenuhan aktivitas sehari-hari pada pasien gangguan jiwa di lingkup komunitas yaitu penelitian oleh Hardani (2009) tentang “Tingkat Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari Pasien Skizofrenia di Lingkup Kerja Puskesmas Gombong II” menyebutkan bahwa perawatan diri pasien skizofrenia di rumah menunjukkan dari 32 responden didapatkan 12 (38%) penderita skizofrenia berada dalam kategori ketergantungan ringan, 9 (28%) dalam kategori ketergantungan sedang, 4 (13%) berada dalam kategori ketergantungan berat, 4 (13%) berada pada kategori ketergantungan total dan 3 (9%) berada dalam kategori mandiri.

Yogyakarta adalah urutan ke-10 di Indonesia yang mengalami gangguan jiwa berat (Depkes RI, 2008). Berdasarkan data kependudukan Badan Pusat Statistik (BPS) (2010) dari 387.813 jumlah penduduk Kota Yogyakarta, 32.033 (8,25%) diantaranya mengalami gangguan kesehatan jiwa (Setyawan, 2013). Berdasarkan hasil pencatatan rekam medik di Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang selama periode 1 Januari 2011 sampai dengan 31 Agustus 2011 dari 8.838 pasien yang dirawat inap terdapat pasien harga diri rendah sebanyak 836 atau 9,46 %, defisit perawatan diri sebanyak 736 atau 8,33%, Isolasi sosial sebanyak 478 atau 5,40% (Puspitasari *et al.*, 2012).

Salah satu upaya asuhan keperawatan yang dapat diberikan untuk meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri pasien gangguan jiwa adalah pemenuhan kebutuhan sehari-hari atau *activity daily living* (ADL) *training* yang diyakini mampu meningkatkan kemandirian pasien dalam menjalankan fungsi kehidupannya (Hogarty, 2002). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Keliat *et al.* (2009) dengan judul “Efektifitas Penerapan Model *Community Mental Health Nursing* (CMHN) Terhadap Kemampuan Hidup Pasien Gangguan Jiwa dan Keluarganya di Wilayah DKI Jakarta” penelitian dilakukan pada 20 puskesmas di lima wilayah DKI Jakarta, dari hasil penelitian didapatkan peningkatan kemandirian

setelah dilakukan kunjungan rumah sebanyak 12 kali selama tiga bulan dari 30% menjadi 70%, hal ini menunjukkan bahwa penerapan model CMHN berpengaruh sebesar 40% terhadap peningkatan kemandirian pada pasien gangguan jiwa.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti pada tanggal 10 Juni 2013 di Desa Banaran sendiri didapatkan data dari kejadian gangguan jiwa sebanyak 81 orang, sebanyak 40 orang mengalami penurunan kemandirian. Hal ini menunjukkan 49% pasien gangguan jiwa yang berada di Desa Banaran Galur, Kulon Progo, Yogyakarta tidak mampu melakukan ADL secara mandiri. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh ADL *training* terhadap tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada pasien gangguan jiwa di Desa Banaran Galur Kulon Progo Yogyakarta.

## **METODE PENELITIAN**

Desain penelitian ini menggunakan rancangan *quasi experimental design* dengan pendekatan *non-equivalent control group design* karena pengelompokan anggota sampel pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol tidak dilakukan secara random dan melakukan pengukuran satu kali baik sebelum dan setelah perlakuan dengan menggunakan kelompok pembandingan, pendekatan waktu pada penelitian ini adalah *cross sectional* karena pengumpulan data tingkat kemandirian dalam perawatan diri dan perlakuan ADL *training* dilakukan dalam satu waktu.

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien gangguan jiwa yang berada di Desa Banaran sejumlah 81 orang. Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel secara *non probability sampling* dengan teknik *purposive sampling* sebanyak 20 orang yang kemudian dibagi menjadi dua yaitu kelompok eksperimen dan kelompok kontrol dengan cara undian. Alat pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner yang berisi tentang perawatan diri meliputi mandi, berganti pakaian, berdandan, makan dan *toileting* dengan skala data interval.

Hasil dari uji validitas dan reliabilitas menggunakan rumus *pearson product moment* didapatkan hasil  $r$  hitung antara -200–1,00. Dari 25 item pertanyaan terdapat 2 item yang tidak valid sehingga item yang valid sebanyak 23. Item pertanyaan yang tidak valid dianggap gugur dan tidak digunakan oleh peneliti. Sedangkan hasil dari uji reliabilitas menggunakan rumus *alpha cronbach* didapatkan hasil  $\alpha=0,958$ , ini menunjukkan bahwa kuesioner reliabel untuk penelitian.

Hasil dari uji normalitas data menggunakan rumus *shapiro-wilk* didapatkan nilai signifikansi *pre-test* pada kelompok eksperimen  $p=0,318$  dan *post-test*  $p=0,384$  sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan nilai signifikansi *pre-test*  $p=0,092$  dan *post-test*  $p=0,610$ . Maka dapat disimpulkan bahwa semua data pada masing-masing kelompok berdistribusi normal. Analisis data yang digunakan adalah *paired sample t-test* dan *independent sample t-test*.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Penelitian ini dilakukan di Desa Banaran Galur Kulon Progo. Desa Banaran merupakan salah satu desa yang telah menerapkan program DSSJ. Untuk menangani masalah kesehatan jiwa, pihak Puskesmas Galur II Kulon Progo Yogyakarta memiliki kebijakan program kesehatan jiwa masyarakat, namun program khusus yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri pada pasien gangguan jiwa belum diadakan oleh pihak puskesmas.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

Karakteristik Responden	Eksperimen		Kontrol	
	Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
<b>1. Umur</b>				
26–35	3	30	4	40
36–45	4	40	5	50
46–55	2	20	1	10
56–65	1	10	0	0
<b>2. Jenis Kelamin</b>				
Laki-laki	7	70	4	40
Perempuan	3	30	6	60
<b>3. Tingkat Pendidikan</b>				
Tidak Sekolah	4	40	0	0
SD	4	40	3	30
SMP	0	0	5	50
SMA	2	20	2	20

Berdasarkan Tabel 1 menunjukkan bahwa frekuensi responden berdasarkan umur pada kelompok eksperimen sebagian besar berada di antara umur 36-45 tahun sebanyak 4 orang (40%) dan yang paling sedikit berada di antara umur 56-65 tahun sebanyak 1 orang (10%). Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar responden berada di antara umur 36-45 tahun sebanyak 5 orang (50%) dan yang paling sedikit responden berada di antara umur 46-55 tahun sebanyak 1 orang (10%).

Frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin pada kelompok eksperimen sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 7 orang (70%) dan sisanya berjenis kelamin perempuan sebanyak 3 orang (30%). Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar berjenis kelamin perempuan sebanyak 6 orang (60%) dan sisanya berjenis kelamin laki-laki sebanyak 4 orang (40%).

Frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan pada kelompok eksperimen sebagian besar dengan tingkat pendidikan SD dan tidak sekolah masing-masing sebanyak 4 orang (40%) dan yang paling sedikit responden dengan tingkat pendidikan SMA sebanyak 2 orang (20%). Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar dengan tingkat pendidikan SMP sebanyak 5 orang (50%) dan yang paling sedikit responden dengan tingkat pendidikan SMA sebanyak 2 orang (20%).

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Tingkat Kemandirian dalam Perawatan Diri

	Tingkat kemandirian	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
		Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
Eksperimen	Mandiri	1	10	4	40
	Cukup Mandiri	4	40	4	40
	Kurang Mandiri	5	50	2	20
Kontrol	Mandiri	0	0	1	10
	Cukup Mandiri	6	60	9	90
	Kurang Mandiri	4	40	0	0

Berdasarkan Tabel 2 menunjukkan bahwa tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada kelompok eksperimen sebelum diberikan intervensi ADL *training* sebagian besar pada kategori kurang mandiri sebanyak 5 orang (50%) dan

paling sedikit responden pada kategori mandiri sebanyak 1 orang (10%), sedangkan setelah diberikan intervensi ADL *training* sebagian besar pada kategori cukup mandiri dan mandiri yang masing-masing sebanyak 4 orang (40%) dan paling sedikit responden pada kategori kurang mandiri sebanyak 2 orang (20%).

Tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada kelompok kontrol sebelum intervensi ADL *training* sebagian besar pada kategori cukup mandiri sebanyak 6 orang (60%) dan untuk responden pada kategori mandiri tidak ada, sedangkan setelah intervensi ADL *training* sebagian besar pada kategori cukup mandiri sebanyak 9 orang (90%) dan untuk responden pada kategori kurang mandiri tidak ada.

Tabel 3 Hasil Uji *Paired Sample t-test*

Kelompok		Mean	SD	p value
Eksperimen (N=10)	<i>Pretest</i>	19,30	9,214	0,000
	<i>Posttest</i>	27,50	10,320	
Kontrol (N=10)	<i>Pretest</i>	20,00	6,055	0,056
	<i>Posttest</i>	22,70	4,990	

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa rata-rata tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada kelompok eksperimen sebelum diberikan intervensi ADL *training* 19,30 dengan standar deviasi 9,214 dan setelah diberikan intervensi ADL *training* 27,50 dengan standar deviasi 10,320. Hasil dari uji statistik didapatkan nilai  $p=0,000$ , artinya nilai *pre-test-post-test* tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada kelompok eksperimen terdapat perbedaan yang signifikan.

Sedangkan rata-rata tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi ADL *training* 20,00 dengan standar deviasi 6,055 dan setelah dilakukan ADL *training* 22,70 dengan standar deviasi 4,990. Hasil dari uji statistik didapatkan nilai  $p=0,056$ , artinya nilai *pre-test-post-test* tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada kelompok kontrol tidak ada perbedaan yang signifikan.

Tabel 4 Hasil Uji *Independent Sample t-test*

	Mean	SD	Selisih Mean	p value
Eksperimen	23,40	9,577	2,050	9,446
Kontrol (N=20)	21,35	5,196		

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa pada kelompok eksperimen didapatkan nilai mean 23,40 dengan nilai standar deviasi 9,577 dan pada kelompok kontrol didapatkan nilai mean 21,35 dengan nilai standar deviasi 5,196, selisih nilai rata-rata antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol 2,050. Hasil dari uji statistik didapatkan nilai  $p=9,446 > 0,05$ , artinya tidak terdapat perbedaan yang signifikan tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

## PEMBAHASAN

### Tingkat Kemandirian dalam Perawatan Diri pada Pasien Gangguan Jiwa Sebelum Dilakukan ADL *Training*

Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa sebelum diberikan intervensi ADL *training* pada kelompok eksperimen sebagian besar tingkat kemandirian dalam



perawatan diri pada kategori kurang mandiri, sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada kategori cukup mandiri. Hal ini menunjukkan bahwa pada pasien gangguan jiwa akan mengalami penurunan tingkat kemandirian dalam perawatan diri yang disebabkan oleh beberapa hal yaitu terjadinya perubahan proses pikir.

Penurunan kemandirian dalam perawatan diri ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hardani (2009) yang menyebutkan bahwa perawatan diri pasien skizofrenia di rumah menunjukkan dari 32 responden sebagian besar pada kategori ketergantungan ringan. Penelitian lain yang sejalan yaitu penelitian Puspitasari *et al.* (2012) yang menyebutkan bahwa berdasarkan hasil pencatatan rekam medik di Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang selama periode 1 Januari 2011 sampai dengan 31 Agustus 2011 dari 8.838 pasien yang dirawat inap terdapat pasien harga diri rendah sebanyak 836 atau 9,46 %.

Penurunan kemandirian dalam perawatan diri yang terjadi pada pasien gangguan jiwa sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa pada pasien gangguan jiwa akan mengalami penurunan kemandirian dalam perawatan diri akibat dari adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari menurun (Keliat *et al.*, 2012). Teori lain yang sejalan adalah teori Hawari (2007) yang menyatakan bahwa pada pasien gangguan jiwa akan mengalami perubahan proses pikir yang menyebabkan kemunduran dalam menjalani kehidupan sehari-hari, hal ini ditandai dengan hilangnya motivasi dan tanggung jawab. Selain itu pasien cenderung apatis, menghindari kegiatan dan mengalami gangguan dalam penampilan. Perubahan proses pikir ini juga akan menimbulkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari seperti perawatan diri yang akhirnya akan berdampak pada ketidakmampuan berfungsi secara optimal baik di rumah, di sekolah, di kampus, di tempat kerja maupun di lingkungan sosialnya. Penurunan kemandirian dalam perawatan diri pada pasien gangguan jiwa juga dapat terjadi karena adanya kerusakan hipotalamus yang membuat seseorang kehilangan *mood* dan motivasi sehingga pasien akan malas melakukan sesuatu (Stuart & Laraia, 2005). Kurangnya kemampuan dalam melakukan ADL adalah akibat dari penurunan kemampuan realitas yang menyebabkan ketidakpedulian terhadap diri dan lingkungannya. Selain itu, kurangnya dukungan keluarga dalam hal pelatihan ADL kepada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa juga merupakan faktor penyebab kurangnya ADL, seringkali keluarga menyerahkan pengobatan sepenuhnya kepada pihak rumah sakit (Depkes RI, 2006).

Penurunan kemandirian dalam perawatan diri pada pasien gangguan jiwa ini juga sejalan dengan hadist H.R Bukhari dan Muslim yang dijelaskan oleh Hilmi (2012) yang menyatakan bahwa akal dalam Al-Qur'an disebut dengan *al-aql* yang menjelaskan tentang bentuk aktivitas akal yang menunjuk pada proses berpikir manusia. Apabila proses berfikir ini terganggu maka akan terganggu pula aktivitas sehari-harinya. Akal yang bertempat di dalam otak memiliki kemampuan memperoleh pengetahuan secara nalar. Akal manusia ini memiliki hubungan erat dengan hati yang berperan sebagai pusat pengatur aktivitas.

Kurangnya dukungan keluarga yang dibuktikan dengan keluarga tidak menyediakan peralatan untuk perawatan diri yang dibutuhkan pasien, keluarga tidak mengajarkan cara perawatan diri kepada pasien juga merupakan faktor pendukung terjadinya penurunan kemandirian dalam perawatan diri pada pasien gangguan jiwa. Sebagian besar keluarga hanya mengingatkan dengan sepintas kepada pasien untuk melakukan perawatan diri namun tidak dipastikan apakah pasien sudah melakukan perawatan diri atau belum. Didukung oleh teori yang menyatakan bahwa keluarga

sebagai unit terkecil dalam masyarakat merupakan pendukung utama kesejahteraan anggota keluarganya. Keluarga adalah orang-orang yang sangat dekat dengan pasien dan dianggap paling banyak tahu kondisi pasien serta dianggap paling banyak memberi pengaruh pada pasien. Keluarga merupakan pemberi perawatan utama dalam mencapai pemenuhan kebutuhan dasar dan mengoptimalkan kemandirian bagi pasien (Yosep, 2007). Dukungan keluarga yang baik akan mampu meningkatkan kemandirian pasien, begitupun sebaliknya, kemandirian tidak akan tercapai secara maksimal apabila tidak adanya kepedulian dan dukungan dari keluarga (Maramis, 2009).

Selain kurang dukungan keluarga faktor lain yang dapat menurunkan kemandirian dalam perawatan diri pada pasien gangguan jiwa adalah ketidakpatuhan konsumsi obat yang dibuktikan dengan ada sebagian responden yang tidak patuh minum obat dan kurangnya peran serta perawat penanggung jawab program keperawatan jiwa yang dibuktikan dengan belum adanya program khusus untuk menangani masalah penurunan kemandirian dalam perawatan diri pada pasien gangguan jiwa. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marchira (2012) yang menunjukkan bahwa dukungan sosial yang diberikan kepada pasien gangguan jiwa mampu meningkatkan motivasi sehingga akan meningkatkan kemandirian.

Teori yang sejalan tentang pengaruh dukungan sosial dan kepatuhan konsumsi obat terhadap tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada pasien gangguan jiwa adalah teori Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa penurunan kemandirian pada pasien gangguan jiwa sangat membutuhkan dukungan sosial untuk membantu proses penyembuhan dan pemulihan dengan kata lain kemandirian dalam perawatan diri pada pasien gangguan jiwa sangat berberkaitan dengan adanya peran serta (dukungan sosial) masyarakat. Dukungan sosial ini berasal dari kader, tokoh masyarakat dan orang di sekitar tempat tinggal pasien. Kurangnya dukungan sosial akan memperparah kesehatan jiwa (Stuart & Laraia, 2005). Dukungan sosial ini sangat berpengaruh pada kemampuan seseorang untuk beradaptasi (Dolan *et al.*, 2006).

Ketidakpatuhan konsumsi obat merupakan faktor penyebab kekambuhan, sehingga akan berakibat pada penurunan fungsi kognitif yang ditandai dengan ketidakmampuan untuk berfungsi dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa pada pasien gangguan jiwa memerlukan terapi pengobatan. Ketidakpatuhan konsumsi obat merupakan salah satu faktor dari penyebab kekambuhan pada pasien gangguan jiwa, sehingga akan berakibat pada penurunan fungsi kognitif yang mengakibatkan kerusakan memori (Maramis, 2009).

### **Tingkat Kemandirian dalam Perawatan Diri pada Pasien Gangguan Jiwa Setelah Dilakukan ADL Training**

Berdasarkan tabel 2 setelah diberikan intervensi ADL *training* pada kelompok eksperimen terjadi peningkatan kemandirian dalam perawatan diri yang ditunjukkan dengan sebagian besar responden pada kategori mandiri dan cukup mandiri. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi ADL *training* dapat membantu meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri responden. Sedangkan pada kelompok kontrol tingkat kemandirian dalam perawatan diri setelah dilakukan intervensi ADL *training* sebagian besar tetap pada kategori cukup mandiri. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada kelompok kontrol tidak terjadi perubahan yang disebabkan karena pada kelompok kontrol tidak diberikan intervensi ADL *training*.

Pelatihan (*training*) ADL adalah salah satu asuhan keperawatan yang dapat meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri. Kegiatan pada ADL *training* meliputi diskusi tentang pentingnya ADL, alat yang digunakan dan cara melakukan ADL. Melalui *training* seseorang dapat menjadi tahu, kemudian setelah tahu individu tersebut akan merespon terhadap stimulus yang ada yang dinyatakan dengan peningkatan sikap. Apabila individu tersebut merespon positif terhadap stimulus maka akan terjadi perubahan perilaku, dalam hal ini perubahan perilaku dinyatakan dengan peningkatan kemandirian dalam perawatan diri. Namun demikian tidak seluruhnya responden dalam penelitian ini mengalami peningkatan tingkat kemandirian dalam perawatan diri setelah diberikan intervensi ADL *training*, hal ini dimungkinkan karena metode pemberian intervensi ADL *training* yang kurang menarik yang dibuktikan dengan saat diberikan intervensi beberapa responden tidak bersemangat dalam mengikuti pelatihan ADL. Intervensi ADL *training* yang diberikan juga kurang maksimal karena intervensi hanya diberikan sebanyak dua kali selama dua hari berturut-turut, sehingga peningkatan kemandirian dalam perawatan diri juga kurang optimal.

Didukung oleh penelitian Keliat *et al.* (2009) yang menyatakan bahwa intervensi ADL *training* yang dilakukan melalui *home visit* dapat meningkatkan kemandirian pasien gangguan jiwa dalam melakukan perawatan diri. Penelitian lain yang sejalan yaitu penelitian yang dilakukan oleh Rahmasari (2013) yang menunjukkan bahwa pada kelompok eksperimen setelah diberikan intervensi ADL *training* sebagian besar tingkat kemandiriannya pada kategori mandiri.

Teori yang sejalan tentang pengaruh latihan ADL adalah teori Hogarty (2002) yang menyatakan bahwa salah satu upaya asuhan keperawatan yang dapat diberikan untuk meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri pasien gangguan jiwa adalah pemenuhan kebutuhan sehari-hari atau *activity daily living (ADL) training*. ADL *training* diyakini mampu meningkatkan kemandirian pasien dalam menjalankan fungsi kehidupannya. Pada pasien gangguan jiwa akan mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan perawatan diri sehingga mereka perlu diajarkan atau dilatih secara khusus dalam bentuk bimbingan dan latihan (Roger, 1974 dalam Notoatmodjo, 2003).

Proses dalam intervensi ADL *training* meliputi melakukan diskusi tentang pentingnya ADL, alat yang digunakan untuk ADL dan cara melakukan ADL, kemudian dilanjutkan dengan melakukan praktik ADL dan memasukkan ke dalam jadwal perawatan diri. Melalui pemberian intervensi ADL *training* ini responden dapat meningkatkan kemandiriannya dalam melakukan perawatan diri. Didukung oleh teori yang menyatakan bahwa pelatihan merupakan suatu tujuan untuk mencapai sesuatu yang diharapkan dan diinginkan. Pelatihan yang diberikan dapat mengubah perilaku, kebiasaan, sikap, kemampuan, keahlian dan pengetahuan sehingga mereka dapat menerapkan sesuatu yang diberikan (Simamora, 2006).

Teori lain yang menyatakan bahwa dengan pelatihan dapat mengubah perilaku seseorang adalah teori Roger (1974) dalam Notoatmodjo (2003) bahwa dengan adanya pengkondisian pembelajaran akan terjadi perubahan perilaku yang dimulai dengan perubahan pada tingkat pengetahuan yaitu timbul pemahaman dan kesadaran (*awareness*). Tahapan selanjutnya setelah tahu adalah menerima dan merespon yang merupakan tingkatan sikap seseorang, sehingga mengganggu kestabilan sikap dan membuka peluang terjadinya perubahan perilaku yang diharapkan.

Terdapat beberapa faktor yang diduga dapat mempengaruhi kemampuan responden dalam penerimaan pelatihan perawatan diri, yaitu usia, jenis kelamin dan

tingkat pendidikan. Berdasarkan tabel 1 yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden berada pada usia antara 36 sampai 45 tahun. Usia 36–45 menurut Depkes (2008) termasuk usia dewasa muda, sehingga individu dalam usia ini dapat menerima dan menerapkan dengan mudah pelatihan yang diberikan. Berdasarkan teori yang telah dijelaskan maka dapat disimpulkan bahwa usia pada penelitian ini tidak mempengaruhi kemampuan dalam penerimaan ADL *training* yang akan berpengaruh pada peningkatan kemandirian dalam perawatan diri. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa usia antara 36–45 merupakan usia dewasa akhir yang mana seseorang mampu untuk memilih kebutuhan dasarnya secara baik dan dapat melakukan tindakan yang dapat memperbaiki kondisi dirinya (Depkes, 2008). Penelitian yang sejalan adalah penelitian yang dilakukan oleh Parendrawati (2008) yang menyebutkan bahwa tidak terdapat hubungan antara faktor usia terhadap peningkatan kemandirian pada pasien defisit perawatan diri.

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki. Seorang perempuan selalu ingin terlihat bersih dan lebih cantik jika dipandang oleh semua orang. Jika dibandingkan responden laki-laki masih ada yang harus selalu dimotivasi dalam hal merawat diri. Namun demikian terjadinya perubahan proses pikir yang terjadi pada pasien gangguan jiwa, menurut peneliti tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin, dibuktikan dengan terdapat 30% responden yang mengalami penurunan kemandirian dalam perawatan diri berjenis kelamin perempuan terlihat kotor dan bau. Didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Parendrawati (2008) yang menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dan kemampuan seseorang dalam merawat diri.

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden hanya lulusan SD. Pendidikan adalah status resmi tingkat pendidikan terakhir yang ditempuh oleh seseorang. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin besar pula kemampuan dalam memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya. Maka dapat disimpulkan terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan terhadap peningkatan kemandirian dalam perawatan diri setelah diberikan intervensi ADL *training*. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa pendidikan menjadi tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi secara efektif (Stuart & Laraia, 2005).

### **Pengaruh ADL *Training* terhadap Tingkat Kemandirian dalam Perawatan Diri pada Pasien Gangguan Jiwa**

Berdasarkan tabel 4 menunjukkan bahwa hasil dari uji statistik tidak terdapat perbedaan yang bermakna tingkat kemandirian dalam perawatan diri antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi ADL *training*. Hal ini disebabkan karena beberapa faktor, diantaranya frekuensi pemberian ADL *training* yang belum sesuai sehingga hasil yang didapatkan kurang optimal, metode pemberian intervensi yang kurang menarik, kurangnya dukungan keluarga, kurangnya peran serta perawat penanggung jawab program keperawatan jiwa dan ketidakpatuhan konsumsi obat.

Upaya untuk meningkatkan kemandirian dalam perawatan diri membutuhkan waktu yang lama, diperlukan intervensi yang berulang-ulang dan materi yang sederhana serta metode yang menarik dan mudah dipahami agar kemandirian dalam perawatan diri dapat meningkat. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Keliat *et al.* (2009) yang menunjukkan bahwa setelah dilakukan kunjungan rumah dan diberikan pelatihan ADL sebanyak 12 kali selama tiga bulan didapatkan peningkatan kemandirian dari 30% menjadi 70%. Penelitian oleh Rahmasari (2013)



yang menunjukkan peningkatan kemandirian setelah diberikan intervensi *ADL training* sebanyak empat kali dan satu materi setiap sesi. Penelitian Parendrawati (2008) yang menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kemandirian dalam perawatan diri setelah dilakukan intervensi keperawatan berupa token ekonomi selama lima minggu.

Didukung oleh teori yang menyatakan bahwa pada pasien gangguan jiwa akan mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan perawatan diri sehingga mereka perlu diajarkan atau dilatih secara khusus dalam bentuk bimbingan dan latihan (Roger, 1974 dalam Notoatmodjo, 2003). Teori lain yang sejalan menyebutkan bahwa untuk mengoptimalkan pelatihan diperlukan bimbingan dan latihan yang rutin, berulang-ulang dan kerja sama yang baik dengan keluarga (Sutadi, 2002).

Kurangnya partisipasi dari keluarga dalam menangani masalah penurunan tingkat kemandirian dalam perawatan diri seperti tidak menyediakan peralatan untuk perawatan diri yang dibutuhkan pasien, tidak mengajarkan cara perawatan diri kepada pasien dan kurangnya perhatian keluarga tentang pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien akan semakin memperparah penurunan tingkat kemandirian dalam perawatan diri pasien. Kebanyakan keluarga hanya mengingatkan sepintas kepada pasien untuk melakukan perawatan diri namun tidak dipastikan apakah pasien sudah melakukan perawatan diri atau belum. Pentingnya dukungan keluarga terhadap peningkatan kemandirian dalam perawatan diri sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Keliat *et al.* (2009) yang menunjukkan setelah dilakukan kunjungan rumah oleh perawat penanggung jawab kesehatan jiwa yang didalamnya terdapat pelatihan *ADL training* untuk keluarga didapatkan peningkatan kemandirian pada pasien gangguan jiwa dalam melakukan perawatan diri.

Didukung oleh teori yang menyatakan bahwa dukungan keluarga yang baik akan mampu meningkatkan kemandirian pasien, begitupun sebaliknya, kemandirian tidak akan tercapai secara maksimal apabila tidak adanya kepedulian dan dukungan dari keluarga (Maramis, 2009).

Peran serta perawat penanggung jawab program kesehatan jiwa sebagai tenaga kesehatan dengan spesialisasi masalah kesehatan jiwa yang bekerja di masyarakat dan bersama masyarakat sangat berkontribusi dalam menangani masalah gangguan jiwa yang terjadi di masyarakat. Salah satu kegiatan yang dapat dilakukan adalah *home visit* (kunjungan rumah). Melalui program tersebut perawat penanggung jawab program kesehatan jiwa dapat memperoleh informasi aktual tentang masalah yang sedang dihadapi oleh pasien dan keluarga, kemampuan pasien dan keluarga dalam mengatasi masalah dan memberikan pendidikan atau alternatif bantuan terhadap masalah yang sedang dihadapi. Salah satu pelatihan yang dapat dilakukan ketika perawat penanggung jawab program kesehatan jiwa melakukan *home visit* adalah memberikan *ADL training*, setelah dilakukan *training* responden dapat meningkatkan kemandiriannya dalam melakukan perawatan diri dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarganya yang mengalami masalah gangguan jiwa. Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan dukungan sosial yang diberikan bertujuan untuk membuat pasien mampu kembali beradaptasi dengan lingkungan sosial sekitarnya, mampu merawat diri dan tidak bergantung pada orang lain (Hawari, 2007).

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada kelompok eksperimen sebelum diberikan intervensi ADL *training* yaitu sebagian besar responden pada kategori kurang mandiri dan setelah diberikan intervensi ADL *training* yaitu sebagian besar responden pada kategori mandiri. Sedangkan tingkat kemandirian dalam perawatan diri pada kelompok kontrol sebelum dilakukan ADL *training* yaitu sebagian besar responden pada kategori cukup mandiri dan setelah dilakukan ADL *training* yaitu sebagian besar responden pada kategori cukup mandiri.

Hasil uji *paired sample t-test* menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai *pre-test* dan nilai *post-test* pada kelompok eksperimen, sedangkan pada kelompok kontrol tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara nilai *pre-test* dan nilai *post-test*. Hasil uji *independent sample t-test* menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan tingkat kemandirian dalam perawatan diri antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

### Saran

Bagi keluarga disarankan agar dapat menyediakan peralatan perawatan diri untuk pasien, mengajarkan cara perawatan diri seperti yang telah diajarkan oleh peneliti. Bagi pasien disarankan agar dapat mempraktikkan ADL seperti yang telah diajarkan. Bagi Perawat Penanggung Jawab Program Kesehatan Jiwa disarankan agar dapat memberikan intervensi ADL *training* secara terjadwal satu minggu sekali pada saat melakukan *home visit* agar peningkatan kemandirian dalam merawat diri lebih optimal. Bagi Peneliti Selanjutnya disarankan agar dapat mengendalikan variabel dukungan sosial, memperpanjang waktu pemberian intervensi ADL *training* tiga kali dalam satu minggu selama satu bulan dan memodifikasi metode pemberian intervensi ADL *training* dengan menambah media yang lebih menarik misalnya menonton video.

## DAFTAR RUJUKAN

- Depkes RI. (2008). *Riset Kesehatan Dasar (RIKESDAS) 2007*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan RI. Dalam <http://www.riskesdas.litbang.depkes.go.id>. Diakses tanggal 30 November 2013.
- Dolan, P., Canaran, J. dan Pinkerton, J. (2006). Family Support as Reflective Practice. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 22, No. 1, halaman 123. London: Jessica Kingsley. Dalam <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/13561820801886586?journalCode=jic>. Diakses tanggal 30 November 2013.
- Hardani, T.L. (2009). Tingkat Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari Pasien Skizofrenia di Lingkup Kerja Puskesmas Gombang II. Jurusan Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombang. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*. Volume 5, No. 1, Halaman 43–55. Gombang. Dalam <http://ejournal.stikesmuhgombang.ac.id/index.php/JIKK/article/view/4>. Diakses tanggal 30 September 2013.

- Hawari, D. (2007). *Pendekatan Holistic pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: FKUI.
- Hilmi, N. (2012). *Penyakit Kejiwaan dalam Pandangan Islam*. Dalam <http://nashruddinhilmi.blogspot.com/2012/01/penyakit-kejiwaan-dalam-pandangan-islam.html>. Diakses tanggal 10 Desember 2013.
- Hogarty, B.E. (2002). *Personal Therapy for Schizophrenia and Related Disorder: A Guide to Individualized Treatment*. New York: Guil Ford Press.
- Keliat, B.A., Riasmini, N.M. dan Helena, N. (2009). *Efektivitas Penerapan Model Community Mental Health Nursing (CMHN) Terhadap Kemampuan Hidup Pasien Gangguan Jiwa dan Keluarganya di Wilayah DKI Jakarta*. Jakarta: FIK Universitas Indonesia. Dalam <http://kebijakankesehatanindonesia.net/component/content/article/1970.html>. Diakses tanggal 5 Desember 2013.
- Keliat, B.A., Akemat, Helena, N. dan Nurhaeni, H. (2011a). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- \_\_\_\_\_. (2011b). *Manajemen Keperawatan Jiwa Komunitas Desa Siaga: CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta: EGC.
- \_\_\_\_\_. (2012). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Maramis, W.F. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga.
- Marchira, C.R. (2012). Pengaruh Intervensi Psikoedukatif Singkat pada Skizofrenia terhadap Pengetahuan Care Giver, Keteraturan Konrol, Ketaatan Pengobatan, dan Kekambuhan pada Penderita Gangguan Psikotik Fase Awal di Yogyakarta. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Vol. 14, No. 3, Halaman 120–126. Yogyakarta: FIK UGM.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Parendrawati, D.P. (2008). *Pengaruh Terapi Token Ekonomi Terhadap Kemandirian Merawat Diri pada Klien Defisit Perawatan Diri di Ruang Rawat Inap di Rumah Sakit Dr. Marzuki Mahdi Bogor*. Jakarta: FIK UI. Dalam <http://lontar.ui.ac.id/opac/themes/libri2/detail.jsp?id=126565&lokasi=lokal>. Diakses tanggal 25 Desember 2013.
- Puspitasari, S.D., Aktifah, N. dan Arifin, M. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Ny. S dengan Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi Dengar di Ruang W9 Wisma Banowati Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soeroyo Magelang*. Pekalongan: STIKES Muhammadiyah Pekajangan. Dalam [http://www.e-skripsi.stikesmuh-pkj.ac.id/e-skripsi/index.php?p=show\\_detail&id=219](http://www.e-skripsi.stikesmuh-pkj.ac.id/e-skripsi/index.php?p=show_detail&id=219). Diakses tanggal 17 Januari 2014.

- Rahmasari, A. (2013). *Pengaruh ADL Training Terhadap Tingkat Kemandirian Pasien Skizofrenia di Ruang Rawat Inap RSJ Grhasia Pemda DIY*. STIKES 'Aisyiyah Yogyakarta. Skripsi tidak dipublikasikan.
- Rasmun. (2001). *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi dengan Keluarga*. Jakarta: Sagung Seto.
- Setyawan, P. (2013). *Penderita Gangguan Jiwa di Yogyakarta Tinggi*. Dalam <http://daerah.sindonews.com/read/2013/02/26/22/721889/penderita-gangguan-jiwa-di-yogya-tinggi>. Diakses tanggal 26 November 2013.
- Simamora, H. (2006). *Pelatihan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: STIE YKPN.
- Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* 7<sup>th</sup> edition. St Louis: Mosby.
- Sutadi, R. (2002). *Autisme dan ABA atau Metode Lovaas*. Jakarta: Medical Center.
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Yosep, I. (2007). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.