

**PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK (SP 1-4) TERHADAP KEMAUAN DAN
KEMAMPUAN PERSONAL HIGIENE PADA KLIEN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI
RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

**Uswatun Khaeriyah *),
Sujarwo**), Supriyadi***)**

*)Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang,

**)Dosen Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Telogorejo Semarang,

***)Dosen Politeknik Semarang

ABSTRAK

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang akan membebani masyarakat sepanjang hidup penderita, dikarakterisasikan dengan disorganisasi pikiran, perasaan dan perilaku defisit perawatan diri. Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berhias, makan dan BAK/BAB (*toileting*)

Tujuan penelitian ini mengetahui pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kemauan dan kemampuan personal hygiene pada klien defisit perawatan diri

Jenis penelitian adalah *quasi eksperiment* dengan rancangan *one-group pre test and post test design* dengan sampel sebanyak 50 responden. Uji statistik menggunakan *Wilcoxon Signed Range Test*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kemauan personal hygiene (makan dan mandi) dengan masing-masing *p value* 0,000 dan kemampuan personal hygiene (mandi, makan, dan eliminasi) dengan masing-masing *p value* 0,000. Diharapkan perawat dapat lebih memperhatikan proses komunikasi terapeutik pada klien defisit perawatan diri sesuai rencana tindakan keperawatan dan secara berkesinambungan.

Kata kunci : kemauan dan kemampuan personal hygiene, defisit perawatan diri

ABSTRACT

Schizophrenia is a mental disorder would burden the whole of the public life characterized by disorganization mind, feeling deficit care themselves and conduc. Deficit care self is a condition on someone who undergoes weakness ability in furnish activity care self independently as bath, ornate, eating and tub / chapter (*toileting*).

The purpose of this research was to know the influence of therapeutic communication to ward willingness and the ability of personal hygiene clients deficit care.

The study was *quasi eksperiment* with one-group pre test and post test design. The samples was 50 respondents. Statistical test using *wilcoxon signed range test*. Result showed that the communication therapeutic against volition personal hygiene (eating and bathing) with each *p value* 0,000 and ability personal hygiene (bath, eating, and elimination) with each *p* 0,000 value.

Nurses should pay more attention processes of communication terapeutik clients deficit care themselves according to plan the act of nursing and sustainable.

Keywords: the willingness and ability of personal hygiene, self-care deficit, therapeutic communication

PENDAHULUAN

Dewasa ini, kemajuan ilmu pengetahuan dan kemajuan teknologi dan komunikasi semakin pesat, hal tersebut mendorong perubahan pola hidup dalam masyarakat yang semakin kompleks. Seperti perubahan tersendiri suatu nilai – nilai dan pembaruan sosial dalam berbagai aspek kehidupan. Perkembangan tersebut menuai berbagai konflik dan menuntut kemampuan penyesuaian diri dari individu. The Indonesian Psychiatric Epidemiologic pada 2004 pernah membuat survei yang menunjukkan, 18,5 % orang dewasa mengalami gangguan jiwa. Artinya, hampir satu di antara lima orang pernah atau masih mengalami gangguan jiwa ringan hingga parah. (Lusia, 2011).

Prevalensi nasional gangguan jiwa berat adalah 0,5 % (berdasarkan keluhan responden atau observasi pewawancara), sebanyak 7 provinsi mempunyai prevalensi gangguan jiwa berat diatas prevalensi nasional, yaitu nangroe aceh darus salam, sumatra barat, bangka belitung, kepulauan riau, DKI jakarta, nusa tenggara barat (RISKESDAS,2007).

Skizofrenia merupakan suatu gangguan jiwa berat yang akan membebani masyarakat sepanjang hidup penderita, dikarakterisasikan dengan disorganisasi pikiran, perasaan dan perilaku (Lenzenweger dan gottesman, 1994 dalam Sinaga,2007).

Skizofrenia merupakan salah satu kasus yang banyak didapatkan dari sekian banyak jenis gangguan jiwa yang ada di Indonesia, baik di poliklinik rumah sakit maupun ditempat-tempat perawatan jiwa atau sanatorium (Sinaga,2007).

Angka kejadian skizofrenia di Amerika Serikat cukup tinggi, mencapai 1/100 penduduk. Sebagai perbandingan, di Indonesia bila ada PJPT I angkanya adalah 1/1000 penduduk maka proyeksinya pada PJPT II 3/1000 penduduk, bahkan lebih besar lagi (Yosep, hlmn. 59, 2007).

Dari data yang diperoleh dari Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.Amino Gondohutomo Semarang tahun 2011 diperoleh data bahwa terdapat 146 angka kejadian defisit perawatan diri. Salah satu gejala dari gangguan jiwa adalah defisit perawatan diri. Keterbatasan perawatan diri biasanya di akibatkan oleh karena tingkatan stresor yang tinggi dan berat serta sulit ditangani oleh klien

(klien biasanya mengalami harga diri rendah). Sehingga dirinya tidak mau mengurus atau merawat dirinya sendiri dalam hal mandi, berpakaian, berhias, makan, maupun BAK dan BAB. Bila tidak dilakukan intervensi oleh perawat, maka kemungkinan klien bisa mengalami isolasi sosial (Fitria,hlm. 95, 2009).

Stuart G.W (1998) menekankan bahwa hakikat dari komunikasi adalah sebagai suatu hubungan yang dapat menimbulkan perubahan sikap dan tingkah laku serta kebersamaan dalam menciptakan saling pengertian dari orang-orang yang terlibat dalam komunikasi. Oleh karena itu kesamaan bahasa, kesamaan simbol, kesamaan arti sangat mempengaruhi informasi tersebut untuk diterima dan dikomunikasikan (Nasir et al, 2009,hlm. 3).

Dalam penelitian Rosdiana (2009), telah dibuktikan bahwa komunikasi perawat dengan pasien jiwa mempunyai efek penyembuhan baik dalam kontens kesehatan jiwa maupun kesehatan fisik klien dengan defisit (merawat diri). Komunikasi juga memiliki kontribusi yang signifikan dalam kesehatan dan kesembuhan pasien juga kemauan klien dalam perawatan diri

Komunikasi dalam bentuk strategi pelaksanaan (SP) pada DPD ini bertujuan agar klien mampu dan menjadi mau melakukan aktivitas perawatan diri atau personal hygiene secara mandiri seperti mandi/membersihkan diri, berpakaian/berhias, makan, BAB dan BAK (Fitria, hlm.97, 2009).

Dalam proses keperawatan komunikasi terapeutik sangat penting karena komunikasi ini merupakan alat dalam melaksanakan proses keperawatan. Dalam asuhan keperawatan, komunikasi ditujukan untuk mengubah perilaku klien untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal (Stuart GW., 1998).

Berdasarkan data diatas penulis tertarik untuk meneliti tentang komunikasi terapeutik untuk mengetahui sejauh mana pengaruhnya terhadap kemauan dan kemampuan personal hygiene pada klien dengan defisit perawatan diri

Tujuan penelitian ini adalah Mengetahui pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kemauan dan kemampuan personal hygiene

pada klien defisit perawatan diri di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *quasi eksperiment* dengan menggunakan jenis penelitian *one-group pre test and post test design*. Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2003, hlm.85). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien defisit perawatan diri yang dirawat pada bulan April 2013 di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.Amino Gondohutomo Semarang.

Teknik pengambilan sampel yang digunakan teknik *quasi eksperiment*. Pemilihan responden sebagai sampel berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan, yaitu sebagai berikut : pasien belum pernah terlibat strategi pelaksanaan (SP) sesi 1,2,3 maupun 4.

Penelitian ini menggunakan instrument yang berupa observasi dengan 23 point mengenai kemampuan personal hygiene klien DPD, dan berupa kuesioner dengan 24 pertanyaan mengenai kemampuan personal hygiene klien DPD. Kemampuan dan kemampuan klien dinilai dengan cara diobservasi dan diwawancara, jika klien mampu dan mau dinilai 1 dan jika tidak mampu atau mau dinilai 0, kemudian dijumlah secara keseluruhan.

Analisis statistik untuk menguji validitas dari kuesioner dan observasi dilakukan uji *expert* kepada 3 ahli dari pihak rumah sakit dan institusi. Tempat penelitian dilakukan di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pemberian komunikasi terapeutik dilakukan oleh perawat yang memenuhi kriteria sebagai enumerator. Komunikasi terapeutik diberikan kepada 50 responden yang dikelompokkan menjadi 3 kelompok.

Distribusi karakteristik responden pada penelitian ini ditampilkan sebagaimana tabel 1 :

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden

No.	K arakteristik	Frekuensi	%
1.	Jenis kelamin		
a.	Wanita	28	56
b.	Laki-laki	22	44
2.	Pendidikan		

a.	Pendidikan Dasar	33	66
b.	Pendidikan Menengah	15	33
c.	Pendidikan Tinggi	2	4
3.	Pekerjaan		
a.	Buruh	14	28
b.	Tani	14	28
c.	Swasta	13	26
d.	Tidak bekerja	9	18

Sumber : hasil olahan data primer tahun 2013

Dari tabel 1 dapat dilihat bahwa responden yang berjenis kelamin wanita lebih besar dari pada responden laki-laki yaitu,56%. Sedangkan menurut pendidikan diketahui bahwa responden terbesar memiliki pendidikan dasar yaitu 66%, pendidikan menengah 33% dan pendidikan tinggi 4%. Kemudian tabel distribusi pekerjaan menunjukkan bahwa persentase terbesar yaitu 14%, didapat dari responden buruh dan tani dibandingkan dengan responden yang bekerja swasta 13% dan responden yang tidak bekerja 9%.

Tabel 2. Distribusi Kemampuan Personal Higiene (Mandi) Responden DPD Sebelum Dan Sesudah Diberikan Komunikasi Terapeutik

Kemampuan PH(mandi)	Sebelum Intervensi		Setelah Intervensi	
	Frek	%	Frek	%
Baik	38	24	50	100
Sedang	12	76	-	-
Buruk	-	-	-	-

Sumber : hasil olahan data primer tahun 2013

Dari tabel tersebut didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan komunikasi terapeutik kemampuan PH(mandi) paling banyak adalah baik 76% dan dengan kemampuan sedang hanya 24%. Sedangkan kemampuan responden setelah diberikan komunikasi terapeutik seluruhnya memiliki kemampuan PH(mandi) yang baik 100%.

Tabel 3. Distribusi Kemampuan Personal Higiene (berdandan) Responden DPD Sebelum Dan Sesudah Diberikan Komunikasi Terapeutik

Kemampuan PH(berdandan)	Sebelum Intervensi		Setelah Intervensi	
	Frek	%	Frek	%
Baik	46	92	49	98
Sedang	-	-	1	2
Buruk	4	8	-	-

Sumber : hasil olahan data primer tahun 2013

Dari tabel tersebut didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan komunikasi terapeutik kemampuan PH(berdandan) paling banyak adalah baik 92% dan dengan kemampuan buruk hanya 8%. Sedangkan kemampuan responden setelah diberikan komunikasi terapeutik responden dengan kemampuan baik menjadi 98% dan kemampuan sedang 2%.

Tabel 4. Distribusi Kemampuan Personal Higiene (makan) Responden DPD Sebelum Dan Sesudah Diberikan Komunikasi Terapeutik

Kemampuan PH(makan)	Sebelum intervensi		Setelah Intervensi	
	Frek	%	Frek	%
Baik	12	24	35	70
Sedang	6	12	11	22
Buruk	32	64	4	8

Sumber : hasil olahan data primer tahun 2013

Dari tabel tersebut didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan komunikasi terapeutik kemampuan PH(makan) paling banyak adalah buruk 64% dan dengan kemampuan baik hanya 12% dan sedang 6%. Sedangkan kemampuan responden setelah diberikan komunikasi terapeutik responden dengan kemampuan baik menjadi 70% dan kemampuan sedang 11% buruk 8%.

Tabel 5. Distribusi Kemampuan Personal Higiene (eliminasi) Responden DPD Sebelum Dan Sesudah Diberikan Komunikasi Terapeutik

Kemampuan PH(eliminasi)	Sebelum intervensi		Setelah Intervensi	
	Frek	%	Frek	%
Baik	27	54	41	82
Sedang	23	46	9	18
Buruk	-	-	-	-

Sumber : hasil olahan data primer tahun 2013

Dari tabel tersebut didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan komunikasi terapeutik kemampuan PH(eliminasi) paling banyak adalah baik 54% dan dengan kemampuan sedang hanya 46% . Sedangkan kemampuan responden setelah diberikan komunikasi terapeutik responden dengan kemampuan baik menjadi 82% dan kemampuan sedang 18%.

Tabel 6. Distribusi Kemauan Personal Higiene (mandi) Responden DPD Sebelum Dan Sesudah Diberikan Komunikasi Terapeutik

Kemauan PH(mandi)	Sebelum intervensi		Setelah Intervensi	
	Frek	%	Frek	%
Baik	47	94	50	100
Sedang	3	6	-	-
Buruk	-	-	-	-

Sumber : hasil olahan data primer tahun 2013

Dari tabel tersebut didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan komunikasi terapeutik kemauan PH(mandi) paling banyak adalah baik 94% dan dengan kemauan sedang hanya 6% . Sedangkan kemauan responden setelah diberikan komunikasi terapeutik seluruhnya memiliki kemauan PH(mandi) yang baik 100%.

Tabel 7. Distribusi Kemauan Personal Higiene (berdandan) Responden DPD Sebelum Dan Sesudah Diberikan Komunikasi Terapeutik

Kemauan PH(berdandan)	Sebelum intervensi		Setelah Intervensi	
	Frek	%	Frek	%
Baik	49	98	50	100
Sedang	1	2	-	-
Buruk	-	-	-	-

Sumber : hasil olahan data primer tahun 2013

Dari tabel tersebut didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan komunikasi terapeutik kemauan PH(berdandan) paling banyak adalah baik 98% dan dengan kemauan sedang hanya 2% . Sedangkan kemauan responden setelah diberikan komunikasi terapeutik seluruhnya memiliki kemauan PH(berdandan) yang baik 100%.

Tabel 8. Distribusi Kemauan Personal Higiene (makan) Responden DPD Sebelum Dan Sesudah Diberikan Komunikasi Terapeutik

Kemauan PH(makan)	Sebelum intervensi		Setelah Intervensi	
	Frek	%	Frek	%
Baik	21	42	47	94
Sedang	10	20	2	4
Buruk	19	38	1	2

Sumber : hasil olahan data primer tahun 2013

Dari tabel tersebut didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan komunikasi terapeutik kemauan PH(makan) paling banyak adalah

baik 42% dan dengan kemauan sedang hanya 20% dan buruk 38% . Sedangkan kemauan responden setelah diberikan komunikasi terapeutik responden dengan kemauan baik menjadi 94% dan kemampuan sedang 4% dan buruk 2%.

Tabel 9. Distribusi Kemauan Personal Higiene (eliminasi) Responden DPD Sebelum Dan Sesudah Diberikan Komunikasi Terapeutik

Kemauan PH(eliminasi)	Sebelum Intervensi		Setelah Intervensi	
	Frek	%	Frek	%
Baik	50	100	50	100
Sedang	-	-	-	-
Buruk	-	-	-	-

Sumber : hasil olahan data primer tahun 2013

Dari tabel tersebut didapatkan hasil bahwa sebelum diberikan komunikasi terapeutik kemauan PH(eliminasi) seluruhnya memiliki kemauan baik 100% . Setelah diberikan komunikasi terapeutik seluruhnya memiliki kemauan PH(eliminasi) yang baik 100%.

Uji statistik pada variabel bebas dan variabel terikat dilakukan uji *Shapiro Wilk Test* , untuk mengetahui sebaran normalitas data, hasil uji *Shapiro wilk* didapat pada semua variabel uji *p* value 0,000. Maka disimpulkan data berdistribusi tidak normal, sehingga uji statistik yang digunakan adalah *Wilcoxon signed test*.

Tabel 10. Wilcoxon Signend Ranks Test

	Wilcoxon Signed Ranks Test Statistic		Arti
	Z	Sig.	
Post-pre kemampuan PH(mandi) Positif ranks	-5,613	0,000	Signifikan
Post-pre kemampuan PH(berdandan) Ties ranks	-1,857	0,063	Signifikan
Post-pre kemampuan PH(makan) Positif ranks	-5,305	0,000	Signifikan
Post-pre kemampuan PH(eliminasi) Positif ranks	-3,742	0,000	Signifikan

Sumber : hasil olahan data primer tahun 2013

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan didapatkan hasil bahwa nilai rata-rata post test lebih besar dari pada post test untuk kemampuan PH(mandi, makan dan eliminasi), sedangkan untuk kemampuan PH(berdandan) post test sama dengan pre test. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kemampuan PH(mandi, makan dan eliminasi).

Tabel 10. Wilcoxon Signend Ranks Test

	Wilcoxon Signed Ranks Test Statistic		Arti
	Z	Sig.	
Post-pre kemauan PH(mandi) Positif ranks	-3,506	0,000	Signifikan
Post-pre kemauan PH(berdandan) Ties ranks	-1,000	0,317	Signifikan
Post-pre kemauan PH(makan) Positif ranks	-4,505	0,000	Signifikan
Post-pre kemauan PH(eliminasi) Ties ranks	-0,000	1,000	Signifikan

Sumber : hasil olahan data primer tahun 2013

Berdasarkan hasil analisis yang dilakukan didapatkan hasil bahwa nilai rata-rata post test lebih besar dari pada post test untuk kemauan PH(mandi dan makan), sedangkan untuk kemauan PH(berdandan dan eliminasi) post test sama dengan pre test. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kemampuan PH(mandi dan makan).

Upaya yang dapat dilakukan terhadap klien dengan defisit perawatan diri yaitu pendapat dari Potter dan Perry (2005), setelah dilakukan tindakan keperawatan, kemudian didapatkan respon klien terhadap terapi tersebut, maka perawat dapat membuat rencana keperawatan selanjutnya untuk memenuhi kebutuhan klien. Hal tersebut tentunya mendukung bahwa terapi yang diberikan sesuai dengan rencana keperawatan dan dapat membantu proses pemulihan klien.

Upaya lain yang dapat dilakukan adalah sesuai dengan tugas perawat dalam komunikasi terapeutik sendiri, dengan adanya beberapa tahap komunikasi, yaitu fase interaksi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi (Keliat 2003).

Hal lain yang dapat dilakukan, keluarga juga perlu dilibatkan dalam membantu proses pemulihan klien. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Dalami (2010), yang menyatakan keterlibatan keluarga sebagai kelompok pendukung yang memiliki manfaat bagi proses pemulihan klien, karena dapat mempercepat proses penyembuhan klien melalui dinamika keluarga maupun kelompok.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang penerapan komunikasi terapeutik (SP 1-4) pada 50 responden penderita defisit perawatan diri yang dirawat inap di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, sehingga dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik memiliki pengaruh yang signifikan dalam peningkatan kemampuan (mandi, makan dan eliminasi) dan kemauan (mandi dan makan) dengan masing-masing p value 0,000.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka peneliti mengusulkan saran sebagai berikut:

1. Perawat
Berdasarkan penelitian ini, didapatkan hasil bahwa komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat sesuai dengan rencana penelitian yaitu sekali per hari selama 3 hari mempengaruhi peningkatan kemampuan dan kemauan personal hygiene (mandi, berdandan, makan dan eliminasi). Oleh karena itu diharapkan perawat dapat lebih memperhatikan proses komunikasi terapeutik pada klien defisit perawatan diri yang seharusnya dilakukan sesuai rencana tindakan keperawatan dan secara berkesinambungan sehingga dapat berbentuk rasa percaya klien terhadap perawat. Selain itu, perawat

sebaiknya bisa lebih memberikan penjelasan mengenai klien terhadap keluarga.

2. Bagi keluarga

Peneliti juga mengharapkan agar keluarga dapat membantu keberlangsungan proses peningkatan kemampuan dan kemauan personal hygiene (mandi, berdandan, makan dan eliminasi) pada klien dengan defisit perawatan diri dengan memberikan komunikasi yang baik dan benar.

3. Bagi penelitian selanjutnya

Untuk penelitian selanjutnya diharapkan dapat memilih sampel dengan menambahkan beberapa kriteria inklusi ataupun kriteria eksklusi, sehingga sampel dapat mewakili populasi yang ada.

Bagi penelitian selanjutnya, diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk pengembangan dan tindak lanjut penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Dalami, E., Rochimah, Gustina, Roselina, E., & Banon, E. (2009). *Buku Saku Komunikasi Keperawatan*. Jakarta : Trans Info Medika
- Fitria, N. (2009). *Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP) untuk 7 Diagnosis Keperawatan Jiwa Berat bagi Program S-I Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Keliat, A. B. (2003). *Hubungan Terapeutik Perawat-Klien*. Jakarta : EGC

- Lusia, A.(2011).*80 persen Penderita Skizofrenia Tidak Diobati.*
http://health.kompas.com/read/2011/06/03/07014272/80.Persen.Penderita_Skizofrenia.Tak.Diobati
diperoleh tanggal 1 Desember 2011
- Nasir, A., Muhith, A., Mubarak, I.A., & Sajidin. (2009). *Komunikasi Dalam Keperawatan Teori dan Aplikasi.*Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam, dkk. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan.* Jakarta : Salemba Medika
- Potter, P.A.(2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep,Proses dan Praktik.Edisi 4. Volume 2.*Jakarta : EGC
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007.*(2007)
- Rosdiana, I.D. (2009). *Komunikasi Terapeutik Perawat Pada Pasien Dengan Masalah Defisit (Kurang memperhatikan) Perawatan Diri di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.*13-14
- Sinaga,B. R.(2007). *Skizofrenia dan Diagnosis Banding.*Jakarta : Balai Penerbit FKUI
- Stuart, G.W., Sundeen J.S.,(1998). *Keperawatan Jiwa.* Edisi 3. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Yosep, I. (2007). *Keperawatan Jiwa.* Bandung : PT Refika Aditama