



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI TOKEN EKONOMI PADA KLIEN
DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUMAH SAKIT
DR MARZUKI MAHDI BOGOR**

Tesis

oleh
Dwi Putri Parendrawati
NPM. 0606026774

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI TOKEN EKONOMI PADA KLIEN
DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUMAH SAKIT
DR MARZUKI MAHDI BOGOR**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Jiwa

oleh

Dwi Putri Parendrawati
NPM. 0606026774

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
JAKARTA, 2008**

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2008

Dwi Putri Parendrawati

Pengaruh Terapi Token Ekonomi Pada Klien Defisit Perawatan Diri di Rumah sakit Dr
Marzuki Mahdi Bogor

xii + 116 hal + 7 bagan + 15 tabel + 7 lampiran

Abstrak

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang yang mengalami gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berganti pakaian, makan, dan toileting. Klien *defisit perawatan diri* di RSMM Bogor merupakan masalah keperawatan pada urutan yang ke dua dengan jumlah pasien 80 %. Penelitian ini berjudul Pengaruh Terapi Token Ekonomi Pada Klien Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Dr. Marzuki Mahdi Bogor. Penelitian bertujuan mengetahui pengaruh terapi token ekonomi terhadap kemampuan merawat diri pada klien *defisit perawatan diri*. Terapi token ekonomi ini merupakan salah satu intervensi modifikasi perilaku yang dapat diberikan pada klien yang mengalami masalah *defisit perawatan diri* dengan metode *modelling, role play, feedback* dan *transfer training*. Penelitian ini dengan desain *quasi eksperimen* pendekatan *pre post tes* kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Responden penelitian adalah klien *defisit perawatan diri* dengan *shizoprenia* berjumlah 110 klien dibagi 2 kelompok yaitu 55 kelompok yang mendapatkan terapi token ekonomi dan 55 kelompok yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi. Kemampuan klien merawat diri diukur dengan observasi dan dianalisis secara statistik. Hasil penelitian membuktikan adanya perbedaan yang bermakna kemampuan merawat diri sebelum dan sesudah mengikuti terapi token ekonomi ($p < 0,05$). Kemampuan merawat diri pada klien yang mendapatkan terapi token ekonomi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi. Hasil penelitian ini membuktikan adanya peningkatan kemampuan merawat diri yang bermakna pada klien yang mendapatkan terapi token ekonomi dibandingkan yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi. Disarankan terapi token ekonomi digunakan sebagai terapi perawatan dalam merawat klien dengan defisit perawatan diri.

Kata Kunci: Kemampuan Perawatan Diri, Defisit Perawatan Diri, Token Ekonomi,
Daftar Pustaka 41 (1996-2007)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
POST GRADUATE PROGRAM
MAJORING IN PSYCHIATRIC NURSING
FAKULTY OF NURSING**

Thesis, July 2008

Dwi Putri Parendrawati

The Effect of Economic Token Therapy on Client with Self Caring Deficit at Dr Marzuki Mahdi Hospital in Bogor

xii + 116 pages + 7 schemes + 15 tables + 7 appendices

Abstract

Self caring deficit is a situation where someone who has disability for doing or finishing self caring activities such as bath, wearing clothes, eating, and going to toilet. Less of self caring on crazy patient happened because effect of change on think process so ability of doing self caring activities will decline. Economic token therapy is one of behavior modification intervention which can give to client with self caring deficit at Dr Marzuki Mahdi Hospital by methods of modeling, role play, feedback and transfer training. This research used a quasi-experiment design with pre post test approach on intervention and control group. This purpose research is to know the effect of economic token therapy on self caring ability of client with self caring deficit. This research has been done at Dr Marzuki Mahdi Hospital for 110 respondents of client divided into 2 groups which is 55 respondents of intervention group and 55 respondents of control group. Statistical test used a different test of 2 mean including dependent and independent t test for looking the effect of economic token therapy on self caring ability. Related between respondent characteristic and self caring ability was analyzed by independent t test and anova test. Research result indicated the existence of meaning difference on self caring ability before and after getting economic token therapy ($p\text{-value} < 0,05$). Meaning difference of self caring ability also proved between group which got an economic token therapy and group which did not an economic token therapy. This research concluded that self caring ability on client with self caring deficit increased after getting economic token therapy. Self caring ability on client is higher on group which getting economic token therapy. Therefore, it was suggested to use economic token therapy as caring therapy to take care of client with self caring deficit.

Key Words: Self Caring Ability, Self Caring Deficit, Economic Token

References: 41 (1996-2007)

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan karuniaNya sehingga tesis dengan judul : **“Pengaruh Terapi Token Ekonomi Pada Klien Defisit Perawatan Diri Di Rumah Sakit Dr Marzuki Mahdi Bogor”** ini dapat diselesaikan. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa pada Universitas Indonesia.

Dalam penyusunan tesis ini penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, MA,Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp,M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc,PhD, selaku koordinator MA-Tesis KPS S2
4. Dr. Budi Anna Keliat,SKp.M.App.Sc, selaku pembimbing tesis yang telah membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
5. Rr. Tutik Sri Haryati,SKp,MARS selaku pembimbing tesis, yang dengan sabar membimbing penulis, senantiasa meluangkan waktu, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
6. Ibu Novi Helena M.Sc sebagai co-pembimbing yang membimbing penulis dengan sabar, tekun, bijaksana dan juga sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
7. Direktur Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor yang telah memberi izin bagi penulis untuk mengumpulkan data dan melakukan intervensi keperawatan di rumah sakit yang beliau pimpin.
8. Ketua Diklat Rumah Sakit Marzoeki Mahdi beserta staf yang telah banyak membantu dalam pengurusan perizinan penelitian

9. Kepala ruangan, Ketua Tim serta perawat pelaksana di semua ruangan yang penulis pakai sebagai tempat penelitian, yang telah banyak membantu dalam pelaksanaan penelitian.
10. Suami dan anak-anakku, yang telah mengorbankan waktu pertemuan dan memberikan motivasi pada peneliti.
11. Rekan-rekan angkatan II Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian tesis ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini

Semoga amal dan budi baik bapak serta ibu mendapat pahala yang berlimpah dari Tuhan Yang Maha Esa.

Jakarta, Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan	9
D. Manfaat Penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Defisit Perawatan Diri	12
1. Defisit Perawatan Diri : Mandi	12
2. Defisit Perawatan Diri : Berpakaian/berhias	13
3. Defisit Perawatan Diri : Makan	13
4. Defisit Perawatan Diri : Toileting.....	13
B. Proses Terjadinya Defisit Perawatan Diri.....	14
1. Faktor Prediaposisi	14
2. Faktor Presipitasi	20
C. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Defisit Perawatan Diri.....	20
D. Tindakan Keperawatan Pada Klien Defisit Perawatan Diri.....	24
E. Terapi Perilaku : Token Ekonomi	27
F. Karakteristik Klien.....	39
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Teori	42
B. Kerangka Konsep	45
C. Hipotesis.....	47
D. Definisi Operasional.....	47
BAB IV METODE PENELITIAN	
A. Desain penelitian	50
B. Populasi dan Sampel.....	51
1. Populasi.....	51
2. Sampel	52
3. Teknik Pengambilan Sampel	54
C. Tempat Penelitian	54
D. Waktu Penelitian.....	55
E. Etika Penelitian	56

F. Alat Pengumpulan data.....	57
1. Data Demografi Responden.....	57
2. Pengukuran Kemampuan Klien Dalam merawat Diri.....	57
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	58
1. Kelompok Intervensi.....	59
2. Kelompok Kontrol.....	61
H. Analisis Data.....	62
1. Pengolahan Data.....	62
2. Analisis Data.....	63
 BAB V HASIL PENELITIAN	
A. Pelaksanaan Penelitian.....	68
B. Karakteristik Klien Defisit Perawatan Diri.....	68
C. Kemampuan Perawatan Diri Klien Defisit Perawatan Diri.....	75
D. Pengaruh Karakteristik Klien terhadap Peningkatan Kemampuan Merawat Diri Pada Klien Defisit Perawatan Diri.....	87
 BAB VI PEMBAHASAN	
A. Kemampuan Perawatan Diri Klien Defisit Perawatan Diri.....	92
B. Pengaruh Karakteristik Klien Defisit Perawatan Diri Dengan Peningkatan Kemampuan Merawat Diri.....	100
C. Keterbatasan Penelitian.....	111
D. Implikasi Hasil Penelitian.....	113
 BAB VII SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan.....	114
B. Saran.....	115
DAFTAR PUSTAKA.....	117
LAMPIRAN	

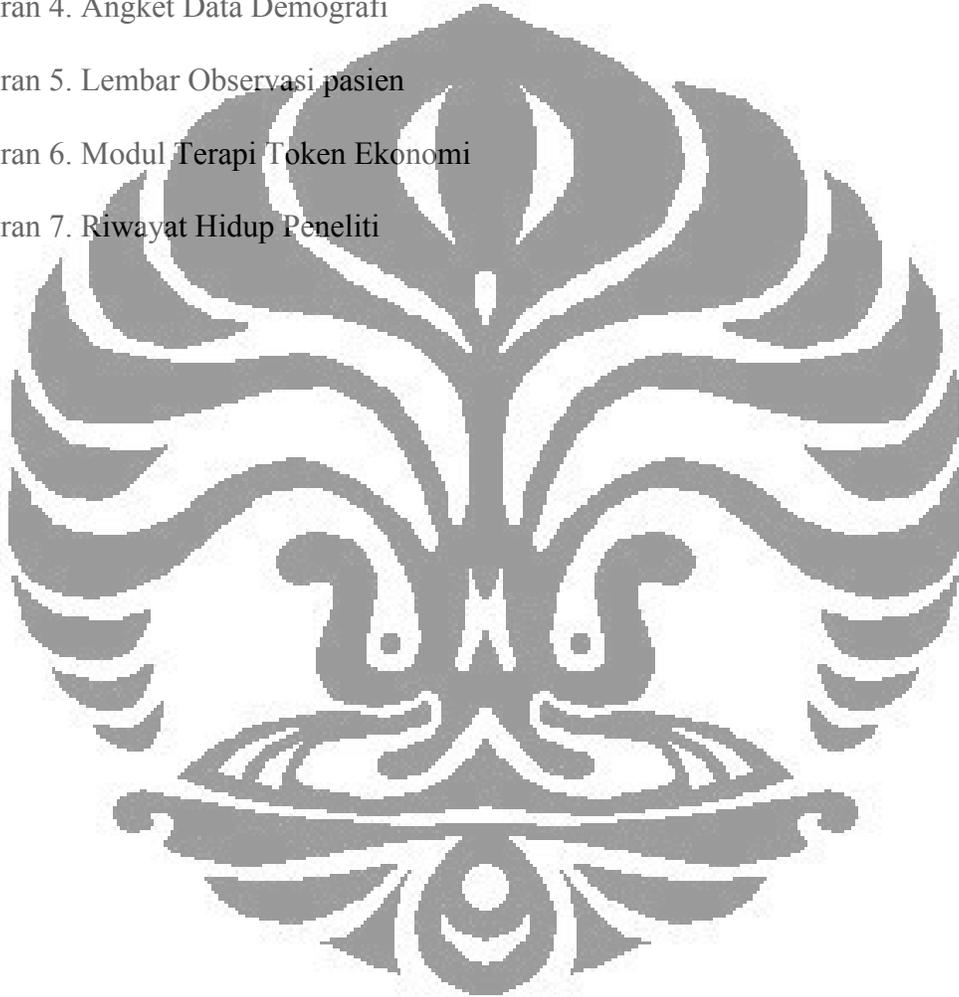
DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Aplikasi Token ekonomi	36
Tabel 3.1 Definisi Operasional	47
Tabel 4.1 Rancangan penelitian	50
Tabel 4.2 Rancangan Pengambilan sampel	54
Tabel 5.1 Rata-rata Karakteristik Responden Menurut Umur, Frekuensi rawat dan Lama sakit di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor	69
Tabel 5.2 Rata-Rata Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Kerja dan Status Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor	71
Tabel 5.3 Uji Kesetaraan Karakteristik Responden Menurut Usia, Frekuensi Perawatan dan Lama Sakit di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor.....	73
Tabel 5.4 Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, dan Status Perkawinan Antara Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor	74
Tabel 5.5 Kemampuan klien merawat diri Sebelum Intervensi Token Ekonomi Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor.	75
Tabel 5.6 Kemampuan perawatan diri klien defisit perawatan diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor.....	78
Tabel 5.7 Kemampuan klien merawat diri Sebelum –sesudah Intervensi Token Ekonomi Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor	81
Tabel 5.8 Selisih Kemampuan klien merawat diri Sebelum –sesudah Intervensi Token Ekonomi Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor	83

Tabel 5.9 Kemampuan perawatan diri klien defisit perawatan diri sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor.....	85
Tabel 5.10 Hubungan Usia, frekuensi rawat dan lama rawat dengan kemampuan Perawatan Diri Klien Defisit Perawatan Diri Di RSMM Bogor.....	87
Tabel 5.11 Analisis Perbedaan Kemampuan Perawatan Diri Pada Klien Defisit Perawatan Diri menurut Jenis Kelamin Di RSMM Bogor	88
Tabel 5.12 Analisis Perbedaan Kemampuan Perawatan Diri Pada Klien Defisit Perawatan Diri menurut Pekerjaan Di RSMM Bogor.....	89
Tabel 5.13 Analisis Perbedaan Kemampuan Perawatan Diri Pada Klien Defisit Perawatan Diri menurut Status Perkawinan Di RSMM Bogor.....	89
Tabel 5.14 Analisis Perbedaan Kemampuan Perawatan Diri Pada Klien Defisit Perawatan Diri menurut pendidikan Di RSMM Bogor.....	90

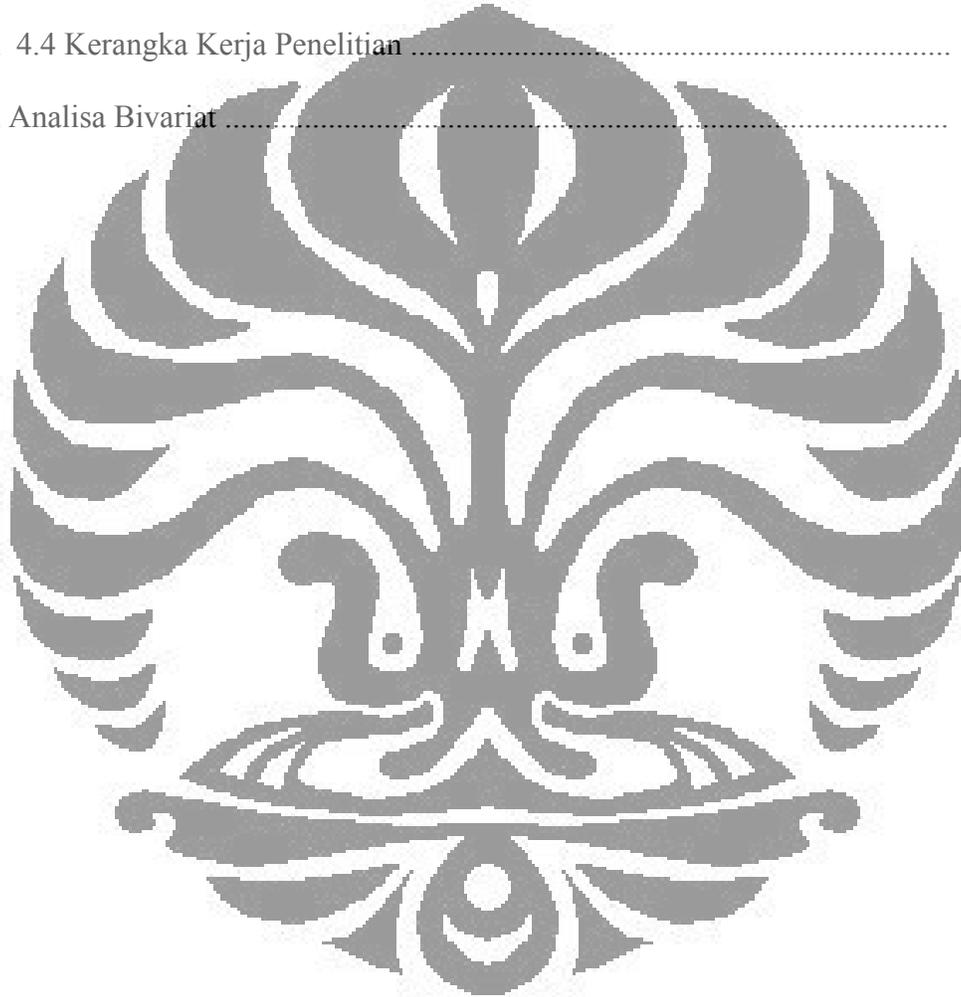
DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2. Lembar persetujuan responden
- Lampiran 3. Kisi-kisi Instrumen Penelitian
- Lampiran 4. Angket Data Demografi
- Lampiran 5. Lembar Observasi pasien
- Lampiran 6. Modul Terapi Token Ekonomi
- Lampiran 7. Riwayat Hidup Peneliti



DAFTAR BAGAN

	Hal
Bagan 3.1 Kerangka Teori Penelitian	44
Bagan 3.2 Kerangka Konsep Penelitian	46
Bagan 4.4 Kerangka Kerja Penelitian	58
Bagan Analisa Bivariat	66



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan menurut *World Health Organization* (WHO, 1985) merupakan suatu keadaan sejahtera fisik (jasmani), mental (rohani) dan sosial yang lengkap dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Kesehatan menurut undang-undang nomor 23 tahun 1992 adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara social dan ekonomi. Sesuai dengan definisi tersebut diatas kesehatan harus dilihat secara holistik meliputi aspek-aspek yang telah disebutkan diatas.

Sehat jiwa seringkali dikaitkan dengan keadaan (status) kesehatan yang berhubungan dengan kegembiraan, kenyamanan, merasa diterima, optimisme dan penuh harap (Bruckbauer & Ward, 1993 ; Lykken & Tellegen, 1996 dalam Stuart & Laraia, 2005).

Townsend (2003) mendefinisikan sehat jiwa sebagai sukses beradaptasi terhadap stressor dari lingkungan interna dan eksternal, berdasarkan fakta dan logika, perasaan dan perilaku yang cocok dan sama dengan norma dan budaya setempat. Sehat jiwa mengacu kepada perasaan nyaman terhadap diri, dapat menerima diri dan orang lain apa adanya, mampu mengendalikan emosi yang diungkapkan secara subjektif, dan terlihat dari perilaku sehari-hari. Hal ini dapat diambil suatu kesimpulan bahwa sehat jiwa merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari konsep sehat secara

menyeluruh serta orang yang sehat jiwa adalah orang yang mampu untuk berfungsi dengan tugas dan perannya dalam kehidupan sehari-hari serta dapat menerima dan diterima oleh lingkungannya.

Gangguan jiwa adalah penyakit yang menyebabkan gangguan pada proses pikir dan atau tingkah laku yang mengakibatkan ketidak mampuan seseorang untuk mengambil keputusan dalam kehidupan sehari-harinya. (Anonim, 2000). Sesuai dengan pengertian tersebut gangguan jiwa dapat berakibat kurang cepat mengambil keputusan sehari-hari.

Menurut Maslim (2003) gangguan jiwa adalah sindroma atau pola perilaku yang secara klinis cukup bermakna, dan secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) yang menimbulkan hendaya pada satu atau lebih fungsi yang penting dari kehidupan manusia. Gangguan jiwa juga dapat diartikan sebagai keyakinan individu terhadap faktor penyebabnya, yaitu faktor biologis (disfungsi anatomi dan fisiologi), faktor pembelajaran (pola perilaku maladaptif yang dipelajari), faktor kognitif (ketidaksesuaian atau defisit pengetahuan/kesadaran), faktor psikodinamika (konflik intrapsikis dan defisit perkembangan), faktor lingkungan (respons terhadap stressor dan penolakan lingkungan) (Stuart & Sundeen, 2005). Hal ini dapat disimpulkan bahwa gangguan jiwa dapat disebabkan beberapa factor dan berakibat ketidak berdayaan bagi yang mengalaminya.

Gangguan jiwa menurut *The American Psychiatric Association's* (Shives, 1998) adalah "gangguan psikologis atau manifestasi perilaku dan atau kerusakan fungsi sosial, psikologik, genetik, fisik atau gangguan biologik" Dapat disimpulkan bahwa seseorang yang dikatakan mengalami gangguan jiwa apabila dirinya tidak lagi mampu berfungsi secara wajar dan optimal dalam kehidupannya sehari-hari atau didalam lingkungan sekitarnya.

Survei tentang klien gangguan jiwa tercatat 44,6 per 1.000 penduduk di Indonesia menderita gangguan jiwa berat seperti skizofrenia. Angka rasio ini melebihi batas yang ditetapkan WHO, yang cuma 1-3 per mil penduduk. Padahal data tahun 1980-an klien skizofrenia di Indonesia hanya 1-2 tiap 1.000 penduduk.(Gatra,2001).. Dilaporkan 2% dari penduduk dunia mengalami gangguan jiwa dan 1% menderita skizofrenia (.Siswono,2006 & Anonim 2001,¶ 1, www. gizi.net.diperoleh tanggal 8 September 2007) Penjelasan tersebut memberikan gambaran, bahwa kasus gangguan jiwa dimanapun baik di dunia maupun di Indonesia cukup tinggi serta memerlukan penanganan yang segera dan komprehensif.

Berdasarkan data yang diperoleh SKMRT (1995) di 11 kota yang ada di Indonesia ditemukan bahwa 185 per 1000 penduduk rumah tangga dewasa menunjukkan gejala gangguan jiwa. Dengan proporsi jenis gangguan jiwa *Mental Addiction* 44 %, *Mental Capacity Deficit* 34 %, *Mental Dysfunction* 16,2%, *Mental Dysintegration* 5,8%. Menurut data statistik Direktorat Kesehatan Jiwa, pasien psikotik yang terbanyak

adalah dengan Skizofrenia yaitu 70% (Depkes RI, 2000). Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (Halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran melakukan aktifitas sehari-hari (Keliat,dkk,2006). Penjelasan ini dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan jumlah terbesar yang dialami oleh klien gangguan jiwa dengan memiliki banyak perilaku yang menurun pada klien tersebut.

Skizoprenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang berat. Menurut Lenzenweger dan Gottesman (1994, dalam Sinaga, 2007) skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang berat yang akan membebani masyarakat sepanjang hidup pasien, ditandai dengan disorganisasi, pikiran, perasaan, dan perilaku. Skizofrenia menurut PPDGJ- III (Maslim, 2001) adalah gabungan gejala positif dan negatif yang ditemukan secara bermakna selama satu bulan atau lebih. Hal ini dapat menjelaskan bahwa gangguan jiwa sangat membebani masyarakat dan membutuhkan perawatan yang cukup lama dari gejala tersebut timbul.

Secara tradisional skizofrenia dipandang sesuatu yang tidak dapat diobati (Stuart dan Sundeen, 2005) karena skizofrenia cenderung menjadi kronis (Hawari, 2007). Torrey (1995 dalam Carson, 2000) mengemukakan kemungkinan klien skizofrenia sembuh total 25%, menjadi lebih baik 25%, meningkat cukup baik 25%, tidak dapat sembuh 15%, dan meninggal karena perilaku atau kecelakaan 10 %. Hal ini dapat disimpulkan

bahwa klien yang mengalami skizofrenia masih mempunyai kesempatan hidup mandiri karena mereka dapat sembuh. Jadi mereka masih dapat diupayakan untuk sembuh dengan mengajarkan terapi yang dapat mengubah perilaku mereka.

Beberapa studi tentang masalah-masalah yang ditimbulkan klien gangguan jiwa pada keluarga yang paling sering muncul menurut Torrey (1988 dalam Setiadi, 2006) adalah ketidakmampuan merawat diri, ketidakmampuan menangani keuangan, *social withdrawal*, kebiasaan-kebiasaan pribadi yang aneh, ancaman bunuh diri/ gangguan pada kehidupan keluarga, misalnya dalam pekerjaan, sekolah, kegiatan sosial, dan ketakutan atas keselamatan. Sementara Holmberg dan Kane (1999, dalam Kane & Blank, 2004, NPACT : *Enhancing Programs of PACT for The Seriously Mentally*, ¶ 4, *Community Mental Health Journal*, Virginia, volume 40, No. 6, hal 551, Desember 2004), mengemukakan individu dengan skizofrenia akan mengalami gangguan sosial kronis dan penurunan perilaku dalam pemenuhan kesehatan/perawatan diri. Berdasarkan penjelasan diatas, bahwa rata-rata klien gangguan jiwa salah satunya mengalami ketidak mampuan dalam merawat dirinya (*defisit perawatan diri*).

Stuart & Laraia (2003 dalam Keliat, 2004) mengatakan perilaku yang sering muncul pada klien skizofrenia antara lain : motivasi kurang (81%), isolasi sosial (72%), perilaku makan dan tidur yang buruk (72%), sukar menyelesaikan tugas (72%), sukar mengatur keuangan (72%), penampilan yang tidak rapi/bersih (64%), lupa melakukan sesuatu (64%), kurang perhatian pada orang lain (56%), sering bertengkar

(47%), bicara pada diri sendiri (41%), dan tidak teratur makan obat (40%). Penjelasan ini dapat diartikan bahwa pada klien dengan skizofrenia mengalami penurunan motivasi yang tinggi (81%) dalam melakukan kebersihan diri dan penampilan.

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang yang mengalami gangguan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berganti pakaian, makan, dan toileting (Wilkinson, 2007). Jika seorang tidak dapat melakukan semua perawatan diri, situasi ini digambarkan sebagai defisit perawatan diri total. Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurangnya perawatan diri tampak dari ketidak mampuan merawat kebersihan diri : mandi, berhias, makan dan toileting. Menurut Nanda (2006) defisit perawatan diri sering kali disebabkan oleh intoleransi aktifitas, hambatan mobilitas fisik, nyeri, ansietas, gangguan kognitif atau persepsi. Defisit perawatan diri pada klien dengan gangguan jiwa dapat dilakukan tindakan keperawatan meliputi terapi generalis dan terapi spesialis salah satu terapi spesialis yang dapat digunakan pada klien gangguan jiwa dengan diagnosa defisit perawatan diri adalah *token ekonomi, social skill training, modeling, terapi tingkah laku kognitif, Contingensi contracting*.

Menurut Struat dan Laraia (2005) *token ekonomi* adalah bentuk dari *reinforcement* positif yang digunakan baik secara individu maupun kelompok pasien di ruang

psikiatri atau pasien anak-anak. *Reward* diberikan secara konsisten terhadap pasien misalnya dengan tanda, poin atau tiket. Apabila dapat mengubah perilaku yang ditargetkan, target perilaku dapat meliputi : tentang *personal hygiene*, menghadiri pertemuan atau mengekspresikan marahnya secara verbal dari pada melakukan perilaku kekerasan. *Token ekonomi* adalah bentuk dari modifikasi perilaku yang didisain untuk meningkatkan perilaku yang diharapkan dan menurunkan perilaku yang tidak diharapkan dengan menggunakan *token*. Individu menerima token sesudah melakukan perilaku yang diharapkan (W. Michigan Avenue,2007. <<http://www.wmich.edu/aba>>, diperoleh tanggal 25 Januari 2007). Kunci harapan utama dalam terapi kesehatan jiwa adalah menginginkan klien dapat berperilaku atau berperan sesuai dengan harapan sosial atau keadaan sosial. Pelaksanaan dalam *token ekonomi* meliputi mengidentifikasi kemampuan interpersonal yang positif dan perilaku *self care* klien yang akan dikuatkan, dan mendapatkan dispensasi berupa tanda pada klien apabila kemampuannya meningkat (McMonagle & Sultana,2004). Apabila klien mengerjakan perilaku yang diinginkan akan mendapatkan tanda, sebaliknya jika tidak mengerjakan apa yang dilatih akan kehilangan tanda, (Wanda K Mohr,2005).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien yang diberikan *token ekonomi* dapat menurunkan agresifitas dibandingkan yang dengan setting tradisional. Strategi ini juga berguna pada pasien dengan defisit perawatan diri. LePage (1999, dalam Struat dan Laraia,2005). *Token economy* berhasil digunakan dalam berbagai lingkungan lembaga yakni rumah sakit jiwa, sekolah latihan untuk anak-anak delinkuen, ruangan-ruangan

kelas untuk para siswa yang mengalami masalah-masalah emosional, sekolah-sekolah untuk cacat mental. Bukti untuk mendukung efektivitas *token ekonomi* adalah lebih banyak dibandingkan hampir semua tehnik behavior lainnya (Kazdin,1977, dalam Yustinus Semium, 2007)

Berdasarkan data survey yang diperoleh dari Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor, kasus terbanyak yang dirawat bulan Januari- Desember 2007 adalah dengan diagnosa medis Skizoprenia Paranoid yaitu \pm 95 %. Berdasarkan data survey yang diperoleh dari mahasiswa S2 (Laporan Residensi 3), yang melakukan praktek di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor bulan Februari 2008, masalah keperawatan defisit perawatan diri pada ruang perawatan kelas 3 merupakan masalah yang berada pada urutan ke 2 dengan persentase 80% dari jumlah klien pada bulan Februari 2008 = 460 orang. Penerapan terapi keperawatan pada masalah defisit perawatan diri ini masih bersifat generalis yaitu hanya menganjurkan untuk merawat diri tanpa ada *reward* yang ditujukan pada individu dan kelompok. Berdasarkan informasi dari kepala ruangan dan juga ketua tim di ruang rawat inap psikiatri, tindakan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri sudah dilakukan namun belum ada penelitian khusus tentang efektifitas tindakan keperawatan yang diberikan.

Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor belum pernah menerapkan terapi keperawatan lain termasuk *token ekonomi* bagi klien dengan defisit perawatan diri. Untuk itu peneliti akan menerapkan terapi perilaku *token ekonomi* pada klien defisit perawatan

diri yang dirawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor merupakan rumah sakit tertua di Indonesia, merupakan rumah sakit rujukan, memiliki kasus yang bervariasi dan cukup banyak, serta sangat terbuka akan pembaharuan. Aplikasi dalam jangka panjang memungkinkan serta merupakan tempat praktik mahasiswa keperawatan yang akan menjadi model pembelajaran.

B. Perumusan Masalah

Klien yang dirawat di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor rawat inap bagian jiwa mengalami defisit perawatan diri sebesar 80 %. Asuhan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri belum optimal dilakukan sehingga kemampuan klien untuk merawat diri masih perlu ditingkatkan. Dalam rangka meningkatkan mutu asuhan keperawatan, maka akan dilakukan pemberdayaan klien melalui peningkatan kemampuan merawat diri. Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka dapat disimpulkan beberapa masalah penelitian yaitu :

1. Terdapat 80% klien gangguan jiwa yang mengalami defisit perawatan diri di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.
2. Belum diterapkannya terapi *token ekonomi* terhadap klien dengan defisit perawatan diri.
3. Diketahui hubungan karakteristik klien dengan kemampuan merawat diri

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka pertanyaan penelitiannya adalah:
”Apakah terapi token ekonomi dapat mempengaruhi perilaku pasien untuk merawat diri.”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh terapi *token ekonomi* terhadap kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri.

2. Tujuan Khusus

Melalui kegiatan penelitian dapat :

- a. Diketahui peningkatan kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri sebelum dan setelah mendapatkan terapi *token ekonomi* di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor
- b. Diketahui perbedaan kemampuan merawat diri antara klien yang mendapatkan terapi *token ekonomi* dengan klien yang tidak mendapatkan terapi di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi berbagai pihak yang terlibat dalam pengembangan pelayanan keperawatan khususnya keperawatan jiwa. Manfaat penelitian ini meliputi :

1. Manfaat Aplikatif

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai :

- a. Pedoman pelaksanaan terapi perilaku : *token ekonomi* dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah defisit perawatan diri bagi semua perawat di rumah sakit jiwa.
 - b. Sebagai salah satu peningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya klien dengan defisit perawatan diri.
 - c. Sebagai dasar dalam praktek mandiri perawat spesialis keperawatan jiwa
2. Manfaat Keilmuan
- a. Mengembangkan teknik terapi perilaku dengan menerapkan terapi *token ekonomi* bagi masalah keperawatan defisit perawatan diri.
 - b. Hasil penelitian terapi token ekonomi pada klien defisit perawatan diri dapat dijadikan sebagai dasar praktek keperawatan serta sebagai bahan pembelajaran dalam pendidikan keperawatan.
 - c. Hasil penelitian penerapan terapi token ekonomi dapat menambah terapi dalam keperawatan jiwa.
3. Manfaat Metodologis
- a. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan bagi penelitian lain dalam keperawatan jiwa khususnya pada terapi *token ekonomi*.
 - b. Hasil penelitian ini diharapkan dapat mendorong dan membantu dilaksanakan penelitian-penelitian lain dalam merubah perilaku positif dengan menggunakan terapi *token ekonomi*.

BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Dalam BAB ini akan diuraikan tentang kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberi arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data.

A. Kerangka Teori

Kerangka teori ini merupakan landasan penelitian. Kerangka teori ini disusun berdasarkan informasi, konsep dan teori yang telah dikemukakan pada BAB II. Kerangka teori tersebut terdiri dari faktor predisposisi yaitu biologis, psikologis dan sosialkultural (Stuart & Laraia, 2005) yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan jiwa dengan defisit perawatan diri.

Faktor biologis yang dapat menimbulkan masalah gangguan jiwa dan sangat berhubungan dengan klien defisit perawatan diri adalah karena kerusakan patologis dan kerusakan neurotransmitter. Faktor psikologis yang mempengaruhi klien defisit perawatan diri mengabaikan gambaran diri, intelektual, dan kepribadian. Faktor sosial budaya yang menimbulkan masalah gangguan jiwa dan sangat berhubungan dengan defisit perawatan diri adalah kemiskinan, merubah pola hidup dan interaksi kurang dalam keluarga. Faktor Presipitasi klien dengan gangguan jiwa dan berhubungan erat dengan klien defisit perawatan diri adalah banyak stresor yang dihadapi seseorang, tuntutan dari lingkungan dan stigma dimasyarakat.

Dengan adanya faktor tersebut diatas maka klien dengan defisit perawatan diri dipengaruhi oleh

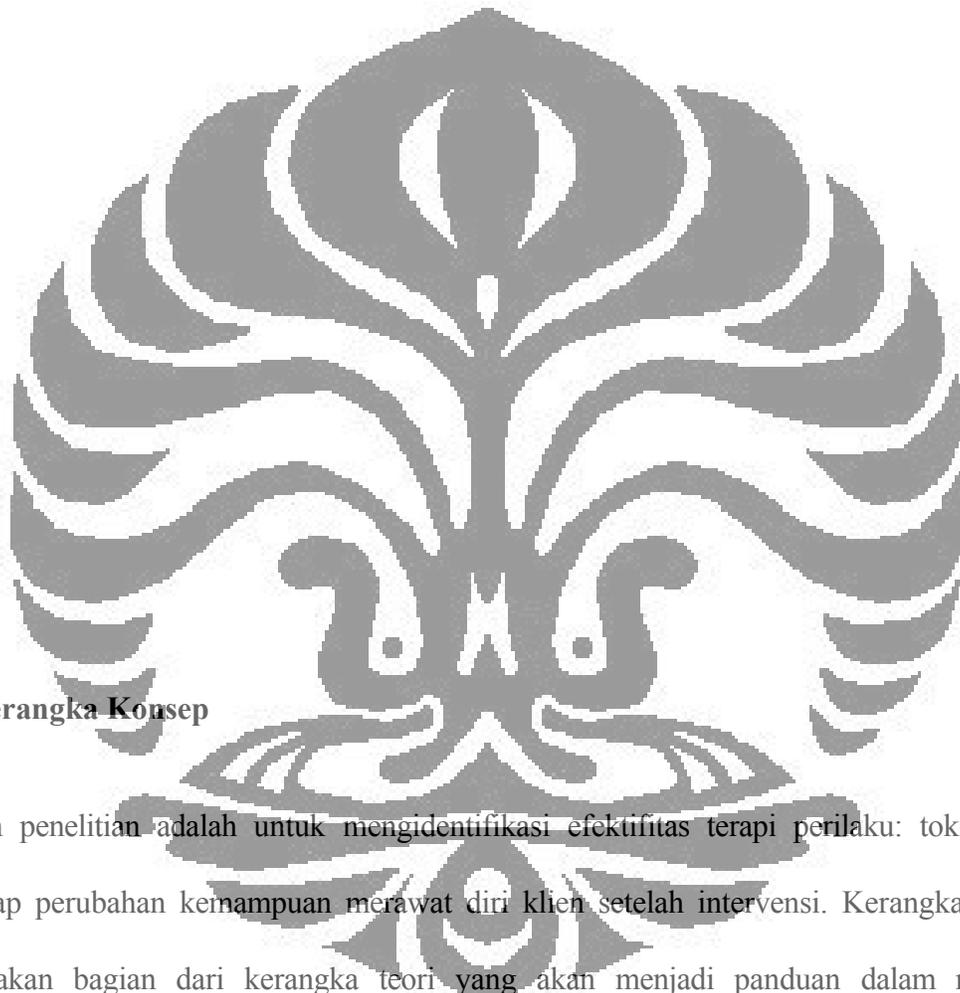
beberapa faktor diantaranya : (1) Citra tubuh, (2) Tahapan perkembangan, (3) Status sosial ekonomi, (4) Pengetahuan, (5) Kultur/budaya, (6) Motivasi, (7) Kondisi fisik.

Tindakan keperawatan pada klien dengan defisit perawatan diri dapat berupa terapi-terapi perilaku, salah satu terapi spesialis yang digunakan pada klien dengan defisit perawatan diri adalah terapi perilaku : token ekonomi. Tindakan keperawatan berupa token ekonomi ditujukan pada klien yaitu dapat mengubah pengetahuan yang tidak tahu menjadi tahu dan dapat merubah atau mencegah perilaku yang maladaptif menjadi adaptif. Tujuan setelah dilakukan terapi ini klien dapat merubah perilakunya.

Gambaran kerangka teori penelitian yang akan dilakukan berdasarkan pada teori-teori yang sudah dijelaskan sebelumnya, dapat dilihat pada skema 3.1:



Bagan 3.1 : Kerangka Teori Penelitian



B. Kerangka Konsep

Tujuan penelitian adalah untuk mengidentifikasi efektifitas terapi perilaku: token ekonomi terhadap perubahan kemampuan merawat diri klien setelah intervensi. Kerangka konsep ini merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian ini. Dimana dalam penelitian ini terapi : token ekonomi merupakan tindakan perawatan yang akan menjadi intervensi pada penelitian ini. Proses terapi : token ekonomi yang diterapkan pada klien defisit perawatan diri akan menghasilkan kemampuan dalam merawat diri. Level individu (pasien) memiliki 7 karakteristik yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan,

status perkawinan, lama sakit dan frekuensi dirawat.

Berdasarkan kajian secara teori yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka, maka dapat disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut:

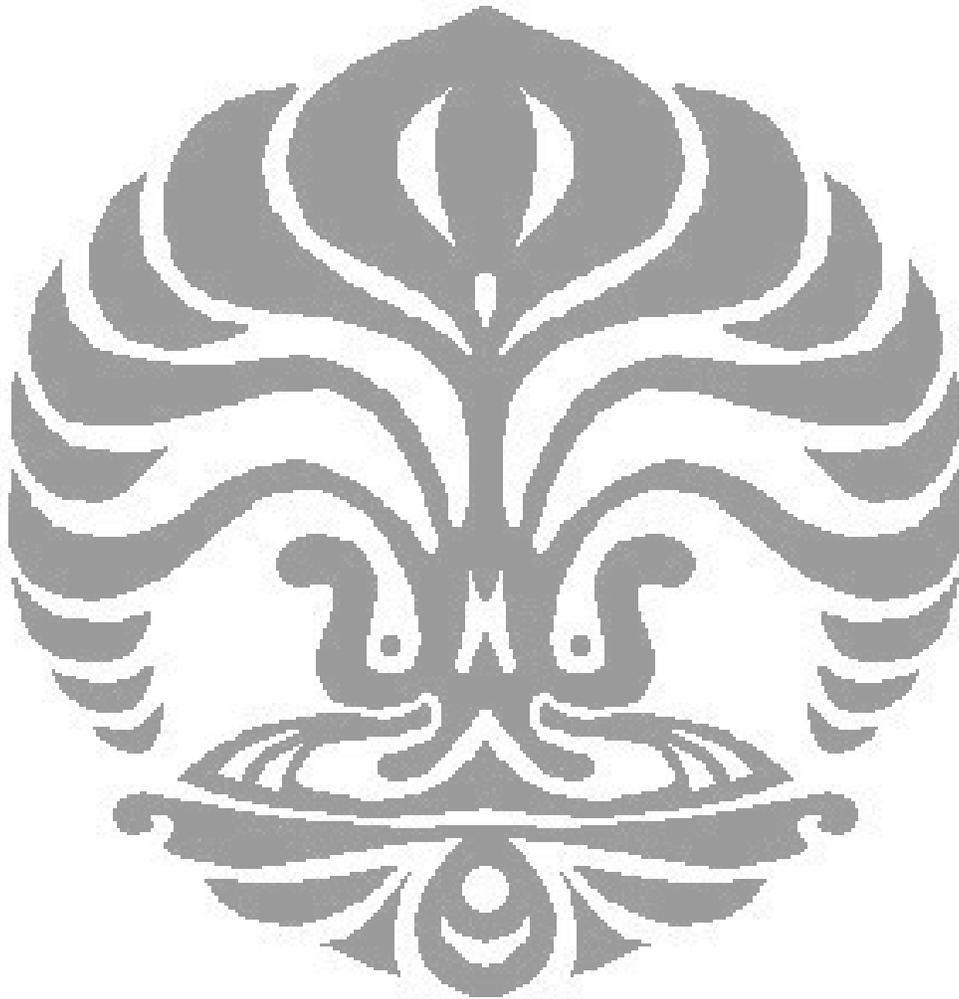
Variabel independen (bebas) dalam penelitian ini terdiri dari terapi perilaku : token ekonomi, yang digunakan sebagai intervensi kepada klien yang mengalami defisit perawatan diri..

Variabel dependen (terikat) pada penelitian ini adalah kemampuan klien dalam perawatan diri.

Keterkaitan kedua variabel tersebut dapat dilihat pada skema 3.2 :



Bagan 3.2 : Kerangka Konsep Penelitian



C. Hipotesis Peneliti

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

- a. Ada perbedaan peningkatan kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri

yang mendapatkan terapi token ekonomi di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor

b. Ada perbedaan peningkatan kemampuan merawat diri antara klien yang mendapatkan terapi token ekonomi dengan klien yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

c. Ada hubungan karakteristik klien terhadap kemampuan dalam merawat diri pada kelompok klien yang mendapatkan terapi token ekonomi dengan klien yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi di rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian dapat diuraikan seperti pada skema

3.1 :

Tabel 3.1
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
A	Variabel Counfounding				
1.	Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir saat di observasi	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia pasien	Usia dalam tahun	Interval
2.	Jenis Kelamin	Merupakan perbedaan dari jenis kelamin klien	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin klien	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Pendidikan Terakhir	Pendidikan yang ditempuh secara formal	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan	1. SD 2. SMP 3. SMU 4. Perguruan Tinggi	Ordinal
4.	Pekerjaan	Kegiatan klien yang dapat menghasilkan uang	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan klien	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal

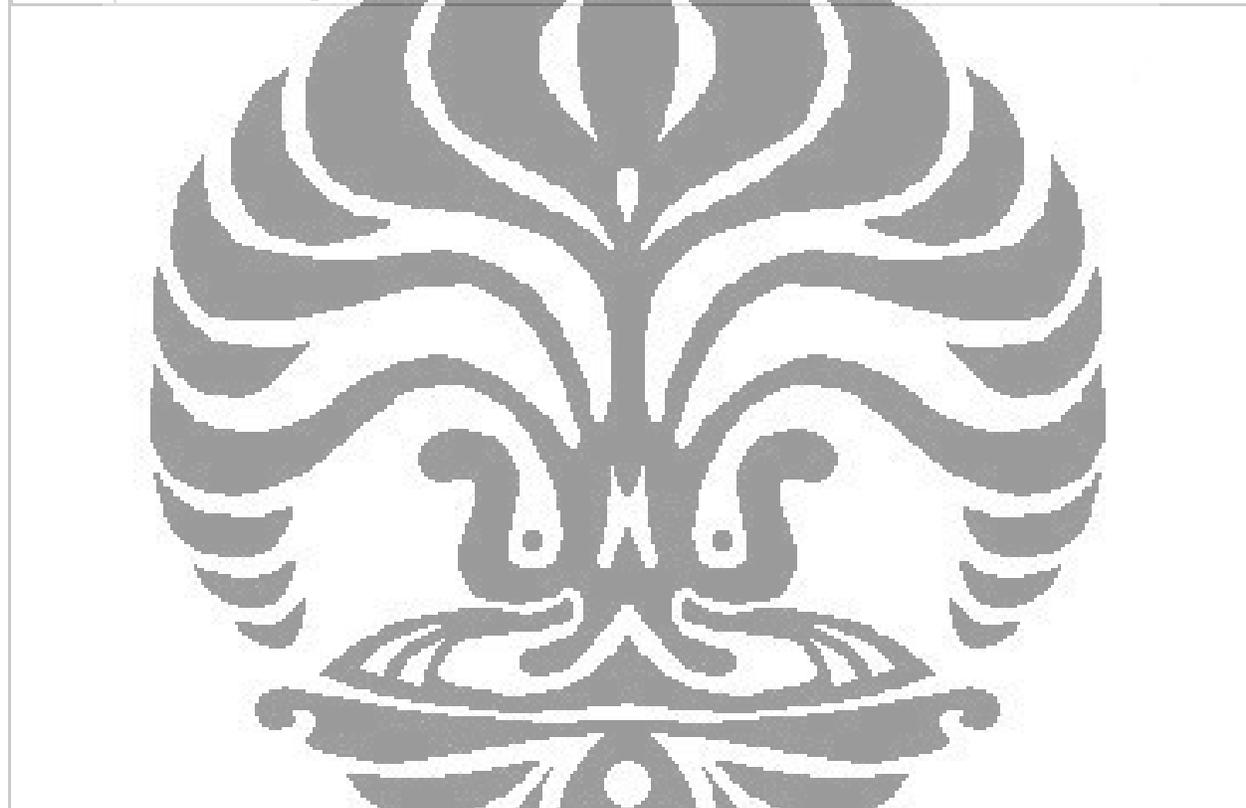
5.	Status Perkawinan	Status pernikahan secara resmi	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan klien	1. Kawin 2. Janda/duda 3. Tidak kawin	Nominal
6.	Frekuensi dirawat	Berapa kali klien dirawat di RS	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang berapa kali klien di rawat di RS	Frekuensi dirawat dalam hitungan	Interval
7.	Lama Sakit	Lama pasien sakit jiwa	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama klien sakit jiwa	Lama sakit dalam tahun	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
B	Variabel <i>Dependen</i>				
	Defisit Perawatan Diri	Kemampuan pasien untuk mandi, berpakaian/berhias, makan, toileting.	Menggunakan lembar observasi dengan jumlah keseluruhan terdiri dari 31 item terdiri dari :	Skore keseluruhan dari item observasi sebesar 1-31	Interval
8.	Mandi	Kemampuan pasien membersihkan badan.	Menggunakan lembar observasi yang terdiri dari 12 item keterampilan gosok gigi, mandi, keramas.	Skore dari item observasi terhadap kemampuan mandi masing-masing sebesar 1- 13	Interval
9.	Berpakaian/berhias	Kemampuan pasien berpakaian dan berhias	Menggunakan lembar observasi yang terdiri dari 4 item keterampilan pasien meliputi berpakaian, berhias	Skore dari item observasi terhadap kemampuan berpakaian/berhias sebesar 1- 4	Interval
10.	Makan	Kemampuan melakukan aktivitas makan	Menggunakan lembar observasi yang terdiri dari 8 item keterampilan pasien meliputi makan	Skore dari item observasi terhadap kemampuan mandi sebesar 1- 8	Interval

11.	Toileting	K e m a m p u a n m e l a k u k a n kegiatan eliminasi	Menggunakan lembar observasi yang terdiri dari 6 item keterampilan pasien tentang kemampuan BAK dan BAB	Skore dari item observasi terhadap kemampuan toileting sebesar 1- 6	Interval
-----	-----------	--	---	--	----------

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
----	----------	----------------------	----------------------------	------------	---------------

C	<i>Variabel Independen</i>				
---	----------------------------	--	--	--	--



12.	Token Ekonomi	<p>Kegiatan terapi yang dilakukan dengan membantu klien meningkatkan kemampuan merawat diri : mandi, berpakaian/berhias, makan dan toileting . Terdiri dari 4 sesi :</p> <p>Sesi 1 Mengadakan kontrak melatih kemampuan klien merawat diri : mandi dan berpakaian/hias</p> <p>Sesi 2 Melatih kemampuan klien merawat diri : makan</p> <p>Sesi 3 Melatih kemampuan klien merawat diri : toileting (BAB dan BAK)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengungkapkan manfaat dan hasil dari latihan setiap sesi serta merencanakan tindak lanjut. 	Buku Rapot pasien (<i>Checklist</i>)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan terapi token ekonomi 2. Tidak dilakukan terapi token ekonomi 	
-----	------------------	---	--	--	--

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain/ rancangan penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian (Burn & Grove, 1991; Notoatmojo, 2005).

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah "*Quasi experimental pre-post test with kontrol group*" dengan intervensi terapi perilaku: Token ekonomi. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa terapi perilaku: Token ekonomi dan penelitian juga membandingkan dua kelompok klien defisit perawatan diri yang ada di RSMM Bogor yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismail (2002) bahwa pada penelitian eksperimen peneliti melakukan alokasi subyek diberikan perlakuan, dan mengukur hasil (efek) intervensi..

Tabel 4.1
Rancangan Penelitian

Kelompok	Pre Tes	X	Post test
Intervensi	O1		O2
Kontrol	O3		O4

Keterangan:

- X : Intervensi terapi token ekonomi
- 01 : Kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri kelompok intervensi sebelum mendapat perlakuan terapi token ekonomi
- 02 : kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri kelompok intervensi sesudah mendapat perlakuan terapi token ekonomi
- 03 : kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi token ekonomi
- 04 : kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi token ekonomi
- 02-01 : Peningkatan kemampuan merawat diri setelah dilakukan terapi token ekonomi pada kelompok intervensi
- 04-03 : Peningkatan kemampuan merawat diri pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi token ekonomi.
- 02-04 ; adanya perbedaan peningkatan kemampuan merawat diri antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi setelah mendapatkan terapi token ekonomi

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah sejumlah besar subjek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2002) dan menurut Arikunto (2000 dalam Notoatmodjo,

2005) populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang akan diteliti. Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh klien yang mengalami defisit perawatan diri yang dirawat di RSMM Bogor

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2005; Supriyanto, 2007). Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah sampel random sample yaitu pengambilan sampel sedemikian rupa sehingga setiap unit dasar (individu) mempunyai kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sampel (Polit & Hungler, 2006). Sampel penelitian ini adalah klien yang mengalami defisit perawatan diri dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Usia 18 – 65 tahun
- b. Lama hari rawat : minimal 1 bulan
- c. Bersedia jadi responden
- d. Klien yang mengalami defisit perawatan diri : mandi, berpakaian/berhias, makan, dan toileting.

Besar sampel dalam penelitian ditentukan berdasarkan perkiraan jumlah populasi dan dihitung berdasar rumus besar sampel sebagai berikut (Lemeshow, et al., 1990):

Keterangan:

n : besar sampel

N : besar populasi = 286

$Z^{2}_{1-\alpha/2}$: harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian ($\alpha = 0,1 = 1,65$).

P : estimator proporsi populasi 50%

d : toleransi deviasi yang dipilih yaitu sebesar 10%

$$n = \frac{1,65^2 \times 0,5 (1-0,5) 286}{0,1^2 (286-1) + 1,65^2 \times 0,5 (1-0,5)}$$

$$n = \frac{2,7225 \times 0,25 \times 286}{(0,01 \times 285) + (2,7225 \times 0,25)}$$

$$n = \frac{194,65875}{3,530625}$$

$$n = 55,13 = 55$$

Berdasar rumus tersebut, maka besar sampel dalam penelitian ini adalah 55 responden untuk kelompok intervensi dan 55 responden untuk kelompok kontrol. Total jumlah responden adalah 110.

3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Djarwanto, 2001). Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purpossive sampling*.

Sampel dalam penelitian adalah pasien yang dirawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor. Ruang rawat inap dalam penelitian ini terdiri dari 4 ruangan yaitu 2 Ruang Pria (Yudistira dan Nakula) dan 2 ruang wanita (Arimbi dan Utari) yang diambil secara *purpossive sampling*.

Klien yang akan dijadikan responden tiap ruangan dibuat daftar dan dipilih sejumlah sampel yang diambil secara *simple random sampling* (acak sederhana) sampai sejumlah yang ditentukan. Kelompok intervensi dan kontrol dipilih sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditentukan, dengan besar sampel sebanyak 110 klien, sehingga ruangan kelompok intervensi (Nakula dan Arimbi) terdiri dari 55 orang, dan ruangan kelompok kontrol (Yudistira dan Utari) terdiri dari 55 orang.

Tabel 4.2
Rancangan Pengambilan Sampel

Kelompok	Ruangan			
	Nakula	Yudistira	Arimbi	Utari
Intervensi	33 Orang	-	22 Orang	-

Kontrol	-	28 Orang	-	27 Orang
---------	---	----------	---	----------

C. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor (ruangan Nakula, Yudistira, Arimbi dan Utari) yang merupakan salah satu rumah sakit jiwa terbesar dan tertua di Indonesia. Rumah sakit ini sangat maju dalam pelayanan dan mau menerima inovasi baru serta mudah dicapai dari kampus Universitas Indonesia. Dalam menjaga privasi klien selama melakukan interaksi dan pemantauan belum ada ruangan khusus yang dapat digunakan. Sehingga selama penelitian peneliti mencoba mengatur tempat interaksi secara maksimal yang dapat membuat klien merasa cukup nyaman serta dalam melakukan observasi pada klien peneliti akan dibantu oleh perawat ruangan yang berdinam secara bergiliran pada ruang tersebut.

D. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari sampai dengan Juli 2008, yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian. Untuk melakukan intervensi dan pengambilan data yang direncanakan selama 5 minggu mulai minggu 2 bulan Mei sampai minggu ke 2 bulan Juni 2008. Adapun alasan pemilihan waktu karena terapi token ekonomi dilakukan dalam 4 sesi, selama 3 hari. Jadi jumlah waktu yang diperlukan 5 minggu untuk *pre tes*, intervensi, dan *post test*. Kemunduran pelaksanaan penelitian ini disebabkan karena peneliti berusaha membenahi pedoman yang digunakan untuk melaksanakan

terapi token ekonomi yang peneliti susun sendiri semaksimal mungkin, sampai betul-betul layak digunakan pada klien yang ditandai dengan bukti pengesahan oleh pakar keperawatan jiwa.

E. Etika Penelitian

Salah satu bentuk tanggung jawab mendasar bagi peneliti sebelum melakukan penelitian adalah diperlukan surat ijin penelitian. (Brockopp dan Tolsma,2000). Sebelum melakukan penelitian, peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian pada Direktur Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor. Setelah mendapat persetujuan peneliti mengkoordinasikan pelaksanaan intervensi dengan bidang perawatan, bidang diklat, dan kepala ruangan rawat inap.

Sebelum penelitian dilakukan, semua responden yang menjadi subyek penelitian telah diberi informasi tentang rencana dan tujuan penelitian melalui pertemuan resmi dan tertulis. Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* (lampiran 1) atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Responden adalah klien gangguan jiwa, sehingga *informed consent* di tanda tangani oleh seluruh klien yaitu sebanyak 64 orang,. Klien yang tidak bisa tanda tangan *informed consent* maka

ditandatangani oleh kepala ruangan (untuk 46 orang klien).

Etika penelitian terhadap subyek penelitian ini meliputi hak klien dihormati jika timbul respon negatif, privasi dihormati, anonimitas dipertahankan sedangkan terhadap data akan dijaga kerahasiaannya, akses hanya pada peneliti dan jika data tersebut sudah selesai digunakan maka data akan dimusnahkan. Jika hasil penelitian dapat menjawab hipotesa yang telah ditetapkan, yaitu kemampuan klien dalam merawat diri setelah mendapatkan terapi token ekonomi lebih tinggi secara bermakna dari pada tidak mendapatkan terapi token ekonomi, maka responden sebagai kelompok kontrol berhak mendapatkan perlakuan yang sama dengan responden kelompok intervensi.

F. Alat Pengumpul Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar pertanyaan dan observasi sebagai berikut:

1. Data Demografi Responden

Data demografi responden yang diperlukan dalam penelitian adalah beberapa hal yang berhubungan dengan responden yang berpengaruh terhadap defisit perawatan diri. Pengambilan menggunakan lembar pertanyaan A yang terdiri dari 8 pertanyaan tentang data demografi yang meliputi jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir pasien, pekerjaan, status perkawinan, berapa kali dirawat di rumah sakit, lama sakit.

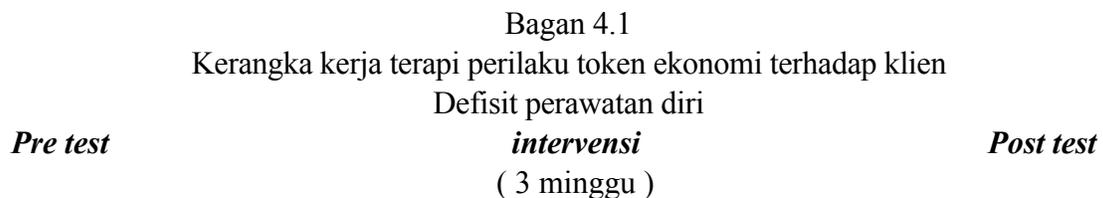
2. Pengukuran Kemampuan Klien Dalam Merawat Diri

Pengukuran kemampuan perawatan diri dilakukan dengan menggunakan lembar

observasi yang meliputi kegiatan perawatan diri, yaitu mandi terdiri dari 13 item pengamatan, berpakaian/berhias 4 item pengamatan, makan 8 item pengamatan, dan toileting (BAB dan BAK) 6 item pengamatan. Tiap item pengamatan disediakan 2 pilihan jawaban yaitu ya dan tidak. Jawaban ya jika klien melakukan tindakan dan tidak jika klien tidak melakukan tindakan tersebut. Peneliti memberi tanda (√) pada kolom yang sesuai tindakan klien. (Lampiran 5)

G. Prosedur Pengumpulan Data

Proses penelitian diawali dengan permohonan ijin ke Direktur Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor. Setelah mendapat ijin, peneliti melakukan koordinasi dengan kepala pendidikan dan penelitian, kepala bidang keperawatan, dan kepala ruang untuk membentuk tim peneliti/ observer yang terdiri dari 2 orang untuk setiap ruangan yang akan digunakan sebagai kelompok intervensi dan kontrol. Peneliti selanjutnya melaksanakan pengambilan data pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dibawah bagan kerangka kerja terapi perilaku token ekonomi pada klien dengan defisit perawatan diri.





1. **Kelompok Intervensi**

Prosedur pengumpulan data pada kelompok intervensi adalah sebagai berikut:

a. **Tahap Persiapan**

Pada tahap ini peneliti membentuk tim observasi terapi perilaku token ekonomi untuk ruangan kelompok kontrol dan kelompok intervensi yang melibatkan kepala ruang Nakula, ruang Arimbi, ruang Yudistira dan ruang Utari. Tim observasi adalah perawat yang bekerja di ruang tersebut dan memiliki kemampuan dan kemauan untuk melaksanakan observasi terapi perilaku token ekonomi. Masing-masing ruangan dibutuhkan 2 orang perawat yang ditunjuk oleh kepala ruang dan melakukan observasi pada pagi dan sore hari. Tim ini selanjutnya dilatih untuk menyamakan persepsi dan langkah dalam melakukan observasi terapi perilaku token ekonomi kepada pasien.

Selesai dilatih, perawat melakukan observasi perilaku perawatan diri terhadap 10 orang klien. Hasil observasi dari masing-masing perawat dilakukan uji interater Kappa untuk menentukan apakah perawat tersebut telah memiliki persepsi yang sama dengan peneliti dalam melakukan observasi terapi perilaku token ekonomi. Hasil uji interater Kappa untuk perawat di ruang intervensi menunjukkan hasil p value $(0,000 - 0,002) < \alpha$ (berarti hasil uji kappa signifikan/ bermakna, sehingga kesimpulannya tidak ada perbedaan persepsi mengenai aspek yang diobservasi antara peneliti dengan observer.

b. Tahap Pre Tes

Tahap pretes dimulai minggu pertama pada tanggal 12 dan 15 Mei 2008. Pada tahap ini perawat melakukan observasi perilaku perawatan diri klien untuk mengetahui kemampuan awal pasien dalam merawat diri sebelum dilakukan terapi token ekonomi dengan menggunakan lembar observasi.

c. Tahap Intervensi

Klien diberikan terapi perilaku token ekonomi yang terdiri dari 4 sesi, pada pelaksanaannya terapi ini dapat dilakukan sebanyak 3 sesi yaitu :

Sesi 1:	Mengadakan kontrak melatih kemampuan klien merawat diri: mandi dan berpakaian/berhias
Sesi 2:	Melatih kemampuan klien merawat diri : makan
Sesi 3:	Melatih kemampuan klien merawat diri :Toileting (BAB dan BAK)
	Mengungkapkan manfaat dan hasil dari latihan setiap sesi serta merencanakan tindak lanjut.

Terapi token ekonomi dilaksanakan selama 3 minggu dengan memberikan tanda jika klien melaksanakan perilaku perawatan diri, dan mengurangi tanda tersebut jika klien tidak melaksanakan perilaku perawatan diri.

Waktu pelaksanaan terapi token ekonomi untuk interaksi dengan masing-masing klien sudah ditentukan jadwalnya.. Intervensi dilakukan sebanyak 3 sesi selama 3 hari dan dilakukan observasi selama 3 minggu. Setelah dilakukan intervensi sesi pertama klien sudah mempraktekkan kemampuan merawat dirinya dan langsung dilakukan observasi pada hari keduanya. Sesi kedua dilakukan hari ke dua dan hari ke tiga langsung dilakukan observasi untuk kemampuan sesi satu dan sesi dua. Sesi tiga ketiga dilakukan hari ke tiga dan hari keempatnya dilakukan observasi untuk semua sesi selama 3 minggu. Setiap satu minggu token ekonomi yang diperoleh di hitung dan di jumlahkan untuk menukarkan kupon dengan hadiah barang sesuai dengan daftar yang tersedia. Terapi ini dilakukan setiap hari kerja mulai dari jam 08.00 wib sampai dengan 16.00 wib. Pelaksanaan terapi yang lengkapnya dapat dilihat pada lampiran modul token

ekonomi.

d. Tahap post test

Pelaksanaan post tes dilakukan pada tanggal 9 – 11 Juni 2008. Tahap ini perawat melakukan pengamatan perilaku kemampuan perawatan diri klien dengan menggunakan lembar observasi setelah klien diberikan terapi perilaku token ekonomi.

2. Kelompok Kontrol

a. Pre Tes

Tahap pretes dimulai minggu pertama pada tanggal 12 dan 15 Mei 2008. Pada tahap ini perawat melakukan observasi perilaku kemampuan perawatan diri klien untuk mengetahui kemampuan awal pasien dalam merawat diri dengan menggunakan lembar observasi.

b. Pos tes

Pelaksanaan post tes dilakukan minggu ke lima pada tanggal 9 – 11 Juni 2008.

Tahap ini perawat melakukan pengamatan perilaku kemampuan perawatan diri klien dengan menggunakan lembar observasi dimana kelompok klien ini tidak diberikan terapi perilaku token ekonomi. Kemudian dibandingkan antara kelompok intervensi dan kontrol berdasarkan nilai *pre* dan *post test*.

H. Analisis Data

1. Pegolahan Data

Data yang telah dikumpulkan diolah dengan menggunakan tahapan sebagai berikut:

(Djarwanto, 2001 & Hastono, 2007)

a. *Editing*

Dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian, kesalahan atau ada jawaban yang belum diisi, kejelasan dan kesesuaian jawaban responden dari setiap pertanyaan yang diajukan.

b. *Coding*

Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan yang dilakukan, setelah di edit data kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kontrol. Seluruh variabel yang ada diberi kode dan untuk kelompok umur, pendidikan dan pekerjaan dilakukan pengkategorian data.

c. *Entry Data*

Merupakan kegiatan memproses data untuk keperluan analisa. Kegiatan memproses data dilakukan dengan memasukkan data dari wawancara dan observasi dalam bentuk kode ke program computer . Kemudian data yang sudah ada diproses dengan paket program komputer

d. *Cleaning Data*

Suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisa data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat kita memasukkan data kekomputer. Setelah data didapat dilakukan pengecekan lagi apakah data ada salah atau tidak. Pengelompokan data yang salah diperbaiki hingga tidak ditemukan kembali data yang tidak sesuai, sehingga data siap dianalisis.

2. Analisa Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan terhadap tiap-tiap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi dan proporsi untuk data kategorik dan mean, median, modus, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta confident interval (CI 95%), untuk data numerik (Djarwanto, 2001 & Supriyanto, 2007). Analisa univariat dilakukan untuk mengetahui karakteristik klien dan kemampuan perawatan diri klien.

Karakteristik klien yang dilakukan analisis dibagi dalam dua kelompok. Kelompok data numerik terdiri dari variabel usia, lama dirawat, dan frekuensi dirawat menggunakan analisis yaitu mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta confident interval (CI 95%). Data katagorik variabel jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan menggunakan distribusi

frekuensi dan proporsi.

Analisa univariat untuk kemampuan perawatan diri klien menggunakan analisis yaitu mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta confident interval (CI 95%).

b. Analisa Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistika yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi/ sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian. Sebelum analisis bivariat dilaksanakan maka dilakukan terlebih dahulu uji kesetaraan untuk mengidentifikasi varian variabel antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk mengidentifikasi kesetaraan karakteristik klien, kemampuan dalam melakukan perawatan diri antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum intervensi.

Kesetaraan karakteristik klien yaitu variabel usia, frekuensi perawatan dan lama sakit di gunakan uji *independen sample t-tes*. Kesetaraan karakteristik klien meliputi variabel jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan dilakukan uji *Chi-Square*. Kesetaraan kemampuan klien dalam perawatan diri digunakan uji *independen sample t-tes*.

Tahap selanjutnya melakukan analisis perbedaan kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah penelitian menggunakan uji *independen sample t-tes*. Guna melihat perbedaan kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol dianalisis menggunakan uji *dependen t-tes*.

Peneliti juga menganalisis hubungan variabel *counfounding* karakteristik klien (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit dan frekuensi dirawat). Hubungan karakteristik klien menurut usia, frekuensi dirawat dan lama rawat terhadap kemampuan merawat diri setelah dilakukan intervensi dianalisis menggunakan uji korelasi regresi sederhana. Karakteristik klien menurut jenis kelamin dan pekerjaan menggunakan uji *independen sample t-tes*. Karakteristik pendidikan dan status perkawinan menggunakan uji *Annova*. Hubungan karakteristik klien defisit perawatan diri terhadap kemampuan merawat diri sesudah intervensi dilakukan pada kedua kelompok. Untuk lebih mudah melihat cara analisis yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.3.

Bagan 4.3.
Analisis Bivariat Variabel penelitian

A. Analisis Uji Kesetaraan Karakteristik Responden

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1	Usia klien	Usia klien	<i>Independent Sample t-tes (uji kesetaraan)</i>
2	Frekuensi perawatan	Frekuensi perawatan	<i>Independent Sample t-tes</i>
3	Lama sakit	Lama sakit	<i>Independent Sample t-tes</i>
4	Jenis Kelamin	Jenis Kelamin	<i>Uji chi square</i>
5	Pendidikan	Pendidikan	<i>Uji chi square</i>
6	Pekerjaan	Pekerjaan	<i>Uji chi square</i>
7	Status Perkawinan	Status Perkawinan	<i>Uji chi square</i>

B. Perbedaan Kemampuan Merawat Diri Klien Defisit Perawatan Diri sebelum dan sesudah intervensi

No	Variabel kemampuan Merawat Diri	Variabel kemampuan Merawat Diri	Cara Analisis
1	Kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri kelompok intervensi sebelum penelitian (Data Interval)	Kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri kelompok kontrol sebelum penelitian (Data Interval)	<i>Independent Sample t-tes</i>
2	Kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri kelompok intervensi sebelum penelitian (Data Interval)	Kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri kelompok intervensi setelah penelitian (Data Interval)	<i>Paired t-tes</i>
3	Kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri kelompok kontrol sebelum penelitian (Data Interval)	Kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri kelompok kontrol setelah penelitian (Data Interval)	<i>Paired t-tes</i>

4	Kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri kelompok intervensi setelah penelitian (Data Interval)	Kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri kelompok kontrol setelah penelitian (Data Interval)	<i>Independent Sample t-tes</i>
---	--	---	---------------------------------

C. Hubungan karakteristik klien dengan kemampuan merawat diri pada klien Defisit Perawatan diri

Variabel karakteristik klien	Variabel kemampuan merawat diri pada klien Defisit Perawatan diri
Usia (Data Numerik)	Korelasi regresi sederhana
Frekuensi Perawatan (Data Numerik)	Korelasi regresi sederhana
Lama Sakit(Data Numerik)	Korelasi regresi sederhana
Jenis kelamin (Data katagorik)	<i>Independent Sample t-tes</i>
Pendidikan (Data Katagorik)	<i>Annova</i>
Pekerjaan (Data Katagorik)	<i>Independent Sample t-tes</i>
Status Perkawinan (Data Katagorik)	<i>Annova</i>



BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini diuraikan mengenai hal – hal yang berkaitan pelaksanaan penelitian dan hasil analisis data :

A. Pelaksanaan Penelitian

Pengumpulan data dilaksanakan di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor pada tanggal 12 Mei – Juni 2008. Penelitian ini dilaksanakan dengan memilih 4 ruangan di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor, yaitu ruang Nakula dan ruang Arimbi sebagai kelompok intervensi dan ruang Yudistira dan ruang Utari sebagai kelompok kontrol. Jumlah klien yang menjadi responden dalam penelitian ini yaitu 110 , dengan perincian 33 responden di ruang Nakula dan 22 responden di ruang Arimbi sebagai kelompok intervensi. Sedangkan kelompok kontrol terdiri dari 28 responden di ruang Yudistira dan 27 responden di ruang Utari.

Metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah metode observasi dengan kuesioner terstruktur pada saat *pre test* dan *post test*. *Pretest* dilaksanakan pada 12 – 15 Mei 2008. Setelah itu dilaksanakan intervensi pada minggu III Mei – I Juni 2008. Kemudian dilaksanakan *post test* pada minggu II Juni 2008.

B. Karakteristik Klien Defisit Perawatan Diri

Analisis yang akan dibahas pada bagian ini adalah analisis univariat dan analisis kesetaraan.

Analisis univariat meliputi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, berapa kali dirawat dan lama sakit); kemampuan responden (klien) sebelum dan sesudah intervensi penelitian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Berikut ini uraian hasil analisis univariatnya.

1. Karakteristik Responden

Pada bagian ini diuraikan distribusi karakteristik responden terdiri dari dua tabel. Tabel pertama meliputi variabel usia, rawat ke dan lama sakit (tabel 5.1). Tabel kedua meliputi variabel jenis kelamin, pendidikan, kerja, dan status dalam variabel katagorik dianalisis dengan distribusi frekwensi dan disajikan pada tabel 5.2.

Tabel 5.1.

Rata-rata Karakteristik Klien Defisit Perawatan Diri Menurut Umur, Frekuensi rawat dan Lama sakit di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor , Mei – Juni 2008
(n = 110)

Karakteristik	Kelompok	Mean	SD	(Min – Max)	(95% CI)
Umur	Intervensi	34,00	10,55	15 - 59	31,15 - 36,85
	Kontrol	36,33	10,81	20 - 62	33,40 - 39,25
Frekuensi rawat	Intervensi	2,38	1,58	1 - 10	1,95 - 2,81
	Kontrol	3,45	2,58	1 - 11	2,76 - 4,15
Lama Sakit	Intervensi	6,62	6,64	0,3 - 25	4,82 – 8,42
	Kontrol	8,92	9,00	0,5 - 34	6,49 – 11,36

Berdasarkan hasil penelitian tentang distribusi karakteristik responden pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi yang dilakukan pada 110 responden dapat diketahui bahwa tabel 5.1 menunjukkan rata-rata umur kelompok intervensi lebih rendah dari

kelompok kontrol. Rata-rata umur kelompok intervensi 34 tahun dengan standar deviasi 10,55, umur termuda 15 tahun dan tertua 59 tahun. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa usia responden berada diantara 31,15 sampai 36,85 tahun. Rata-rata jumlah perawatan pada kelompok kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok intervensi.

Rata-rata kelompok intervensi sudah pernah dirawat sebanyak 2,38 kali dengan standar deviasi 1,58 dengan jumlah perawatan yang terendah 1 kali dan tertinggi jumlah perawatannya 10 kali. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa jumlah perawatan responden berada diantara 1,95 sampai 2,81 kali.

Rata-rata lama sakit responden pada kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol. Rata-rata lama sakit pada kelompok intervensi 6,62 tahun dan kelompok kontrol 8,92 tahun dengan standar deviasi 6,64, lama sakit seluruh responden yang terpendek 0,3 tahun dan yang terlama sakit 34 tahun. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa lama sakit responden seluruhnya berada diantara 4,82 sampai 9,28 tahun.

Tabel 5.2.

Karakteristik Klien Defisit Perawatan Diri Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Kerja dan Status Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor, Mei – Juni 2008 (n = 110)

Karakteristik		Kelompok				Total	
		Intervensi		Kontrol		n	%
		n	%	n	%		
Jenis kelamin	Laki-laki	32	58,2	29	52,7	61	55,5
	Perempuan	23	41,8	26	47,3	49	44,5
Pendidikan	SD	19	34,5	15	27,3	34	30,9
	SLTP	16	29,1	17	30,9	33	30,0
	SMU	17	30,9	17	30,9	34	30,9
	PT	3	5,5	6	10,9	9	8,2
Kerja	Tdk kerja	34	61,8	37	67,3	71	64,5
	Bekerja	21	38,2	18	32,7	39	35,5
Status	Kawin	9	16,4	6	10,9	15	13,6
	Janda/ duda	10	18,2	12	21,8	22	20,0
	Tdk Kawin	36	65,5	37	67,3	73	66,4

Hasil analisis dari tabel 5.2. terhadap proporsi responden yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dari perempuan. Responden laki-laki berjumlah 55,5% (61) orang dan sisanya berjenis kelamin perempuan 44,5% (49). Proporsi kelompok intervensi dan kontrol yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan perempuan

.Proporsi responden pada kelompok intervensi, pendidikan yang terbanyak SD 19 orang

(34,5%) sedangkan pada kelompok kontrol yang berpendidikan terbanyak SLTP dan SMU masing-masing 17 orang (30,9%).

Proporsi responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum sakit yang tidak bekerja lebih banyak dari pada yang bekerja sebanyak 64,5% (71).

Proporsi responden yang berstatus tidak kawin lebih banyak dari responden yang kawin atau janda/duda. Jumlah yang responden yang tidak menikah 66,4% (73).

2. Kesetaraan Karakteristik Klien Defisit Perawatan Diri Sebelum Terapi Token Ekonomi

Uji kesetaraan diperlukan agar kedua kelompok homogen dan sebagai syarat untuk penelitian selanjutnya. Setelah uji kesetaraan, maka masing-masing variabel yang setara dihubungkan dengan variabel dependen. Analisis bivariat dilakukan dengan uji statistik uji beda dua mean *t-Test Independent* yang meliputi usia, frekuensi perawatan dan lama sakit serta uji *Chi Square* yang meliputi jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan perkawinan, dengan asumsi semua variabel penelitian berdistribusi normal. Dibawah ini hasil analisis selengkapnya ;

a. Kesetaraan Karakteristik Klien Menurut Usia, Frekuensi perawatan dan Lama sakit Antara Kelompok Intervensi dan Kontrol

Tabel 5. 3

Uji Kesetaraan Karakteristik Klien Defisit Perawatan Diri Menurut Usia, Frekuensi Perawatan dan Lama Sakit di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor, Mei – Juni 2008 (n = 110)

Karakteristik	Kelompok	Mean	SD	(Min – Max)	(95% CI)	Nilai p
Usia	Intervensi	34,00	10,55	15 - 59	31,15 - 36,85	0,256
	Kontrol	36,33	10,81	20 - 62	33,40 - 39,25	
Frekuensi perawatan	Intervensi	2,38	1,58	1 – 10	1,95 - 2,81	0,101
	Kontrol	3,45	2,58	1 – 11	2,76 - 4,15	
Lama sakit	Intervensi	6,62	6,62	0,3 - 25	4,82 – 8,42	0,130
	Kontrol	8,92	8,92	0,5 - 34	6,49 – 11,36	

Tabel 5.3. Hasil statistik menunjukkan terdapat kesetaraan/ tidak ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata usia kelompok intervensi dengan kontrol dengan ($p = 0,256 > \alpha = 0,05$), terdapat kesetaraan/ tidak ada perbedaan yang bermakna antara frekuensi perawatan pada kelompok intervensi dengan kontrol ($p = 0,101 > \alpha = 0,05$), dan terdapat kesetaraan/ tidak ada perbedaan yang bermakna antara lama sakit pada kelompok kontrol dengan intervensi ($p = 0,130 > \alpha (0,05)$).

Dengan demikian usia, frekuensi perawatan dan lama sakit antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi secara statistik adalah setara/varian sama ($p\text{-value} > \alpha 0,05$)

b. Kesetaraan Karakteristik Klien Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan Dan Status Perkawinan antara Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi

Uji kesetaraan karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi menggunakan uji *Chi*

square dan hasilnya terlihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4.
 Analisis Kesetaraan Karakteristik Klien Defisit Perawatan Diri Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, dan Status Perkawinan Antara Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor, Mei – Juni 2008 (n = 110)

Karakteristik		Kelompok				Total		Nilai p
		Intervensi		Kontrol		n	%	
		n	%	n	%			
Jenis Kelamin	Laki-laki	32	58,2	29	52,7	61	55,5	0,701
	Perempuan	23	41,8	26	47,3	49	44,5	
Pendidikan	SD	19	34,5	15	27,3	34	30,9	0,682
	SLTP	16	29,1	17	30,9	33	30,0	
	SMU	17	30,9	17	30,9	34	30,9	
	PT	3	5,5	6	10,9	9	8,2	
Pekerjaan	Tdk bekerja	34	61,8	37	67,3	71	64,5	0,690
	Bekerja	21	38,2	18	32,7	39	35,5	
Status Perkawinan	Kawin	9	16,4	6	10,9	15	13,6	0,672
	Janda/duda	10	18,2	12	21,8	22	20,0	
	Tdk kawin	36	65,5	37	67,3	73	66,4	

Tabel 5.4 adalah hasil uji kesetaraan menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna/ terdapat kesetaraan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan staus perkawinan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi, dimana nilai p jenis kelamin =

0,701 > α (0,05), nilai p pendidikan = 0,682 > α (0,05), nilai p pekerjaan = 0,690 > α (0,05), nilai p status perkawinan = 0,672 > α (0,05).

Dengan demikian tingkat pendidikan, status pendidikan dan lama sakit antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi secara statistik adalah setara/varian sama (p -value > α 0,05).

C. Kemampuan Perawatan Diri Klien Defisit Perawatan Diri

Uji kesetaraan kemampuan perawatan diri klien defisit perawatan diri sebelum diberikan terapi token ekonomi dilakukan uji kesetaraan kemampuan agar kedua kelompok homogen.

1. Kesetaraan Kemampuan Klien Merawat Diri Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum Intervensi Terapi Token Ekonomi.

Tabel . 5.5
Kemampuan Perawatan Diri Sebelum Perlakuan Terapi Token Ekonomi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor, Mei – Juni 2008 (n = 110)

Kemampuan Merawat Diri	Kelompok		Mean	SD	SE	p value
Mandi	Intervensi	Sebelum	6,34	1,29	0,17	0,622
	Kontrol		5,23	2,57	0,34	
Berpakaian/berhias	Intervensi	Sebelum	2,44	0,73	0,99	0,282
	Kontrol		2,05	0,73	0,98	
Makan	Intervensi	Sebelum	4,20	1,07	0,14	0,618
	Kontrol		4,80	1,16	0,15	
Toileting	Intervensi	Sebelum	3,70	1,08	0,14	0,122
	Kontrol		3,81	0,90	0,12	

Kemampuan merawat diri	Intervensi	Sebelum	16,70	2,79	0,37	0,000
	Kontrol		15,90	3,87	0,52	

Tabel 5.5 hasil uji kesetaraan menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna/ terdapat kesetaraan kemampuan perawatan diri : mandi klien defisit perawatan diri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi token ekonomi dengan ($p = 0,622 > \alpha = 0,05$).

Hasil uji kesetaraan menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna/ terdapat kesetaraan kemampuan perawatan diri : berpakaian/berhias klien defisit perawatan diri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi token ekonomi dengan ($p = 0,282 > \alpha = 0,05$).

Hasil uji kesetaraan menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna/ terdapat kesetaraan kemampuan perawatan diri : makan klien defisit perawatan diri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi token ekonomi dengan ($p = 0,618 > \alpha = 0,05$).

Hasil uji kesetaraan menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna/ terdapat kesetaraan kemampuan perawatan diri : toileting klien defisit perawatan diri pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi token ekonomi dengan ($p = 0,122 > \alpha = 0,05$).

Hasil uji kesetaraan kemampuan merawat diri (mandi, berpakaian/berhias, makan dan toileting) pada klien defisit perawatan diri antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi secara statistik adalah setara/varian sama.

2. Kemampuan Klien Defisit Perawatan Diri Sebelum dan Sesudah Terapi Token Ekonomi

a. Kemampuan Perawatan Diri Klien Defisit Perawatan Diri Sebelum dan Sesudah Terapi Token Ekonomi

Penyajian data kemampuan perawatan diri : Mandi, berhias, makan dan toileting pada masing-masing kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Tabel 5.6 dibawah ini menunjukkan bahwa rata-rata nilai perawatan diri : mandi pada kelompok intervensi meningkat 2 kali lipat sebelum intervensi (6,34) dan setelah intervensi (12,07) sedangkan pada kelompok kontrol mempunyai nilai pretes dan postes yang tetap.

Rata-rata nilai perawatan diri : berhias pada kelompok intervensi sebelum intervensi dan setelah intervensi sama sebesar (3,69) sedangkan sebelum

intervensi pada kelompok kontrol lebih tinggi (2,05) dibandingkan nilai post tes (1,82).

Tabel 5.6.

Rata-rata Kemampuan Perawatan Diri Klien Defisit Perawatan Diri Sebelum dan Setelah Intervensi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor, Mei – Juni 2008

Kelompok	Kemampuan		Mean	Median	SD	(Min-Max)	(95%CI)
Intervensi	Mandi	Sebelum	6,34	6,35	1,29	3,00-9,00	5,99-6,69
		Sesudah	12,07	12,00	1,19	9,00-13,00	11,74-12,39
	Berpakaian/barhias	Sebelum	2,43	4,00	0,73	3,00-4,00	3,56-3,81
		Sesudah	3,69	4,00	0,46	3,00-4,00	3,56-3,81
	Makan	Sebelum	4,20	4,00	1,07	3,00-4,00	3,56-3,81
		Sesudah	7,20	7,00	0,86	5,00-8,00	6,96-7,43
	Toileting	Sebelum	3,70	4,00	1,08	2,00-6,00	3,41-4,00
		Sesudah	5,27	5,00	0,78	4,00-6,00	5,06-5,48
Kontrol	Mandi	Sebelum	5,23	5,00	2,57	1,00-9,00	4,54-5,93
		Sesudah	5,34	5,00	2,07	2,00-13,00	4,78-5,90
	Berpakaian/barhias	Sebelum	2,05	2,00	0,53	1,00-3,00	1,86-2,25
		Sesudah	1,82	2,00	0,61	1,00-4,00	1,65-1,98
	Makan	Sebelum	4,80	5,00	1,34	2,00-8,00	4,48-5,11
		Sesudah	3,78	4,00	0,91	2,00-8,00	3,53 – 4,02
	Toileting	Sebelum	3,81	3,83	0,90	2,00-6,00	3,57-4,06
		Sesudah	4,02	4,00	0,93	3,0- 6,00	3,77-4,27

Intervensi	Kemampuan Perawatan diri	Sebelum	16,70	17,00	2,79	11,00-21,00	15,92-17,46
		Sesudah	28,23	28,00	1,69	23,00-31,00	27,77-28,69
Kontrol	Kemampuan Perawatan diri	Sebelum	15,90	16,00	3,78	9,00-23,00	14,86-16,95
		Sesudah	14,96	15,00	3,01	11,00-31,00	14,14-15,77

Rata-rata nilai sebelum intervensi perawatan diri : makan pada kelompok intervensi lebih rendah (4,2) dibandingkan nilai setelah intervensi (7,20), sedangkan rata-rata nilai sebelum intervensi pada kelompok kontrol lebih besar (4,80) dibandingkan nilai setelah intervensi (3,78).

Rata-rata nilai perawatan diri : toileting pada kelompok intervensi sebelum intervensi lebih rendah sebesar (3,70) dibandingkan nilai setelah intervensi (5,27), dan rata-rata nilai sebelum intervensi pada kelompok kontrol juga lebih kecil (3,81) dibandingkan nilai setelah intervensi (4,02).

Total rata-rata Kemampuan perawatan diri secara keseluruhan pada kelompok intervensi sebelum intervensi sebesar 16,70, standar deviasi 2,79 dengan nilai terendah 11,00 dan tertinggi 21,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat perawatan diri responden berada diantara 15,92 sampai 17,46

Rata-rata Kemampuan perawatan diri secara keseluruhan pada kelompok intervensi setelah intervensi sebesar 28,23, standar deviasi 1,69 dengan nilai terendah 23,00 dan tertinggi 31,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat perawatan diri responden berada diantara 27,77 sampai 28,69

Rata-rata Kemampuan perawatan diri secara keseluruhan pada kelompok kontrol sebelum intervensi sebesar 15,90, standar deviasi 3,87 dengan nilai terendah 9,00 dan tertinggi 23,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat perawatan diri responden berada diantara 14,86 sampai 16,95

Rata-rata Kemampuan perawatan diri secara keseluruhan pada kelompok kontrol setelah intervensi sebesar 14,96, standar deviasi 3,01 dengan nilai terendah 11,00 dan tertinggi 31,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat perawatan diri responden berada diantara 14,14 sampai 15,77.

b. Peningkatan Kemampuan klien merawat diri sebelum – sesudah intervensi token ekonomi – pada kelompok kontrol dan intervensi

Peningkatan kemampuan klien defisit perawatan diri sebelum dan sesudah intervensi terapi token ekonomi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dilakukan dengan uji *dependen sample t-Test (Paired t test)*. Hasil analisis dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% diyakini adanya peningkatan yang bermakna kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri antara sebelum dan sesudah intervensi terapi token ekonomi pada kelompok intervensi sebesar 12,25 dan kelompok kontrol sebesar 0,94 ($p\text{-value} < 0,05$). Hasil analisis secara lengkap terangkum dalam tabel 5.7

Tabel 5.7.
Kemampuan klien Defisit Perawatan Diri Sebelum – Sesudah Intervensi Token Ekonomi Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor, Mei – Juni 2008 (n = 110)

Kelompok	Kemampuan		Mean	SD	SE	t	p-value
Intervensi	Mandi	Sebelum	6,34	1,29	0,17	-27,074	0,000
		Sesudah	12,07	1,19	0,16		
		Selisih	5,73	1,56			
	Berpakaian/berhias	Sebelum	2,44	0,73	0,99	-10,495	0,000
		Sesudah	3,69	0,46	0,62		
		Selisih	1,25	0,88			
	Makan	Sebelum	4,20	1,07	0,14	-17,42	0,000
		Sesudah	7,20	0,86	0,11		
		Selisih	3,00	1,27			
Kontrol	Toileting	Sebelum	3,70	1,08	0,14	-295	0,000
		Sesudah	5,27	0,78	0,10		
		Selisih	1,57	1,39			
	Mandi	Sebelum	5,23	2,57	0,34	-0,497	0,622
		Sesudah	5,34	2,07	0,27		
		Selisih	0,11	1,63			
Berpakaian/berhias	Sebelum	2,05	0,73	0,98	1,944	0,057	
	Sesudah	1,82	0,61	0,08			
	Selisih	0,23	0,90				

	Makan	Sebelum	4,80	1,16	0,15	4,546	0,000
		Sesudah	3,78	0,91	0,12		
		Selisih	1,02	1,66			
	Toileting	Sebelum	3,81	0,90	0,12		
		Sesudah	4,02	0,93	0,12		
		Selisih	0,21	1,37			
Intervensi	Kemampuan merawat diri	Sebelum	16,70	2,79	0,37	-29,794	0,000
		Sesudah	28,23	1,50	0,20		
		Selisih	12,25	3,05			
Kontrol	Kemampuan merawat diri	Sebelum	15,90	3,87	0,52	2,004	0,000
		Sesudah	14,96	3,01	0,40		
		Selisih	0,94	3,49			

Rata-rata peningkatan kemampuan klien merawat diri :mandi sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi 5,73 dengan standar deviasi 1,56 dan pada kelompok kontrol sebesar 0,11 dengan standar deviasi 1,63. Disimpulkan bahwa pada alfa 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan klien merawat diri : mandi pada kelompok intervensi ($p=0,000$), sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada peningkatan yang bermakna ($p=0,0622$).

Rata-rata peningkatan kemampuan klien merawat diri : berpakaian/berhias sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi 1,25 dengan standar deviasi 0,88 dan pada kelompok kontrol sebesar 0,23 dengan standar deviasi 0,90. Disimpulkan bahwa pada alfa 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan klien merawat diri berpakaian/berhias pada kelompok intervensi ($p=0,000$), sedangkan pada kelompok kontrol tidak ada peningkatan yang bermakna ($p=0,057$).

Rata-rata peningkatan kemampuan klien merawat diri : makan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi 3,00 dengan standar deviasi 1,27 dan pada kelompok kontrol sebesar 1,02 dengan standar deviasi 1,66. Disimpulkan bahwa pada alfa 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan klien makan sebelum dan sesudah intervensi token ekonomi pada kelompok intervensi ($p=0,000$) adanya kenaikan secara bermakna sedangkan pada kelompok kontrol mengalami penurunan yang bermakna.

Rata-rata peningkatan kemampuan klien merawat diri : toileting sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi 1,57 dengan standar deviasi 1,39 dan pada kelompok kontrol sebesar 0,21 dengan standar deviasi 1,37. Disimpulkan bahwa pada alfa 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan klien toileting sebelum dan sesudah intervensi token ekonomi pada kelompok intervensi ($p=0,000$) sedangkan pada kelompok kontrol mengalami penurunan yang tidak bermakna ($p=0,282$).

3. Selisih Kemampuan Klien Defisit Perawatan Diri Sebelum dan Sesudah Terapi Token Ekonomi

Tabel 5.8.

Selisih Kemampuan klien Defisit Perawatan Diri Sebelum – Sesudah Intervensi Token Ekonomi Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor, Mei – Juni 2008 (n = 110)

Kemampuan	Kelompok	Selisih	p value
Mandi	Intervensi	5,73	0,000
	Kontrol	0,11	
Berpakaian/berhias	Intervensi	1,25	0,000
	Kontrol	0,23	

Makan	Intervensi	3,00	0,000
	Kontrol	1,02	
Toileting	Intervensi	1,57	0,000
	Kontrol	0,21	
Kemampuan merawat diri	Intervensi	12,25	0,000
	Kontrol	0,94	

Tabel 5.8. menunjukkan selisih kemampuan perawatan diri : mandi sebelum dan sesudah intervensi terapi token ekonomi pada kelompok intervensi 5,73 dan pada kelompok kontrol 0,11 dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kemampuan merawat diri : mandi pada kelompok intervensi setelah diberikan terapi token ekonomi.

Selisih kemampuan perawatan diri : berpakaian/berhias sebelum dan sesudah intervensi terapi token ekonomi pada kelompok intervensi 1,25 dan pada kelompok kontrol 0,23 dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kemampuan merawat diri : berpakaian/berhias pada kelompok intervensi setelah diberikan terapi token ekonomi.

Selisih kemampuan perawatan diri : makan sebelum dan sesudah intervensi terapi token ekonomi pada kelompok intervensi 3,00 dan pada kelompok kontrol 1,02 dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kemampuan merawat diri : makan pada kelompok intervensi setelah diberikan terapi token ekonomi.

Selisih kemampuan perawatan diri : toileting sebelum dan sesudah intervensi terapi token ekonomi pada kelompok intervensi 1,57 dan pada kelompok kontrol 0,21 dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kemampuan merawat diri : toileting pada kelompok

intervensi setelah diberikan terapi token ekonomi.

Selisih kemampuan perawatan diri sebelum dan sesudah intervensi terapi token ekonomi pada kelompok intervensi 12,25 dan pada kelompok kontrol 0,94 dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kemampuan merawat diri pada kelompok intervensi setelah diberikan terapi token ekonomi. Kemampuan merawat diri yang paling dominan diantara ke empat kemampuan tersebut adalah mandi.

4. Kemampuan Klien Defisit Perawatan Diri Sesudah Terapi Token Ekonomi
Tabel. 5.9

Kemampuan Perawatan Diri Sesudah Perlakuan Terapi Token Ekonomi Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di Rumah Sakit Marzuki Mahdi Bogor, Mei – Juni 2008 (n = 110).

Kemampuan Merawat Diri	Kelompok		Mean	SD	SE	p value
Mandi	Intervensi	Sesudah	12,07	1,19	0,16	0,000
	Kontrol		5,34	2,07	0,27	
Berpakaian/berhias	Intervensi	Sesudah	3,69	0,46	0,62	0,000
	Kontrol		1,82	0,61	0,08	
Makan	Intervensi	Sesudah	7,20	0,86	0,11	0,000
	Kontrol		3,78	0,91	0,12	
Toileting	Intervensi	Sesudah	5,27	0,78	0,10	0,000
	Kontrol		4,02	0,93	0,12	
Kemampuan merawat diri	Intervensi	Sesudah	28,23	1,50	0,20	0,000
	Kontrol		14,96	3,01	0,40	

Tabel 5.9 menunjukkan rata-rata kemampuan perawatan diri : mandi klien pada kelompok intervensi sesudah dilakukan terapi token ekonomi 12,07 dengan standar deviasi 1,19 dibandingkan dengan kelompok kontrol rata-rata kemampuan perawatan diri : mandi 5,34 dengan standar deviasi 2,07. Disimpulkan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan nilai p value = 0,000 berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang bermakna pada kemampuan perawatan diri setelah intervensi.

Rata-rata kemampuan perawatan diri : berpakaian/berhias klien pada kelompok intervensi sesudah dilakukan terapi token ekonomi 3,69 dengan standar deviasi 0,46 dibandingkan dengan kelompok kontrol rata-rata kemampuan perawatan diri : berpakaian/berhias 1,82 dengan standar deviasi 0,61. Disimpulkan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan nilai p value = 0,000 berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang bermakna pada kemampuan perawatan diri setelah intervensi.

Rata-rata kemampuan perawatan diri : makan klien pada kelompok intervensi sesudah dilakukan terapi token ekonomi 7,20 dengan standar deviasi 0,86 dibandingkan dengan kelompok kontrol rata-rata kemampuan perawatan diri : makan 3,78 dengan standar deviasi 0,91. Disimpulkan pada kelompok intervensi didapatkan nilai p value = 0,000 berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang bermakna pada kemampuan perawatan diri setelah intervensi. Pada kelompok kontrol didapatkan p Value = 0,000 berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang bermakna.

Rata-rata kemampuan perawatan diri : toileting klien pada kelompok intervensi sesudah dilakukan terapi token ekonomi 5,27 dengan standar deviasi 0,78 dibandingkan dengan kelompok kontrol rata-rata kemampuan perawatan diri : toileting 4,02 dengan standar deviasi 0,93. Disimpulkan pada kelompok intervensi didapatkan nilai p value = 0,000

berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang bermakna pada kemampuan perawatan diri setelah intervensi..

Rata-rata kemampuan perawatan diri klien pada kelompok intervensi setelah diberikan terapi token ekonomi adalah 28,23 dengan standar deviasi 1,50. Pada kelompok kontrol rata-rata kemampuan perawatan diri klien adalah 14,96 dengan standar deviasi 3,01. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,000$, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang bermakna pada kemampuan perawatan diri kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah diberikan terapi token ekonomi.

D. Pengaruh Karakteristik Klien Terhadap Kemampuan Merawat Diri Pada Klien Defisit Perawatan Diri

Uji beda peningkatan kemampuan merawat diri pada klien dengan defisit perawatan diri setelah intervensi pada kedua kelompok dimaksudkan untuk mengidentifikasi seberapa besar perbedaan peningkatan kemampuan merawat diri yang diperoleh klien setelah mendapatkan terapi token ekonomi dan membandingkan perubahan tersebut dengan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan intervensi. Karakteristik usia, frekuensi rawat dan lama rawat dianalisis menggunakan uji korelasi regresi sederhana, dapat dilihat pada tabel 5.10 dan jenis kelamin menggunakan uji *independent sample t test* (tabel 5.11), Kerja menggunakan uji *independent sample t test* (tabel 5.12). Karakteristik pendidikan dan status perkawinan dengan uji *Anova* (tabel 5.13, 5.14)

Tabel 5.10

Hubungan Usia, frekuensi rawat dan lama rawat dengan kemampuan Perawatan Diri Klien Defisit Perawatan Diri Di RSMM Bogor, Tahun 2008 (n=110)

Variabel	R	p value
Usia	-0,102	0,287
Frekuensi rawat	-0,264	0,005
Lama Rawat	-0,173	0,071

Hasil analisis diatas dapat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kemampuan perawatan diri pada klien dengan defisit perawatan diri ($p= 0,287$). Demikian juga tidak ada hubungan antara lama rawat dengan kemampuan perawatan diri pada klien dengan defisit perawatan diri ($p= 0,071$).

Hasil analisis dapat diketahui bahwa ada hubungan yang signifikan antara frekuensi rawat dengan kemampuan merawat diri ($p=0,005$) dan nilai $r= -0,264$ artinya pola hubungan bersifat negatif dan hubungannya sedang artinya semakin banyak frekuensi rawat semakin rendah kemampuan untuk merawat diri.

Tabel 5.11.

Analisis Perbedaan Kemampuan Perawatan Diri Pada Klien Defisit Perawatan Diri Menurut Jenis Kelamin Di RSMM Bogor, Tahun 2008 (n=110)

Kelompok	Variabel	Mean	SD	SE	p value
Intervensi	Laki-laki	28,40	1,64	0,29	0,387
	Perempuan	28,00	1,78	0,37	
Kontrol	Laki-laki	15,20	3,82	0,71	0,532
	Perempuan	14,69	1,76	0,34	

Berdasarkan tabel 5.11 diketahui untuk kelompok intervensi, kemampuan klien tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin artinya kemampuan perawatan diri laki-laki dan perempuan

tidak berbeda bermakna (p value = 0,387). Sedangkan untuk kelompok kontrol, didapatkan hasil kemampuan perawatan diri pada klien tidak dipengaruhi jenis kelamin laki-laki atau perempuan kesimpulan tidak ada perbedaan bermakna antara jenis kelamin dengan kemampuan perawatan diri (p value = 0,532).

Tabel 5.12.
Analisis Perbedaan Kemampuan Perawatan Diri Pada Klien Defisit Perawatan Diri Menurut Pekerjaan Di RSMM Bogor, Tahun 2008 (n=110)

Kelompok	Variabel	Mean	SD	SE	p value
Intervensi	Kerja	28,62	1,71	0,37	0,192
	Tidak kerja	28,00	1,67	0,28	
Kontrol	Kerja	15,00	2,70	0,63	0,951
	Tidak kerja	14,94	3,18	0,52	

Berdasarkan tabel 5.12 diketahui untuk kelompok intervensi, kemampuan klien tidak dipengaruhi oleh pekerjaan artinya kemampuan perawatan diri klien yang bekerja dan tidak bekerja tidak berbeda bermakna (p value = 0,192). Sedangkan untuk kelompok kontrol, didapatkan hasil kemampuan klien tidak dipengaruhi oleh tidak bekerja dan bekerja tidak dengan kemampuan perawatan diri (p value = 0,951).

Tabel 5.13.
Analisis Perbedaan Kemampuan Perawatan Diri Pada Klien Defisit Perawatan Diri Menurut Status Perkawinan Di RSMM Bogor, Tahun 2008 (n=110)

Kelompok	Variabel	Mean	SD	F	p value
Intervensi	Kawin	27,77	1,71	0,618	0,543
	Janda/duda	28,00	1,94		
	Tidak kawin	28,41	1,64		

Kontrol	Kawin	13,83	2,63	0,648	0,629
	Janda/duda	15,16	1,46		
	Tidak kawin	15,08	3,42		

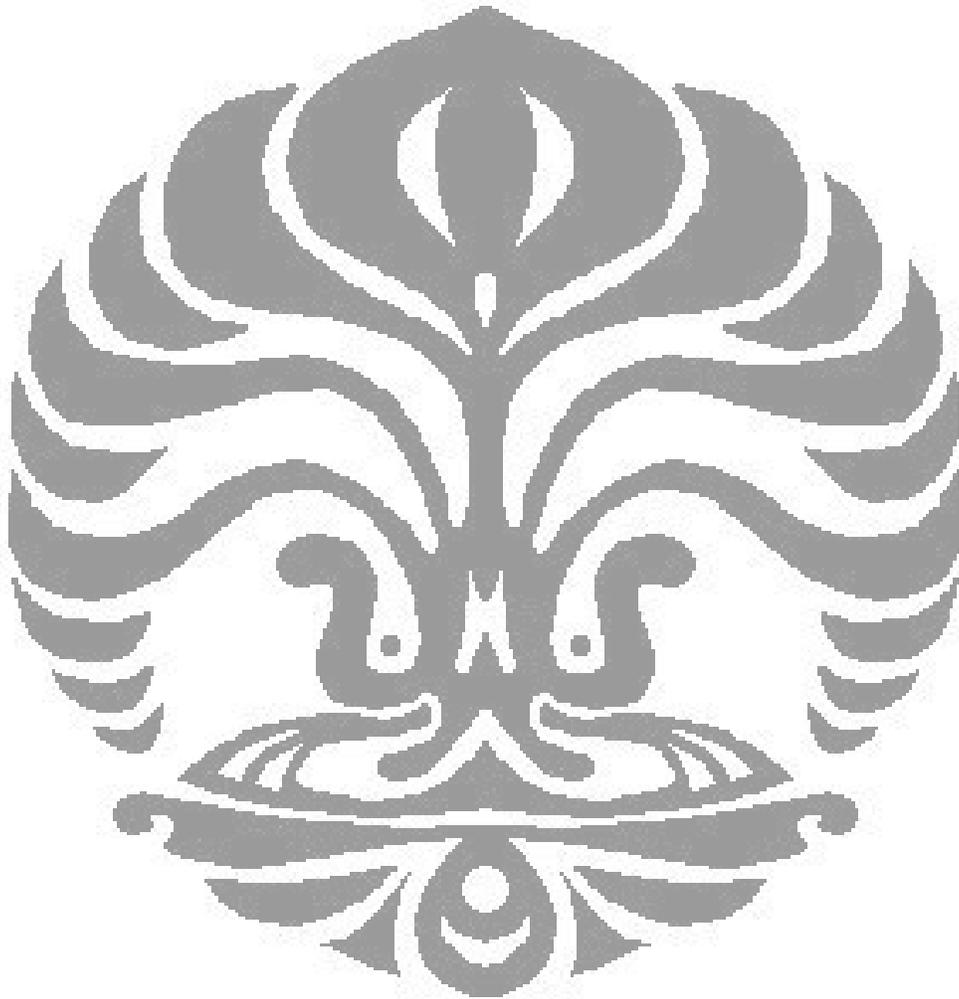
Berdasarkan tabel 5.13 diketahui untuk kelompok intervensi, kemampuan klien tidak dipengaruhi oleh status perkawinan artinya kemampuan perawatan diri klien yang kawin, janda/duda atau tidak kawin tidak berbeda bermakna (p value = 0,543). Sedangkan untuk kelompok kontrol, didapatkan hasil kemampuan klien tidak dipengaruhi oleh status perkawinan dengan kemampuan perawatan diri (p value = 0,629). Kesimpulan tidak ada hubungan antara status perkawinan dengan kemampuan perawatan diri.

Tabel 5.14.
Analisis Perbedaan Kemampuan Perawatan Diri Pada Klien Defisit Perawatan Diri Menurut Pendidikan Di RSMM Bogor, Tahun 2008 (n=110)

Kelompok	Variabel	Mean	SD	F	p value
Intervensi	SD	28,47	2,06	1,450	0,237
	SMP	28,37	1,54		
	SMA	28,17	1,28		
	PT	26,33	1,52		
Kontrol	SD	14,13	1,99	0,756	0,524
	SMP	15,70	4,41		
	SMA	14,82	2,42		
	PT	15,33	1,21		

Berdasarkan tabel 5.14 diketahui untuk kelompok intervensi, kemampuan klien tidak dipengaruhi oleh pendidikan artinya kemampuan perawatan diri klien yang tidak berbeda bermakna (p value = 0,237). Sedangkan untuk kelompok kontrol, didapatkan hasil kemampuan klien tidak dipengaruhi oleh pendidikan dengan kemampuan perawatan diri.

(p value = 0,524).kesimpulan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kemampuan perawatan diri



BAB VI

PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil dari penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya; keterbatasan penelitian yang terkait dengan desain penelitian yang digunakan dan karakteristik sampel yang digunakan; dan selanjutnya akan dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran adanya pengaruh terapi token ekonomi terhadap kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri. Mengetahui adanya perbedaan kemampuan merawat diri pada klien dengan defisit perawatan diri yang mendapatkan terapi token ekonomi selama kurang lebih 5 minggu dibandingkan dengan kemampuan merawat diri pada klien dengan defisit perawatan diri yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi.

Klien defisit perawatan diri memperlihatkan ada perubahan perilaku yang negative dalam merawat diri sehingga dibutuhkan terapi yang dapat merubah perilaku tersebut kearah yang positif dalam merawat diri. Terapi yang digunakan dalam penelitian ini terapi perilaku token ekonomi, berikut ini akan diuraikan interpretasi hasil penelitian tersebut.

A. Kemampuan Perawatan Diri Klien Defisit Perawatan Diri

Pembahasan interpretasi dan diskusi hasil penelitian pengaruh terapi token ekonomi terhadap kemampuan klien merawat diri mencakup kemampuan merawat diri : mandi, berpakaian/berhias, makan dan toileting.

1. Kemampuan Klien Merawat Diri : Mandi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada peningkatan yang bermakna kemampuan klien mandi pada kelompok yang mendapatkan terapi token ekonomi.

Pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi mengalami peningkatan yang tidak bermakna. Selisih kemampuan perawatan diri : mandi pada kelompok meningkat secara bermakna. setelah mendapatkan terapi token ekonomi

Token ekonomi adalah bentuk dari *reinforcement* positif yang digunakan baik secara individu maupun kelompok pasien di ruang psikiatri atau pasien anak-anak.

(Stuart & Laraia, 2006). Token ekonomi didesain bagi pasien penyakit mental agar menghasilkan perilaku yang diinginkan. Token ekonomi merupakan tanda yang bernilai ekonomi sehingga jika ditukar akan menghasilkan nilai atau sesuatu jika klien dapat mengubah perilakunya dari yang maladaptif ke adaptif

Hasil penelitian diatas pada klien defisit perawatan diri dapat juga disebabkan adanya Kerusakan hipotalamus membuat seseorang kehilangan *mood* dan motivasi

sehingga kurang aktivitas dan malas melakukan sesuatu. Kondisi seperti ini sering kita temui pada klien dengan defisit perawatan diri, dimana klien butuh lebih banyak motivasi dan dukungan untuk dapat merawat dirinya. (Suliswati, 2002; Stuart & Laraia, 2005).

Analisis penelitian dengan memberikan *reinforcement* secara berkesinambungan pada klien kelompok intervensi membuktikan hasil penelitian bermakna secara statistik rata-rata kemampuan klien merawat diri : mandi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini didukung dengan adanya pemberian hadiah yang diberikan sesuai dengan jumlah token yang didapatkannya. Sumberdaya ekonomi seseorang mempengaruhi jenis dan tingkat praktik kebersihan yang digunakan. Perawat harus menentukan apakah klien dan keluarganya dapat menyediakan bahan-bahan yang penting untuk kebersihan diri seperti : pasta gigi, sabun, shampo dll. Perawat juga harus menentukan jika penggunaan dari produk-produk ini merupakan bagian dari kebiasaan-kebiasaan sosial

Kegiatan terapi token ekonomi ini meliputi proses terapi, proses pemberian token dan pemberian hadiah sehingga klien termotivasi melakukan perawatan diri : mandi dengan baik dan dengan frekuensi mandi minimal dua kali sehari. Asumsi peneliti kemampuan merawat diri : mandi didukung oleh adanya observasi yang dilakukan oleh perawat ruangan serta adanya manfaat yang dapat dirasakan oleh klien setelah

melakukan perawatan diri : mandi secara rutin dilakukannya.

2. Kemampuan Klien Merawat Diri : Berpakaian/Berhias

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada peningkatan yang bermakna kemampuan klien berpakaian/berhias pada kelompok yang mendapatkan terapi token ekonomi. Pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi mengalami penurunan yang tidak bermakna. Selisih kemampuan perawatan diri : berpakaian/berhias pada kelompok meningkat secara bermakna setelah mendapatkan terapi token ekonomi.

Menurut Stuart dan Laraia, 2006 *Conditioned reinforcement* dalam bentuk token diberikan pada pasien yang memunculkan respon yang diinginkan seperti memakai baju sendiri, makan tanpa bantuan, atau menyelesaikan tugas secara baik. Token-token ini nantinya dapat ditukar untuk mendapatkan *primary reinforcement*, yaitu sesuatu yang diinginkan dan dapat dinikmati seperti: baju baru, interaksi sosial, kosmetik, menonton film, dll. Hal ini didukung juga oleh pendapat Carson (2003) manfaat lain dari token ekonomi adalah mengajarkan nilai pada pasien karena token ini diberikan apabila ada perubahan perilaku. *Token ekonomi* berpusat secara total pada klien, memandang individu secara unik yang mempunyai masalah tertentu dalam kehidupannya, bukan sebagai kondisi psikopatologi. Perilaku maladaptif maupun tanggapan yang adaptif dipercaya diperoleh melalui proses pembelajaran.

Purwanto (1999) Ciri khas belajar adalah terjadinya perubahan pada orang yang belajar, perubahan tampak dari belum mampu menjadi mampu. Manusia banyak mengalami perubahan karena telah banyak belajar memperoleh pengetahuan, keterampilan, nilai dan sikap. Defisit perawatan diri; diperkirakan adanya konsep diri yang negatif. Penerimaan gambaran diri yang negatif tentunya menyebabkan perubahan persepsi seseorang dalam memandang aspek positif lain yang dimilikinya sehingga klien dengan defisit perawatan diri sering mengabaikan gambaran dirinya.

Analisis penelitian peningkatan rata-rata kemampuan klien berpakaian dan berhias didukung oleh adanya konsistensi observasi perawat ruangan serta adanya peralatan yang mendukung seperti : pakaian yang diganti tersedia atau ada walaupun dua hari sekali diganti ini mengajarkan kepada klien dengan kondisi seperti itu klien dapat mempertahankan kondisi kebersihan diri dan bajunya. Hal lain yang mendukung kemampuan klien berpakaian/berhias bagi klien perempuan disediakan kosmetik yang digunakan untuk melakukan perawatan diri ; berhias ini dapat mengubah penampilan klien terlihat lebih rapi, cantik dan meningkatkan percaya diri klien.

3. Kemampuan Klien Merawat Diri : Makan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada peningkatan yang bermakna kemampuan klien makan pada kelompok yang mendapatkan terapi token ekonomi. Pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi mengalami penurunan yang tidak bermakna. Selisih kemampuan perawatan diri : makan pada kelompok meningkat secara bermakna, setelah mendapatkan terapi token ekonomi

Kunci harapan utama dalam terapi kesehatan jiwa adalah menginginkan klien dapat berperilaku atau berperan sesuai dengan harapan sosial atau keadaan sosial. Token ekonomi digunakan untuk menghasilkan perubahan-perubahan positif dalam berbagai tingkah laku.

Menurut Gerald Corey (2007) tujuan prosedur ini adalah mengubah motivasi yang ekstrinsik menjadi motivasi yang intrinsik. Diharapkan bahwa perolehan tingkah laku yang diinginkan akhirnya dengan sendirinya akan menjadi cukup mengajarkan untuk memelihara tingkah laku yang baru. Bukti untuk mendukung efektivitas token ekonomi adalah lebih banyak dibandingkan hampir semua teknik *behavioral* lainnya (Kazdin, 1977 dalam Yustinus, 2007).

Analisis penelitian peningkatan rata-rata kemampuan merawat diri : makan didukung oleh adanya pengetahuan yang diberikan secara bertahap dan observasi secara ketat oleh perawat ruangan serta pemahaman yang lebih baik dari klien tentang tata cara makan. Hal lain yang mendukung kemampuan klien makan adanya peralatan yang mendukung dan cara makan yang bersamaan atau bersama-

sama sehingga dapat saling melihat /memantau masing-masing cara klien makan hal ini yang dapat mengubah perilaku klien dalam tehnik merawat diri : makan.

4. Kemampuan Klien Merawat Diri : Toileting

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada peningkatan yang bermakna kemampuan klien toileting pada kelompok yang mendapatkan terapi token ekonomi. Pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi mengalami peningkatan yang tidak bermakna. Selisih kemampuan perawatan diri : toileting pada kelompok meningkat secara bermakna setelah mendapatkan terapi token ekonomi. Hasil penelitian juga menunjukkan rata-rata kemampuan klien merawat diri : toileting pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol baik sebelum maupun sesudah terapi token ekonomi.

Menurut Stuart dan Laraia (2006) perilaku yang akan dilatih pada terapi token ekonomi ditargetkan secara spesifik untuk masing-masing pasien. Panduan harus jelas dan spesifik terdiri dari : (1) tentang perilaku yang mendapatkan tanda, (2) jumlah tanda yang akan diterima untuk masing-masing perilaku dan (3) lama waktu perilaku harus dikerjakan untuk menerima tanda. Didalam token ekonomi tidak mengerjakan perilaku yang dilatih akan menghilangkan tanda.

Untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku seseorang dapat dilakukan dengan memberikan dasar pengetahuan yang kuat dan pemberian *reinforcement* positif

atau pemberian *reward*. Strategi lain untuk mengubah perilaku secara efektif adalah dengan token ekonomi (Stuart dan Laraia, 2005).

Analisis peningkatan dalam melakukan perawatan diri : toileting dapat terlaksana dengan baik ini terlihat dari perlakuan klien yang dapat melakukan toileting dengan baik seperti : tidak lagi melakukan BAB disembarang tempat yang dapat menyebabkan bau yang tidak sedap disamping itu pengetahuan klien tentang masalah toileting meningkat dibuktikan dengan adanya pembicaraan klien tentang bagaimana seharusnya melakukan BAB dengan benar dikamar mandi.

5. Kemampuan Perawatan Diri Klien Defisit Perawatan Diri Sebelum Dan Sesudah Perlakuan Terapi Token Ekonomi Pada Kelompok Interyensi dan Kontrol

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada peningkatan yang bermakna kemampuan klien merawat diri pada kelompok yang mendapatkan terapi token ekonomi. Pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi mengalami penurunan yang tidak bermakna. Selisih kemampuan perawatan diri pada kelompok meningkat secara bermakna. setelah mendapatkan terapi token ekonomi.

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian LePage, (1999), melaporkan bahwa klien yang diberikan token ekonomi dapat menurunkan agresifitas

dibandingkan dengan setting tradisional (tanpa diberikan *reward*).

Strategi ini efektif diberikan pada klien dengan defisit perawatan diri. Kazdin (1977, dalam Yustinus, 2007) menyatakan token ekonomi efektif mengajarkan nilai pada klien yang mengalami kemunduran dalam merawat diri karena token ini diberikan apabila ada perubahan perilaku. Bukti untuk mendukung efektivitas token ekonomi lebih banyak dibandingkan hampir semua teknik *behavioral* lainnya.

Hasil penelitian ini dan hasil penelitian terdahulu menggambarkan bahwa terapi ini dapat meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri. Dengan memberikan latihan yang terstruktur klien mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri. Hal ini dibuktikan dari ungkapan klien bahwa dirinya mampu melakukan mandi, berpakaian/berhias, makan dan toileting sesuai dengan arahan yang benar. Peningkatan kemampuan klien terlihat dari observasi yang dilakukan oleh peneliti sendiri dan perawat di ruangan dimana klien dirawat.

Dengan melihat hasil penelitian tersebut diatas disimpulkan bahwa terapi token ekonomi dapat dilakukan untuk dapat merubah perilaku yang maladaptif ke arah adaptif. Menurut Gerald Corey (2007) tujuan prosedur ini adalah mengubah motivasi yang ekstrinsik menjadi motivasi yang intrinsik. Diharapkan bahwa perolehan tingkah laku yang diinginkan akhirnya dengan sendirinya akan menjadi cukup mengajarkan untuk memelihara tingkah laku yang baru. Jadi dapat

dikatakan token ekonomi ini merupakan proses pendidikan dan peningkatan tingkah laku, sehingga dibutuhkan adanya keterbukaan, kehangatan, empati dan komunikasi terapeutik sangat penting.

Terapi token ekonomi berpusat secara total pada klien, memandang individu secara unik yang mempunyai masalah tertentu dalam kehidupannya, bukan sebagai kondisi psikopatologi. Perilaku maladaptif maupun tanggapan yang adaptif dipercaya diperoleh melalui proses pembelajaran. Jadi strategi terapi ditempatkan dalam pengalaman perilaku dan penyelesaian tugas oleh klien. Perawat disini berperan sebagai fasilitator, educator, kontraktor, dan evaluator, oleh karena fokus terapi perilaku token ekonomi adalah pada kemajuan pengetahuan dan tingkah laku klien kearah yang adaptif.

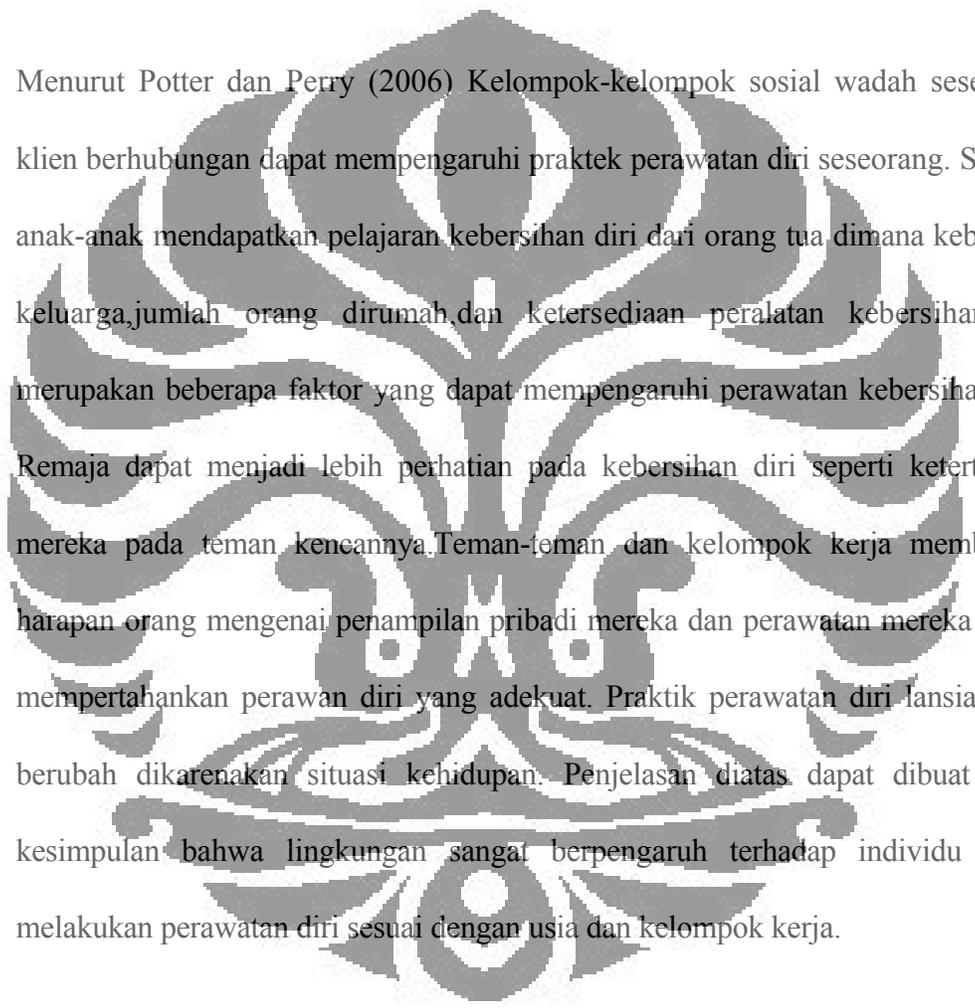
B. Pengaruh Karakteristik Klien Defisit Perawatan Diri Dengan Peningkatan Kemampuan Merawat Diri

1. Pengaruh Usia Terhadap Kemampuan Klien Merawat Diri

Hasil analisis usia tidak berhubungan dengan kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri.

Data tersebut membuktikan bahwa kedua kelompok adalah setara dan ini sesuai dengan teori bahwa pada rancangan quasi eksperimen kedua kelompok dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan bermakna dan karakteristik mendekati sama atau

setara (Praktiknya, 1986 dalam Notoatmodjo, 2002). Lebih lanjut dijelaskannya bahwa uji kesetaraan atau validitas internal dikatakan baik atau valid bila hasilnya menunjukkan tidak adanya perbedaan antara klien yang mendapatkan terapi token ekonomi dengan yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi.



Menurut Potter dan Perry (2006) Kelompok-kelompok sosial wadah seseorang klien berhubungan dapat mempengaruhi praktek perawatan diri seseorang. Semasa anak-anak mendapatkan pelajaran kebersihan diri dari orang tua dimana kebiasaan keluarga, jumlah orang dirumah, dan ketersediaan peralatan kebersihan diri merupakan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi perawatan kebersihan diri. Remaja dapat menjadi lebih perhatian pada kebersihan diri seperti ketertarikan mereka pada teman kencannya. Teman-teman dan kelompok kerja membentuk harapan orang mengenai penampilan pribadi mereka dan perawatan mereka dalam mempertahankan perawatan diri yang adekuat. Praktik perawatan diri lansia dapat berubah dikarenakan situasi kehidupan. Penjelasan diatas dapat dibuat suatu kesimpulan bahwa lingkungan sangat berpengaruh terhadap individu untuk melakukan perawatan diri sesuai dengan usia dan kelompok kerja.

Menurut Siagian (1995), semakin lanjut usia seseorang semangkin meningkat pula kedewasaan teknis, dan tingkat kedewasaan psikologisnya yang menunjukkan kematangan jiwa, dalam arti semakin bijaksana, mampu berfikir secara rasional, mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain. Stuart dan Laraia

(2005) menyatakan usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme coping. Dapat disimpulkan bahwa usia tersebut diatas sudah mampu untuk memilih kebutuhan dasarnya secara baik dan dapat melakukan tindakan yang dapat memperbaiki kondisi dirinya.

Hasil penelitian diatas menunjukkan kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri tidak dipengaruhi oleh karakteristik usia, sehingga usia tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan merawat diri klien.

2. Pengaruh Frekuensi Perawatan Terhadap Kemampuan Klien Merawat Diri

Hasil analisis frekuensi perawatan berhubungan dengan kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri.

Perbedaan kemampuan merawat diri berdasarkan hasil penelitian tentang distribusi karakteristik responden pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi yang dilakukan pada 110 responden dapat diketahui bahwa : Rata-rata jumlah perawatan pada kelompok kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok intervensi. Rata-rata kelompok intervensi sudah pernah dirawat sebanyak 2,38 kali dengan jumlah perawatan yang terendah 1 kali dan tertinggi jumlah perawatannya 10 kali. Rata-rata lama sakit responden pada kelompok intervensi lebih rendah

dibandingkan dengan kelompok kontrol. Rata-rata lama sakit pada kelompok intervensi 6,62 tahun dan kelompok kontrol 8,92 tahun.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa waktu atau lamanya terpapar stresor, yakni terkait sejak kapan, sudah berapa lama, dan berapa kali kejadian (frekwensi), akan memberikan dampak adanya keterlambatan dalam mencapai kemampuan dan kemandirian klien untuk merawat diri.

Disamping itu karena klien sakit sudah cukup lama, dimana rentang lama sakit klien 1 – 15 tahun sehingga selama masa sakit tersebut tidak berkembang kemampuan berfikirnya. Pendapat ini didukung oleh Lehr (dalam Monks dan Haditono, 1991) yang menyatakan bahwa jumlah tahun yang dilalui seseorang bukan merupakan satu-satunya faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang, faktor lain lebih penting adalah pendidikan dan pengalaman.

Stuart dan Laraia (2005), bila seseorang baru pertama kali terkena masalah, maka penanganannya juga memerlukan suatu upaya yang lebih intensif dengan tujuan untuk tindakan pencegahan primer. Dengan kata lain, bahwa semua sumber pendukung yang dimiliki oleh individu, sebaiknya terlibat secara intensif dalam perawatan.

Hasil penelitian diatas menunjukkan kemampuan merawat diri klien defisit

perawatan diri dipengaruhi oleh karakteristik frekuensi perawatan, sehingga karakteristik frekuensi perawatan menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan merawat diri klien.

3. Pengaruh Lama Rawat Terhadap Kemampuan Klien Merawat Diri

Hasil analisis lama rawat tidak berhubungan dengan kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri.

Perbedaan kemampuan merawat diri berdasarkan hasil penelitian tentang distribusi karakteristik responden pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi yang dilakukan pada 110 responden dapat diketahui bahwa: Rata-rata jumlah perawatan pada kelompok kontrol lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok intervensi. Rata-rata kelompok intervensi sudah pernah dirawat sebanyak 2,38 kali dengan jumlah perawatan yang terendah 1 kali dan tertinggi jumlah perawatannya 10 kali. Rata-rata lama sakit responden pada kelompok intervensi lebih rendah dibandingkan dengan kelompok kontrol. Rata-rata lama sakit pada kelompok intervensi 6,62 tahun dan kelompok kontrol 8,92 tahun.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa waktu atau lamanya terpapar stresor, yakni terkait sejak kapan, sudah berapa lama, dan berapa kali kejadian (frekwensi), akan memberikan dampak adanya keterlambatan dalam mencapai kemampuan dan kemandirian klien untuk merawat diri.

Disamping itu karena klien sakit sudah cukup lama, dimana rentang lama sakit klien 1 – 15 tahun sehingga selama masa sakit tersebut tidak berkembang kemampuan berfikirnya. Pendapat ini didukung oleh Lehr (dalam Monks dan Haditono, 1991) yang menyatakan bahwa jumlah tahun yang dilalui seseorang bukan merupakan satu-satunya faktor yang dapat mempengaruhi perilaku seseorang, faktor lain lebih penting adalah pendidikan dan pengalaman.

Stuart dan Laraia (2005), bila seseorang baru pertama kali terkena masalah, maka penanganannya juga memerlukan suatu upaya yang lebih intensif dengan tujuan untuk tindakan pencegahan primer. Dengan kata lain, bahwa semua sumber pendukung yang dimiliki oleh individu, sebaiknya terlibat secara intensif dalam perawatan.

Hasil penelitian diatas menunjukkan kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri tidak dipengaruhi oleh karakteristik lama sakit , sehingga karakteristik lama sakit tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan merawat diri klien.

4. Pengaruh Jenis Kelamin Terhadap Kemampuan Klien Merawat Diri

Hasil analisis jenis kelamin tidak berhubungan dengan kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri.

Perbedaan jenis kelamin dengan kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri di peroleh hasil responden yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dari perempuan. Proporsi kelompok intervensi dan kontrol yang berjenis kelamin laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan perempuan. menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna/ terdapat kesetaraan jenis kelamin antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi, dimana nilai p jenis kelamin.

Besarnya proporsi jenis kelamin laki-laki dapat disebabkan karena saat pemilihan sampel peneliti tidak sama jumlah responden laki-laki dan perempuan, disamping itu klien yang dirawat di RSMM Bogor pada umumnya laki-laki.

Jenis kelamin didefinisikan dengan ciri-ciri fisik, karakter dan sifat yang berbeda, sehingga jenis kelamin mempengaruhi kebersihan seseorang. (Baharuddin, 1996).

Hal ini dapat dirasakan pada saat penelitian responden yang berjenis kelamin perempuan lebih cepat pemahamannya dan lebih cepat terlihat perubahan yang dilakukannya dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin laki-laki.

Sesuai dengan pendapat diatas bahwa karakter dan sifat perempuan selalu ingin terlihat lebih bersih dan lebih cantik jika dipandang oleh semua orang. Jika dibandingkan dengan responden laki-laki masih ada yang harus selalu dimotivasi dalam hal merawat diri walau banyak juga responden laki-laki yang cepat mandiri. Jika dilihat dari perolehan token ekonomi perminggunya wanita lebih banyak dari

pada laki-laki dan perubahan yang terlihat perminggunya sangat jelas. Selain itu hal yang mendukung tersedianya alat-alat perawatan diri yang dibutuhkan.

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri menurut karakteristik jenis kelamin laki-laki dan perempuan.

Hal ini dikuatkan bahwa proporsi terbanyak klien berjenis laki-laki. Disimpulkan jenis kelamin tidak menjadi *counfounding* terhadap kemampuan merawat diri klien.

5. Pengaruh Pekerjaan Terhadap Kemampuan Klien Merawat Diri

Hasil analisis pekerjaan tidak berhubungan dengan kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri.

Perbedaan kemampuan merawat diri klien dengan defisit perawatan diri diperoleh hasil proporsi responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum sakit yang tidak bekerja lebih banyak dari pada yang bekerja. Hasil uji kesetaraan menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna/ terdapat kesetaraan pekerjaan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi.

Masalah pekerjaan merupakan sumber stress pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi yang bersangkutan dapat jatuh sakit (Hawari,2001). Pekerjaan juga terkait dengan status ekonomi seseorang. Status ekonomi yang rendah lebih rentan terhadap terjadinya masalah kesehatan jiwa dan jika dihubungkan dengan masalah

defisit perawatan diri juga tergantung kondisi ekonomi seseorang dalam memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari.

Hasil penelitian ini didukung pertanyaan Townsend (2005), sosial ekonomi yang rendah merupakan salah satu faktor sosial yang menyebabkan tingginya angka gangguan jiwa termasuk skizofrenia. Masalah pekerjaan terkait dengan kemiskinan, tidak memadainya fasilitas, tidak adekuatnya pemenuhan kebutuhan makan, dan perumahan, rendahnya pemenuhan perawatan kesehatan anggota keluarga akan memicu sedikitnya sumber seseorang untuk mengatasi situasi stres dan adanya pernyataan yang tidak berdaya.

Hal senada dikemukakan Hidayat (2005), bahwa masalah ekonomi dan keuangan yang tidak sehat seperti : tidak adanya pekerjaan, hutang , kebangkrutan, pendapatan lebih kecil dari pengeluaran, berpengaruh terhadap kesehatan jiwa seseorang . Masalah ini merupakan faktor resiko membuat seseorang jatuh ke depresi dan shizofrenia.

Berdasarkan hasil penelitian diatas dan penelitian sebelumnya kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri terhadap pekerjaan tidak ada hubungan dapat disimpulkan bahwa pekerjaan tidak mempengaruhi kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri.

6. Pengaruh Status Perkawinan Terhadap Kemampuan Klien Merawat Diri

Hasil analisis status perkawinan tidak berhubungan dengan kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri.

Perbedaan status perkawinan dengan kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri diperoleh hasil proporsi responden yang berstatus tidak kawin lebih banyak dari responden yang kawin atau janda/duda. Jumlah yang responden yang tidak menikah.

Hasil uji kesetaraan menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna/ terdapat kesetaraan status perkawinan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi, dimana nilai p status perkawinan

Menurut Stuart dan Sundeen (2005) menyatakan individu yang mengalami perceraian/ tidak memiliki pasangan termasuk kelompok risiko tinggi mengalami gangguan jiwa. Gangguan jiwa lebih sering dialami individu bercerai atau berpisah dibandingkan dengan menikah atau lajang (Widya, 2007). Masalah kejiwaan lebih sering pada orang yang tinggal sendiri bila dibandingkan dengan tinggal bersama kerabat lain (Amir, 2005). Dapat disimpulkan bahwa masalah status perkawinan dapat membuat individu mengalami gangguan jiwa dan tidak dapat lagi memenuhi kebutuhan sehari-hari : merawat diri.

Tidak adanya pengaruh status perkawinan terhadap kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri dikarenakan sebagian besar berstatus tidak kawin dan sudah mengalami gangguan jiwa cukup lama. Dapat disimpulkan status perkawinan tidak mempengaruhi kemampuan merawat diri klien.

7. Pengaruh Pendidikan Terhadap Kemampuan Klien Merawat Diri

Hasil analisis pendidikan tidak berhubungan dengan kemampuan merawat diri klien defisit perawatan diri.

Hubungan pendidikan dengan kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri diperoleh hasil proporsi responden pada kelompok intervensi, pendidikan yang terbanyak SD 19 orang sedangkan pada kelompok kontrol yang berpendidikan terbanyak SLTP dan SMU masing-masing 17 orang. Menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna/ terdapat kesetaraan pendidikan antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi.

Pendidikan adalah status resmi tingkat pendidikan terakhir yang ditempuh oleh klien. Hasil penelitian ini didukung pernyataan Loundon dan Britta (1998) menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi keinginan dan harapannya. Menurut Siagian (1995) semakin tinggi pendidikan seseorang semakin besar untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan. Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan klien berinteraksi

secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Jadi jelaslah bahwa pendidikan mempengaruhi kemampuan klien untuk memutuskan perilaku apa yang akan diambilnya, menerima masukan dan keterampilan serta motivasi untuk dapat menyelesaikan masalah dalam dirinya.

Hal tersebut sesuai dengan *theory of reasoned* yang dikemukakan oleh Ajzen dan Fishbein (1980) yang menekankan bahwa proses kognitif sebagai dasar bagi manusia untuk memutuskan perilaku apa yang akan diambilnya, yang secara sistematis memanfaatkan informasi yang tersedia disekitarnya. Hasil analisis diatas disimpulkan pendidikan tidak berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam setiap penelitian tentu memiliki keterbatasan-keterbatasan. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang merupakan sebagai ancaman yang meliputi : keterbatasan instrumen, keterbatasan variabel dan keterbatasan hasil.

1. Instrumen penelitian

Kuesioner observasi yang digunakan dalam penelitian ini belum mempunyai nilai baku. Instrumen disusun berdasarkan teori-teori yang peneliti kembangkan pada tinjauan pustaka.

Buku pedoman (modul) yang digunakan untuk membantu pelaksanaan terapi token

ekonomi pada penelitian ini disusun oleh peneliti sendiri dengan mengacu pada berbagai literatur. Meskipun buku ini belum dilakukan uji cobakan pada klien lain diluar penelitian, namun untuk validitas isi (*construct validity*) buku pedoman (modul) terapi token ekonomi ini telah dilakukan dengan mengkonsultasikan kepada pakar keperawatan di fakultas ilmu keperawatan UI dan mendapatkan persetujuan untuk digunakan.

2. Proses pelaksanaan penelitian

Singkatnya waktu penelitian, jumlah klien yang mengalami defisit perawatan diri banyak untuk di intervensi sehingga jadwal interaksi dengan klien harus diatur sedemikian rupa. Pada ruangan intervensi wanita klien pada bulan ini berjumlah sedikit sehingga tidak memenuhi target sample untuk memecahkan masalah tersebut peneliti mengambil klien dari ruangan yang lain. Interaksi yang dilakukan ke klien pagi dan sore hari, namun interaksi yang dilakukan pada sore hari tidak boleh melebihi jam 17.00. jika interaksi dilakukan pada sore hari melebihi waktu tersebut tidak efektif.

Pada penelitian ini, peneliti dibantu oleh observer sebanyak 8 orang tiap ruangan dilakukan observasi oleh 2 orang ke 8 observer tersebut telah dilakukan uji kappa terlebih dahulu. Untuk mengumpulkan data atau mengisi rapot klien dilakukan observasi sebanyak 2 kali sehari. Namun terkadang observasi yang dilakukan pada sore hari terkadang tidak tertulis sehingga observer yang pagi hari yang

menanyakan langsung ke klien tentang pelaksanaan pada sore hari.

Tenaga untuk pelaksanaan terapi token ekonomi hanya peneliti sendiri, sehingga peneliti sedapat mungkin membagi waktu dengan baik agar pelaksanaan terapi sesuai dengan target waktu yang telah ditetapkan.

Keterbatasan lainnya pada saat intervensi adalah untuk beberapa klien perlu diberikan stimulus untuk melalui sesi-sesi dalam pelaksanaan terapi token ekonomi. Ada beberapa klien baik dari kelompok intervensi dan juga kelompok kontrol pulang sebelum selesai waktu penelitian. Berdasarkan hasil evaluasi klien yang pulang tersebut mampu melaksanakan intervensi dengan baik, dan pada umumnya mereka pulang setelah pelaksanaan sesi 3 pada minggu 1 sehingga klien tersebut dikeluarkan dari kelompok responden. Sebagai antisipasi peneliti sudah menambah jumlah responden di saat awal penelitian, sehingga sampai akhir penelitian berjumlah sesuai dengan sample 55 orang kelompok intervensi dan 55 kelompok kontrol.

D. Implikasi Terhadap Pelayanan Dan Penelitian

Terkait dengan penelitian ini, dimana intervensi yang telah dilakukan adalah dalam upaya mengubah perilaku yang maladaptif menjadi perilaku yang adaptif menunjukkan hasil yang sangat bermakna terhadap kemampuan klien dalam merawat diri. Berikut diuraikan mengenai implikasi hasil penelitian terhadap :

1. Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini memberi implikasi dari penentu kebijakan sampai pada pelaksana kebijakan. Direktur/pimpinan rumah sakit sebagai penentu kebijakan merupakan posisi yang memiliki pengaruh yang menentukan agar program ini dapat disetujui. Bidang keperawatan dan diklat keperawatan sebagai perencana, menyusun program untuk pelaksanaan terapi token ekonomi dalam meningkatkan pelayanan keperawatan terhadap klien defisit perawatan diri.

2. Pendidikan

Penelitian ini memberi implikasi bagi institusi pendidikan untuk dapat memasukkan program terapi token ekonomi dalam kurikulum pendidikan, sebagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan oleh seorang perawat pelaksana dalam mencegah dan mengatasi masalah defisit perawatan diri.

3. Peneliti

Pada penelitian keperawatan, perlu dioptimalkan pelayanan untuk mengubah kemampuan perilaku klien defisit perawatan diri. Oleh sebab itu perlu dikembangkan penelitian lain yang terkait dengan klien defisit perawatan diri.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan penjelasan dari bab sebelumnya sampai pembahasan hasil penelitian ini, maka dapat ditarik simpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan seperti penjelasan berikut ini.

A. Simpulan

Dengan dilakukan terapi token ekonomi selama 5 minggu pada klien defisit perawatan diri diperoleh hasil:

1. Kemampuan klien merawat diri (mandi, berpakaian/berhias, makan dan toileting) meningkat secara bermakna pada klien defisit perawatan diri sesudah dilakukan terapi token ekonomi.
2. Kemampuan klien merawat diri (mandi, berpakaian/berhias, makan dan toileting) pada kelompok yang mendapatkan terapi token ekonomi meningkat lebih tinggi/ secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi.
3. Kemampuan merawat diri pakaian/berhias dan makan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi token ekonomi mengalami penurunan.
4. Karakteristik klien tidak berhubungan dengan kemampuan merawat diri pada klien defisit perawatan diri.

B. Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian terhadap upaya peningkatan kemampuan dalam merawat diri pada klien dengan defisit perawatan diri.

1. Aplikasi Keperawatan

- a. Pihak rumah sakit menetapkan terapi token ekonomi sebagai salah satu program dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya untuk klien dengan defisit perawatan diri.
- b. Pihak rumah sakit memberikan kesempatan kepada perawat kesehatan jiwa untuk mengembangkan diri melalui pendidikan formal keperawatan sampai jenjang spesialis
- c. Perawat spesialis keperawatan jiwa hendaknya menjadikan terapi token ekonomi sebagai salah satu terapi keperawatan dalam mengatasi masalah klien defisit perawatan diri atau pada klien dengan diagnosa keperawatan yang lain.

2. Keilmuan

- a. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan cara dalam meningkatkan kemampuan klien dalam merawat diri terutama pada klien dengan defisit perawatan diri.
- b. Modul terapi token ekonomi dapat memperkaya referensi ilmu keperawatan

khususnya keperawatan jiwa

3. Metodologi

- a. Perlunya dilakukan replikasi pada rumah sakit lainnya di RSJ diseluruh Indonesia sehingga diketahui keefektifan penggunaan terapi token ekonomi dalam menangani masalah defisit perawatan diri dan kesempurnaan modul.
- b. Perlu penelitian kualitatif untuk melengkapi informasi tentang sejauh mana terapi token ekonomi dapat menyelesaikan masalah defisit perawatan diri yang sesuai dengan klien skizoprenia
- c. Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan terapi token ekonomi untuk menjadikan terapi token ekonomi sebagai salah satu model pelayanan keperawatan
- d. Penyempurnaan modul pelaksanaan terapi token ekonomi untuk pemberian terapi sebagai salah satu model pelayanan keperawatan perlu dilakukan.
- e. Apabila menggunakan buku pedoman dalam kegiatan penelitian, selain meminta pendapat atau saran dari pakar, hendaknya dilakukan juga uji kelayakan pada responden lain yang tidak mengikuti penelitian
- f. Instrumen yang sudah digunakan dalam penelitian ini hendaknya dapat digunakan sebagai alat ukur bagi klien defisit perawatan diri untuk masa mendatang.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 2000, *Mental Illness in family recognized the warning sign an h how to cope*, ¶ 4. www.nha. Org _diambil tanggal 14 Oktober 2007).
- Arikunto, S. (2000). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ariawan, I (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*, Jakarta : FKM-UI (tidak di publikasikan)
- _____, 2006, Gangguan jiwa rugikan ekonomi Rp 32 triliun, ¶ 4, www.pikiran-rakyat.com, diambil tanggal 19 September 2007
- Boyd, M.A., & Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric nursing contemporary practice*, Philadelphia: Lippincott
- Brockopp, D.Y. & Marie, T.H.T. (1995). *Fundamental of nursing research (Dasar-dasar riset keperawatan)*. Boston: Jones & Barlett Publishers.
- Chandra, 2005, ¶ 1, http://idonline.org/info/idi-isi.php?news_id=766 diperoleh tgl 28 Februari 2008
- Carson, V.B. (2000). *Mental health nursing : the nurse-patient journey*. Philadelphia: WB.Saunders Company
- Depkes (1992). *Undang-Undang Republik Indonesia No : 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan*, Jakarta : Depkes
- (_____, 2000, *Mental Illness in family recognized the warning sign an h how to cope*, ¶ 4. www.nha. Org _diambil tanggal 14 Oktober 2007).
- .Gatra,2001,¶1,http://www.litbang.depkes.go.id/Publikasi_BPPK/Maskes_BPPK/Triwulan2/gangguan%20jiwa.htm diperoleh tanggal 28 Februari 2008.
- (W. Michigan Avenue,2007. <<http://www.wmich.edu/aba>>, diperoleh tanggal 25 Januari 2007).

(_____,2008, <http://aryaverdiramadhani.blogspot.com>, diperoleh tanggal 3 Maret 2008).

Hastono, S.P. (2001). *Modul analisis data*, Jakarta : FKM – UI (tidak dipublikasikan)

Hawari, D. (2001). *Pendekatan holistik pada gangguan jiwa skizoprenia*, Jakarta : FKUI

Handayani, (2000). *Psikologi perkembangan*. Bandung: UNPAD

Kaplan, et al (1996). *Synopsis of psychiatry sciences clinical psychiatry*. (7th ed), Baltimore : Williams & Wilkins.

Kaplan,H.I., Sadock,B.J., Grebb,J.A. (2002). *Sinopsis psikiatri*. Edisi Ketujuh. Jakarta : Binarupa Aksara

Keliat & dkk(2006). *Modul model praktik keperawatan profesional jiwa (MPKP Jiwa)*, Jakarta : WHO-FIK UI

Keliat & Akemat (2005). *Keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok*, Jakarta : EGC

Miller A. Calor, 1995, *Nursing care of older adult, teori and practice*. 2nd Ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Mohr, W.K. (2006). *Psychiatric- mental health nursing* (4th ed), Philadelphia : J.B. Lippincott Company.

Maslim, R. (2001). *Diagnosis gangguan jiwa*, PPDGJ III, Jakarta : FK Unika Atmajaya

NANDA (2005). *Nursing diagnoses : definitions & classification*, Philadelphia : AR

Notoadmodjo, Soekijo. (2003). *Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku*, Yogyakarta: Andi Offset.

Notoadmodjo, Soekijo. (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.

Pollit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research : Methods Appraisal, and utilization* (6th ed) Philadelphia : Lippincott Williams & Walkins.

- Potter, Anne Griffin, (2005), *Fundamentals of nursing: concept, proses and practice*. Alih bahasa, Yasmin Asih et al, Buku Ajar fundamental keperawatan: konsep, proses dan praktek. Edisi 1, Jakarta : EGC
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2002). *Dasar – dasar metodologi penelitian klinis* (2th ed), Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Suliswati, dkk (2002). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*, Jakarta : EGC
- Supriyanto, S. (2007). *Metodologi riset*. Surabaya: Program Administrasi & Kebijakan Kesehatan. FKM-Unair
- Sunaryo (2004). *Psikologi untuk keperawatan*, Bandung ; Alfabeta.
- Siswono, 2006 & Anonim 2001, ¶ 1, www. gizi.net, diperoleh tanggal 8 September 2007)
- Shives, L.R. (1998), *Basic concept psychiatric-mental health nursing*. (4th ed). Philadelphia: Lippincolt
- Stuart, G.W., and Laraia (2005), *Principles and practice of psyhiatric nursing*. (7th ed.). St. Louis : Mosby Year B.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (2005). *Buku saku keperawatan jiwa* (4th ed), Jakarta : EGC
- Stuart G.W and Sundeen. (1995), *Principles and practice of psyhiatric nursing*. St. Louis : Mosby Year B.
- Townsend, M.C (2005), *Essentials of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed) Philadelphia, F.A.Davis Company
- WHO, (2005), *Human resources and training ini mental health : mental health policy and service guide package*, China : WHO Publishing
- Wilkinson, (2007), *Diagnosa keperawatan*, Jakarta, EGC
- Yustinus Semiun, (2006), *Kesehatan mental 3*, Yogyakarta : Kanisius

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata

Nama : Dwi Putri Parendrawati
Tempat/Tanggal Lahir : Mataram, 23 September 1970
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Pengajar Program Studi Keperawatan Cirebon
Alamat Instansi : Jl. Pemuda no 38 Cirebon.
Telpon : (0231) 245739
Alamat Rumah : Komplek Perumahan Islamic Center
Jl. Sikranji III no 38 Tuparev Cirebon
Telpon : (0231) 210976

Riwayat Pendidikan

SDN 01 Mataram : Lulus tahun 1983
SMPN 01 Mataram : Lulus tahun 1986
SMAN 01 Mataram : Lulus tahun 1989
Akper Depkes Bandung : Lulus tahun 1992
IKIP Mataram : Lulus tahun 1997
FIK UI Jakarta : Lulus tahun 2002

Riwayat Pekerjaan

Perawat Pelaksana RS Islam Mataram : Tahun 1992-1993
Pengajar di SPK Depkes Mataram : Tahun 1993 - 1998
Pengajar di Akper Depkes Cirebon : Tahun 1998 – 2002
Pengajar di Program Studi Keperawatan Cirebon : Tahun 2002 - sekarang