

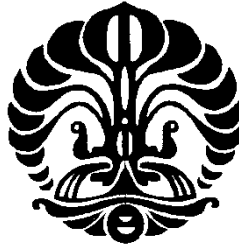


**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH *SOCIAL SKILLS TRAINING* PADA KLIEN  
ISOLASI SOSIAL DI RUMAH SAKIT JIWA HB. SAANIN PADANG  
SUMATERA BARAT**

Oleh  
**Renidayati**  
NPM : 0606027272

**PROGRAM PASCA SARJANA ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2008**



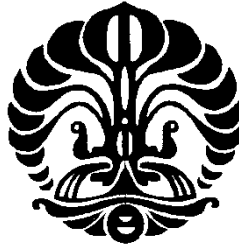
**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH *SOCIAL SKILLS TRAINING* PADA KLIEN  
ISOLASI SOSIAL DI RUMAH SAKIT JIWA HB. SAANIN PADANG  
SUMATERA BARAT**

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

**Oleh  
Renidayati  
NPM : 0606027272**

**PROGRAM PASCA SARJANA ILMUKEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2008**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH *SOCIAL SKILLS TRAINING* PADA KLIEN  
ISOLASI SOSIAL DI RUMAH SAKIT JIWA HB. SAANIN PADANG  
SUMATERA BARAT**

**Manuskrip Penelitian  
Diajukan sebagai persyaratan untuk  
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Jiwa**

**Oleh  
Renidayati  
NPM : 0606027272**

**PROGRAM PASCA SARJANA ILMUKEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2008**

**PROGRAM PASCASARJANA ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juni 2008

Renidayati

Pengaruh *Social Skills Training* Pada Klien Isolasi Sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang Sumatera Barat.

xii + 134 halaman + 16 tabel + 4 Bagan + 13 lampiran

Abstrak

Isolasi sosial sebagai salah satu perilaku negatif klien skizofrenia. Kondisi klien yang tidak mengganggu dan tidak merusak lingkungan, mengakibatkan pemberian asuhan keperawatan sering terabaikan. Menempati urutan ketiga terbanyak dignosa keperawatan di RSJ Prof HB Saanin Padang. Penelitian tentang pengaruh *social skills training* pada klien isolasi sosial. Desain penelitian *quasi eksperimen* pendekatan *pre post test* kelompok intervensi dan kelompok kontrol, bertujuan melihat pengaruh *social skills training* terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang dengan 60 klien dibagi 2 kelompok, 30 orang kelompok intervensi dan 30 orang kelompok kontrol, dengan pengambilan sampel secara *sampling sistematis*. Hasil uji statistik *dependen t-Test* membuktikan adanya perbedaan secara bermakna kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku antara kelompok yang mengikuti *social skills training* dan kelompok yang tidak mengikuti *social skills training*. Dari hasil uji *independent sample t-Test* juga membuktikan ada perbedaan secara bermakna kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku kelompok yang mengikuti *social skills training* dan kelompok yang tidak mengikuti *social skills training* sebelum dan sesudah intervensi. Karakteristik klien yang berpengaruh secara bermakna terhadap kemampuan kognitif klien adalah tingkat pendidikan, pekerjaan dan lama sakit klien. Karakteristik yang berpengaruh secara bermakna terhadap kemampuan perilaku klien isolasi sosial adalah pekerjaan. Penelitian ini menyimpulkan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial meningkat setelah mengikuti *social skills training*. Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien lebih tinggi pada kelompok yang mengikuti *social skills training*. *Social skills training* direkomendasi sebagai terapi keperawatan dalam merawat klien skizofrenia dengan isolasi sosial.

Kata Kunci : Kognitif dan perilaku, isolasi sosial, *social skills training*  
Daftar Pustaka 80 (1983 – 2007)

## KATA PENGANTAR

Puji Syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis penelitian dengan judul “Pengaruh *Social Skills Training* pada Klien Isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang Sumatera Barat “

Penulis merasa bahagia, karena selama penyusunan tesis penelitian ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini, perkenankanlah penulis mengucapkan rasa hormat, terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada:

1. Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp,M.App.Sc, Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Dra.Junaiti Sahar, M.App.Sc, Ph.D, sebagai koordinator mata ajaran tesis yang telah memberikan pengarahan tentang penyusunan tesis.
4. Dr.Budi Anna Keliat, SKp.,M.App.Sc., selaku pembimbing I, yang telah mencurahkan perhatian beliau walaupun dengan berbagai kesibukannya, memberikan bimbingan dan dukungan selama penyusunan tesis.

5. dr. Luknis Sabri, SKM, selaku pembimbing II yang telah membimbing penulis dengan sabar, senantiasa meluangkan waktu, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan tesis ini.
6. HERNI SUSANTI, SKp, MN, selaku co-pembimbing yang telah membimbing penulis dengan tekun, bijaksana dan sangat cermat memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
7. Direktur Politeknik Kesehatan Padang beserta jajarannya, Ketua Jurusan Keperawatan Padang, rekan-rekan dosen dan karyawan yang telah memberikan kesempatan menyelesaikan studi di Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
8. Direktur Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang yang memberikan izin bagi penulis untuk mengumpulkan data dan melakukan intervensi keperawatan di rumah sakit.
9. Kepala bidang keperawatan Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang beserta jajarannya yang telah memfasilitasi dalam pelaksanaan penelitian.
10. Kepala ruangan dan seluruh perawat pelaksana di ruangan rawat inap yang penulis pakai sebagai tempat penelitian, yang telah banyak membantu dalam pelaksanaan penelitian.
11. Kepada seluruh klien dan keluarga yang telah bersedia menjadi responden, tanpa mereka maka tesis ini tidak akan pernah ada.
12. Seluruh dosen pengajar Program Pascasarjana Universitas Indonesia, terutama dosen kekhususan keperawatan jiwa dan seluruh staf akademik yang telah membantu selama proses belajar mengajar.

13. Ibunda tercinta yang mendidik penulis untuk berkerja keras dan bertanggung jawab senantiasa memberikan semangat, dukungan yang tulus tanpa pamrih dan penuh kasih sayang. Kepada Ayahanda (alm) yang semasa hidupnya senantiasa mendukung dan memberikan semangat untuk terus belajar dan berkembang serta kepada adik-adik yang senantiasa memberikan dukungan dan semangat. Ibu dan Bapak mertua atas doa, dukungan dan perhatiannya.

14. Suamiku terkasih dan ananda tercinta ( Ziqni Ilma Al-Wasi & Ziqni Rahadatul Aisy) yang setiap saat mendampingi Bunda dengan segala cinta dan kasih sayang, memberikan semangat dengan tiada putus asa, sekaligus sebagai motivator bagi penulis, selalu mengingatkan penulis untuk fokus pada segala tugas selama penulis menjalani pendidikan ini.

15. Rekan-rekan seperjuangan di Program Magister Keperawatan, khususnya rekan-rekan mahasiswa Program Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan motivasi dan bantuannya.

Akhirnya, semoga Allah SWT senantiasa memberikan balasan berupa amal jariyah dan mudah-mudahan penelitian ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Jakarta, Juni 2008

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>LEMBARAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>iii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I : PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Perumusan Masalah .....	12
C. Tujuan Penelitian.....	13
D. Manfaat Penelitian .....	14
<b>BAB II : TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>15</b>
A. Isolasi Sosial .....	15
B. <i>Social Skills Training</i> .....	30
C. Karakteristik Klien Isolasi Sosial .....	43
<b>BAB III : KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESA, DAN DEFINISI OPERASIONAL .....</b>	<b>48</b>
A. Kerangka Teori .....	48
B. Kerangka Konsep.....	51
C. Hipotesis Penelitian .....	53
D. Definisi Operasional .....	54

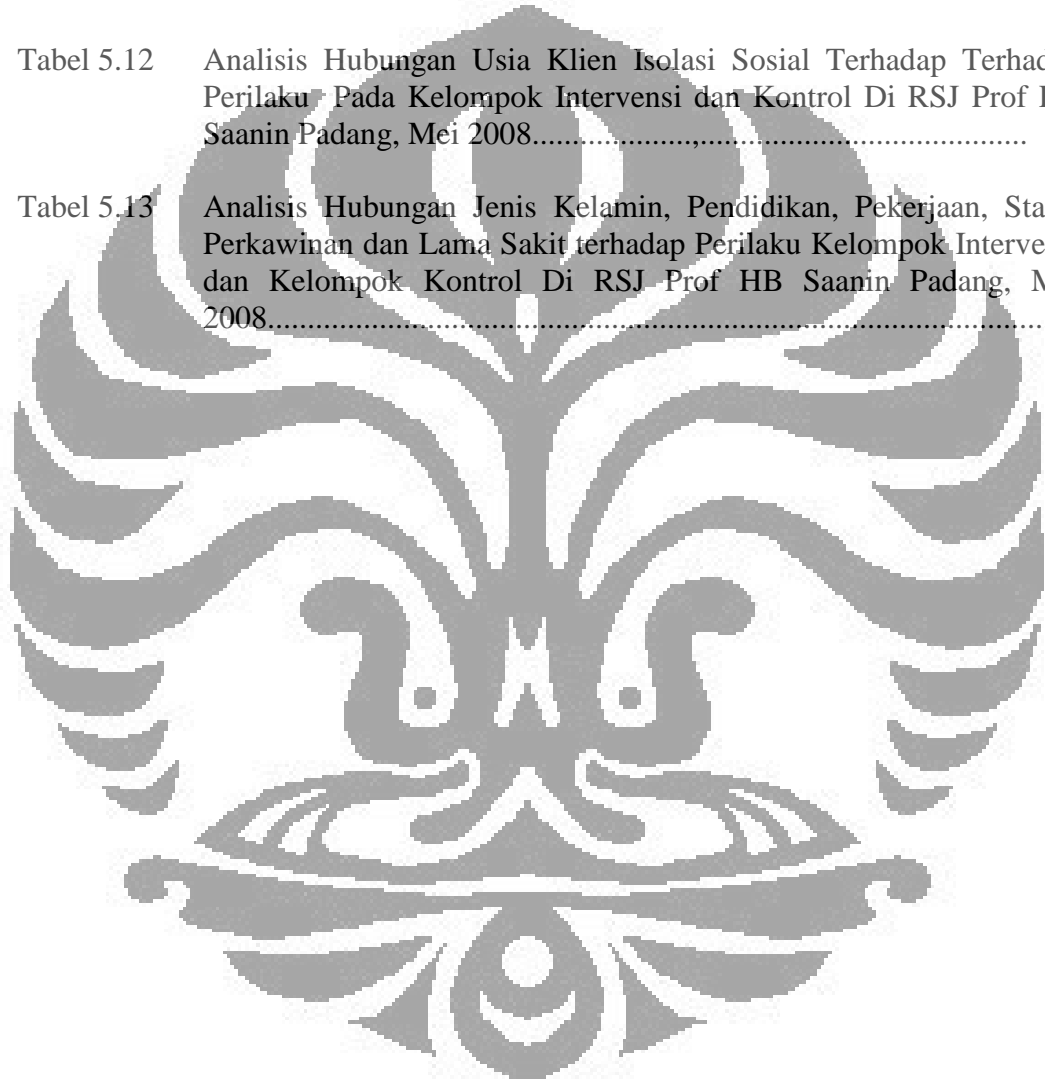


<b>BAB IV : METODE PENELITIAN .....</b>	<b>56</b>
A. Desain Penelitian .....	56
B. Populasi dan Sampel .....	58
C. Tempat Penelitian .....	61
D. Waktu Penelitian .....	61
E. Etika Penelitian .....	62
F. Alat Pengumpulan Data .....	63
G. Uji Coba Instrumen .....	65
H. Prosedur Pelaksanaan Penelitian .....	66
I. Analisis Data .....	70
<b>BAB V : HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>75</b>
A. Analisa Univariat .....	75
B. Analisa Bivariat .....	82
<b>BAB VI : PEMBAHASAN .....</b>	<b>104</b>
A. Pengaruh <i>Social Skills Training</i> Terhadap Kemampuan Kognitif .....	104
B. Pengaruh <i>Social Skills Training</i> Terhadap Kemampuan Perilaku .....	109
C. Hubungan Karakteristik Klien dengan Kognitif dan Kemampuan Perilaku .....	113
D. Keterbatasan Penelitian .....	122
E. Implikasi Terhadap Pelayanan dan Penelitian .....	124
<b>BAB VII : SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>125</b>
A. Simpulan .....	125
B. Saran .....	126
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>129</b>

## DAFTAR TABEL

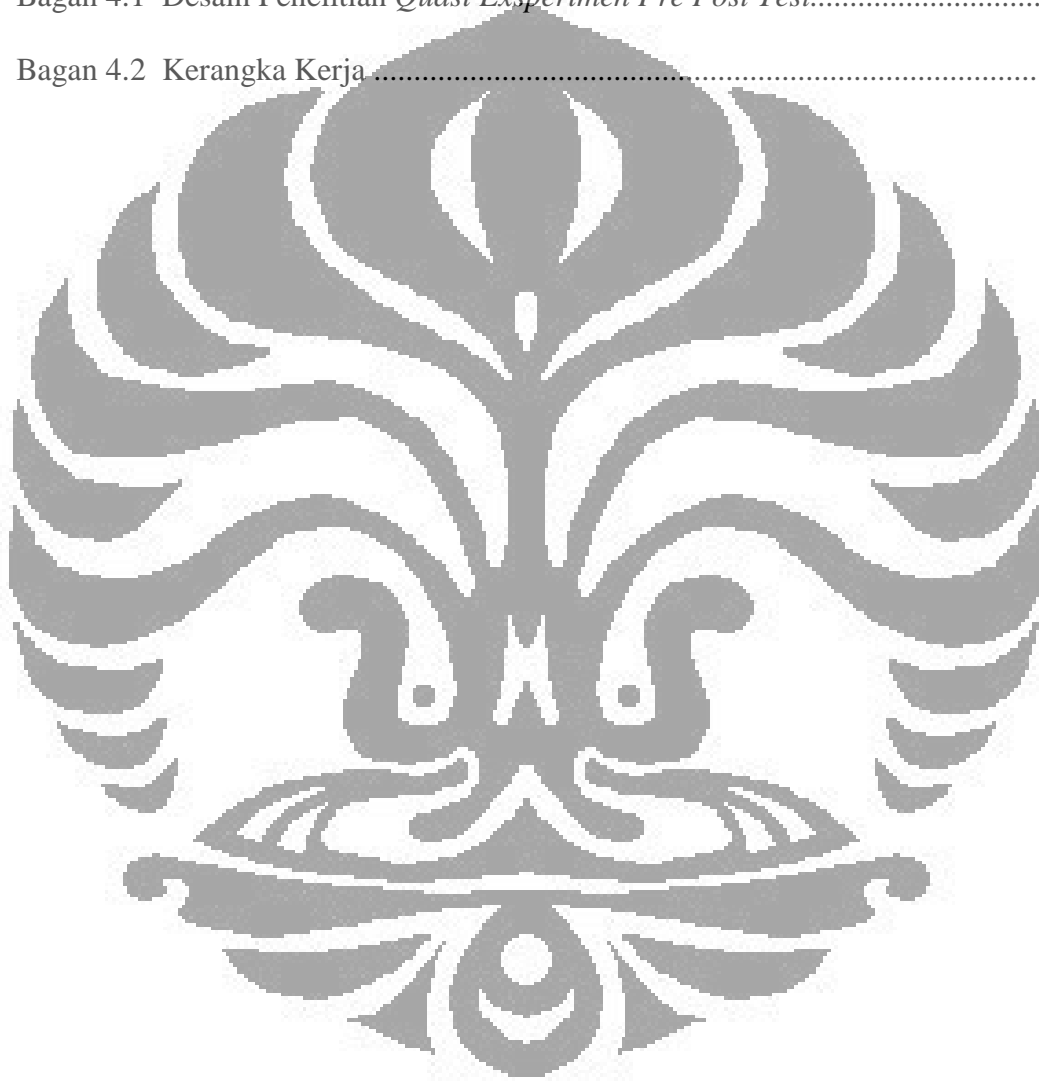
		Hal
Tabel 3.1	Definisi operasional .....	54
Tabel 4.1	Hasil Uji Instrumen.....	66
Tabel 4.2	Analisis bivariat variabel penelitian .....	73
Tabel 5.1	Analisis Klien isolasi sosial menurut Karakteristik usia pada kelompok intervensi dan kontrol di RSJ Prof HB Saanin Padang , Mei 2008.....	76
Tabel 5.2	Distribusi Klien Isolasi sosial Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan Status Perkawinan dan Lama Sakit Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei 2008.....	77
Tabel 5.3	Skor Kemampuan Kognitif Klien Isolasi sosial Sebelum Dan sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei 2008 .....	79
Tabel 5.4	Skor Perilaku Klien Isolasi sosial Sebelum Dan sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei, 2008 .....	80
Tabel 5.5	Analisis Kesetaraan Usia Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei 2008.....	83
Tabel 5.6	Analisis Kesetaraan Klien Isolasi sosial Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan dan Lama Sakit di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei 2008.....	84
Tabel 5.7	Analisis Kesetaraan Kemampuan Kognitif dan Perilaku Pada Klien Isolasi sosial Di RSJ HB Saanin , Mei 2008.....	85
Tabel 5.8	Analisis Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Perilaku Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol sesudah <i>Social Skills training</i> di RSJ HB Saanin Padang, Mei 2008.....	87
Tabel 5.9	Analisis Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Perilaku Klien Isolasi Sosial Sebelum dan sesudah Penelitian Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei 2008.....	90

Tabel 5.10	Analisis Hubungan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan dan Lama Sakit terhadap Kemampuan Kognitif Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei 2008.....	93
Tabel 5.11	Analisis Hubungan Usia Klien Isolasi Sosial Terhadap Terhadap Kemampuan Kognitif Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei 2008.....	96
Tabel 5.12	Analisis Hubungan Usia Klien Isolasi Sosial Terhadap Terhadap Perilaku Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei 2008.....	98
Tabel 5.13	Analisis Hubungan Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan dan Lama Sakit terhadap Perilaku Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei 2008.....	100



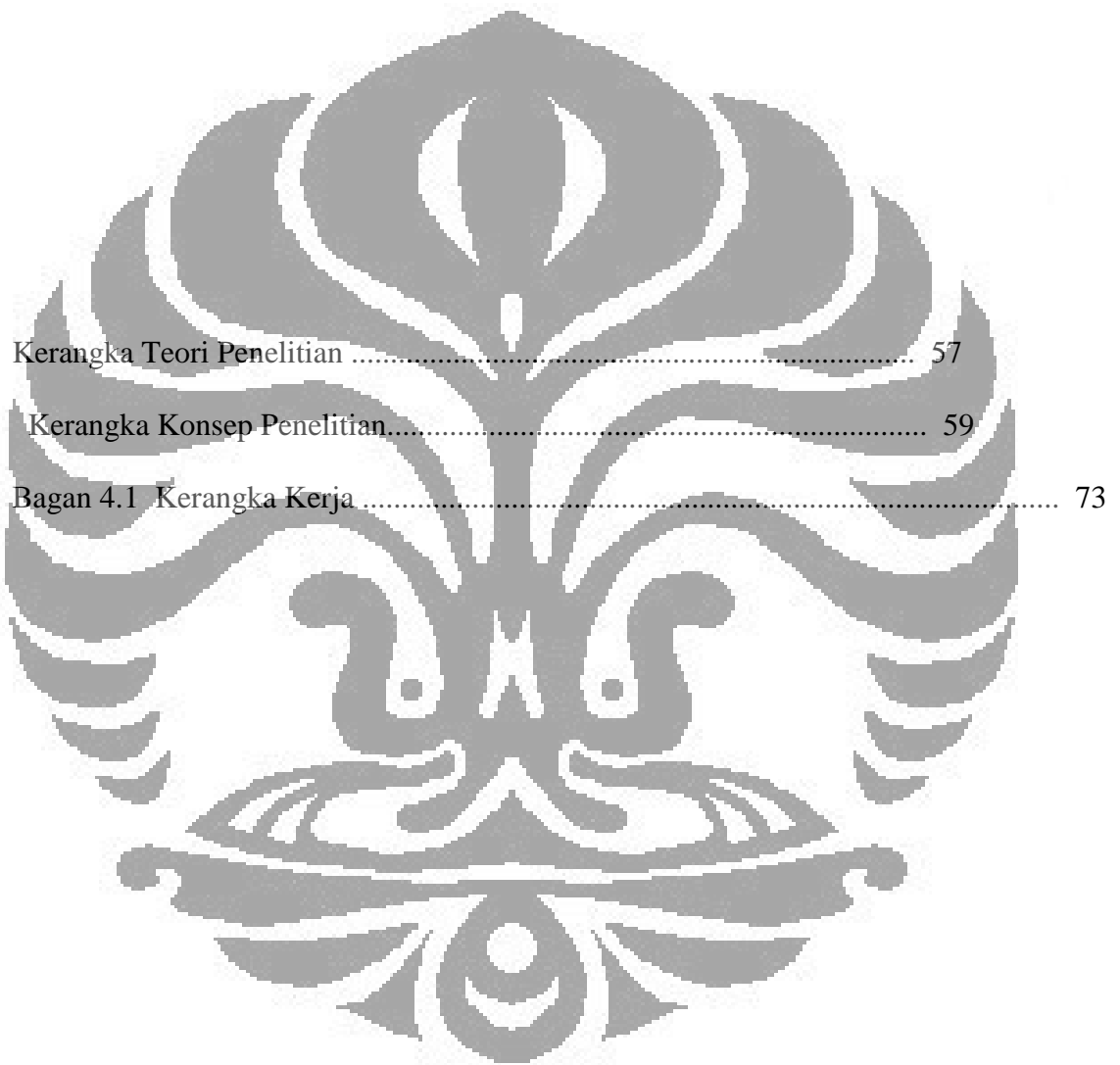
## DAFTAR BAGAN

	<b>Hal</b>
Bagan 3.1 Kerangka Teori Penelitian .....	50
Bagan 3.2 Kerangka Konsep Penelitian.....	52
Bagan 4.1 Desain Penelitian <i>Quasi Exsperimen Pre Post Test</i> .....	56
Bagan 4.2 Kerangka Kerja .....	69



## DAFTAR LAMPIRAN

- 
- Lampian .1 Penjelasan Tentang Penelitian
- Lampian .2 Lembar Persetujuan
- Lampian .3 Kisi-Kisi Penelitian
- Lampian .4 Instrumen Peneliti
- Lampian .5 Seleksi Responden Isolasi sosial
- Lampiran 6. Instrumen Karakteristik Responden
- Lampian .7. Instrumen Kemampuan Kognitif
- Lampian 8. Instrumen Kemampuan Perilaku
- Lampian .9. Modul *Social Skills Training*
- Lampiran 10 Daftar Riwayat Hidup Peneliti
- Lampiran 11. Surat Ijin Penelitian FIK UI
- Lampiran 12. Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 13 Surat Ijin Penelitian RSJ Prof HB. Saanin Padang



Kerangka Teori Penelitian .....	57
Kerangka Konsep Penelitian.....	59
Bagan 4.1 Kerangka Kerja .....	73

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Undang-undang Kesehatan no 23 tahun 1992 menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Manusia selalu dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh (*holistik*) dari bio, psiko, sosial dan spiritual. Menurut Stuart dan Laraia (2005) kesehatan jiwa merupakan bagian yang tak terpisahkan dan menjadi bagian terpenting dari diri seseorang yang terdiri dari rasa bahagia, merasa puas terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitar, merasa berarti, sikap optimis dan memiliki harapan yang jelas. Dari definisi tersebut tersirat bahwa kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan dan sebagai kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, mental dan sosial individu secara optimal, dan selaras dengan perkembangan orang lain.

Seseorang dikatakan sehat jiwa menurut Maslow (1970, dalam Townsend, 2005) apabila memiliki persepsi sesuai dengan realita, mampu menerima diri sendiri dan orang lain secara alami, mampu fokus dalam memecahkan masalah, menunjukkan kemampuan secara spontan, mempunyai otonomi, mandiri, kreatif, puas dengan hubungan interpersonal, kaya pengalaman yang bermanfaat, dan menganggap hidup ini sesuatu yang indah. Menurut Stuart dan Laraia (2005) ciri-ciri seseorang sehat jiwa adalah memiliki perilaku positif, perkembangan dan aktualisasi diri, memiliki integritas diri, otonomi dan persepsi terhadap realita yang baik sesuai dengan perannya di lingkungan.

Anonim (2007, ¶ 6, <http://www.faperta.ugm.ac.id/articles/kesehatan.jiwa.pdf>.) diperoleh tanggal 8 September 2007 menyebutkan seseorang sehat jiwa mempunyai ciri-ciri yakni; 1) merasa senang terhadap dirinya ditandai dengan mampu menghadapi situasi, mampu mengatasi kekecewaan dalam hidup, puas dengan kehidupannya sehari-hari, mempunyai harga diri yang wajar, menilai dirinya secara realistis, tidak berlebihan dan tidak merendahkan; 2) merasa nyaman berhubungan dengan orang lain ditandai dengan mampu mencintai orang lain, mempunyai hubungan pribadi yang tetap, dapat menghargai pendapat orang lain yang berbeda, merasa bagian dari suatu kelompok dan tidak mengakali orang lain dan tidak membiarkan orang lain mengakali dirinya; 3) mampu memenuhi tuntutan hidup dengan menetapkan tujuan hidup yang jelas, mampu mengambil keputusan, mampu menerima tanggung jawab, mampu merancang masa depan dan merasa puas dengan pekerjaannya. Dari paparan diatas terkait ciri-ciri sehat jiwa dapat disimpulkan yakni; adanya keseimbangan dan keserasian antara pikiran, perasaan, perilaku kemandirian, tanggung jawab, bersikap matang dan merasakan kebahagiaan. Apabila kondisi sehat jiwa diatas belum terpenuhi individu akan mengalami masalah psikososial dan jika tidak teratasi akan menyebabkan terjadinya gangguan jiwa.

Towsend (2005) menyatakan gangguan jiwa merupakan respon maladaptif terhadap stresor dari dalam dan luar lingkungan, yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang tidak sejalan dengan budaya/kebiasaan/norma setempat dan mempengaruhi interaksi sosial individu, kegiatan dan fungsi tubuh. Menurut Maslim (2003) gangguan jiwa didefinisikan sebagai kumpulan gejala (sindrom) dari perilaku dan psikologis yang terjadi pada individu dan dikaitkan dengan stres dan ketidakmampuan (kerusakan fungsi



dalam satu area atau lebih), meningkatkan risiko penderitaan, ketidakmampuan dan kehilangan kebebasan. Keliat (2006) menyatakan gangguan jiwa adalah adanya perubahan fungsi jiwa yang menyebabkan terganggunya fungsi jiwa, sehingga menimbulkan penderitaan pada individu dan hambatan dalam melaksanakan peran sosial baik peran di keluarga maupun masyarakat. Dari beberapa pengertian diatas disimpulkan gangguan jiwa adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak mampu lagi berfungsi secara wajar dan optimal dalam kehidupan sehari-hari baik fungsi biologis, psikologis, sosial dan spiritual.

Prevalensi gangguan jiwa menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2001 diperkirakan 450 juta jiwa. Gangguan yang terjadi meliputi psikosis tiga per 1.000 penduduk, demensia (pikun) empat per 1000, retardasi mental lima per 1000, gangguan mental emosional pada anak dan remaja (4-15 tahun) 104 per 1000, gangguan mental emosional pada dewasa (diatas 15 tahun) 140 per 1000 dan gangguan jiwa lain lima per 1000 (Anonim, 2006, ¶ 4, [www.Pikiran-rakyat.com](http://www.Pikiran-rakyat.com), diperoleh tanggal 8 September 2007). Dilaporkan 2% dari seluruh penduduk didunia menderita gangguan jiwa dan hampir 1% menderita skizofrenia (Siswono, 2006 & Anonim 2001, ¶ 1, [www.gizi.net](http://www.gizi.net), diperoleh tanggal 8 September 2007). Menurut *The World Health Report* 2001 dalam Hidayat (2007), prevalensi gangguan jiwa dan perilaku adalah; 1) 25% dari seluruh penduduk pada suatu waktu dalam kehidupannya pernah mengalami gangguan jiwa; 2) 40% didiagnosis secara tidak tepat sehingga menghabiskan biaya besar dan mendapatkan terapi yang tidak tepat; 3) 10 % populasi dewasa pada suatu ketika pernah mengalami gangguan jiwa. Data tersebut menunjukkan bahwa setiap tahun angka gangguan jiwa didunia terus mengalami peningkatan.

Departemen kesehatan RI (2001) melaporkan 264 per 1000 anggota rumah tangga di Indonesia menderita gangguan jiwa mulai yang ringan hingga berat. Prevalensi 100 per 1000 anggota rumah tangga yang mengalami gangguan jiwa adalah prevalensi yang cukup tinggi sehingga merupakan masalah kesehatan yang cukup serius (Depkes RI, 2001, ¶ 1, [http:// www.Litbang.depkes.go.id](http://www.Litbang.depkes.go.id)), diperoleh tanggal 8 September 2007). Diperkirakan gangguan jiwa psikotik rata-rata 1-2 % dari seluruh penduduk pada suatu wilayah pada setiap waktu. Bila 1 dari 100 penduduk mengalami gangguan jiwa di Indonesia maka jumlahnya mencapai 200 ribu sampai dengan 250 ribu dari jumlah penduduk di Indonesia. Bila 10 % yang dirawat di rumah sakit maka dibutuhkan 20 ribu sampai 25 ribu tempat tidur (Anonim, 2006, ¶ 1, <http://www.Pdskjijaya.org>, diperoleh tanggal 8 September 2007). Maramis (2006) melaporkan tahun 2000 diperkirakan 12,3% penduduk di Indonesia hilang produktif akibat gangguan jiwa, dan ini akan meningkat 15% pada tahun 2020. Candra (2003) menyatakan sepertiga dari satu sampai dua juta penduduk yang mengalami gangguan jiwa berat menderita skizofrenia atau sekitar 700-ribu hingga 1,4 juta jiwa. Hasil yang dilaporkan diatas menunjukkan bahwa gangguan jiwa di Indonesia saat ini menunjukkan masalah yang cukup serius .

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran melakukan aktifitas sehari-hari (Keliat, 2006). Menurut Boyd dan Nihard (1998) skizofrenia adalah gabungan gejala positif dan negatif yang ditemukan secara bermakna selama 1 (satu) bulan dan menetap paling lama 6 (enam) bulan. Gejala positif berupa delusi, halusinasi, kekacauan pikiran, disorganisasi bicara

dan perilaku. Gejala negatif terlihat afek tumpul dan datar, menarik diri, tidak mampu mengekspresikan perasaan, kesedihan berkepanjangan, motivasi menurun dan kurangnya tenaga untuk beraktifitas. Perubahan yang terjadi merupakan konsekuensi pada klien dengan gangguan jiwa dan berkontribusi terhadap terganggunya keterampilan sosial seseorang (psikomotor) akibat kerusakan fungsi kognitif dan afektif individu (Carson, 2000). Maslim (2003) mengatakan karakteristik gangguan jika ditandai dengan gejala positif (*thought icho*, delusi, dan halusinasi) dan gejala negatif (sikap apatis, jarang bicara, afek tumpul dan menarik diri). Dapat disimpulkan pada klien skizofrenia sering mengalami kegagalan dalam menjalankan fungsi sosial, menghadapi masalah yang berhubungan dengan keterampilan interpersonal, memiliki keterampilan sosial yang buruk dan mengalami defisit fungsi kognitif.

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%). Defisit keterampilan sosial sering terjadi pada klien skizofrenia akibat kerusakan fungsi kognitif dan afektif individu (Carson, 2000). Menurut Maramis (2006) klien Skizofrenia 72% mengalami isolasi sosial dan 64% mengalami penurunan kemampuan memelihara diri (makan mandi dan pakaian harus dibantu). Apa yang disampaikan diatas disimpulkan pada klien skizofrenia akan terlihat penurunan aktifitas hidup sehari-hari, penurunan kemampuan dalam hubungan interpersonal yang ditandai dengan menarik diri, tidak ada minat untuk berhubungan

dengan orang lain, menghindari kontak dengan orang lain, pembicaraan yang sulit diikuti, pembicaraan yang tidak fokus, pikiran yang tidak realistis dan ketidak mampuan klien berinisiatif melakukan sesuatu.

Isolasi sosial sebagai salah satu respon perilaku negatif yang muncul pada klien skizofrenia ditandai dengan individu mengalami penurunan dan bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Klien merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Keliat, 2006). Menurut Nanda (2005) isolasi sosial adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam. Isolasi sosial merupakan usaha untuk menghindari interaksi dengan orang lain. Pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai suatu keadaan yang mengancam (Rawlin, 1993). Dengan kata lain isolasi sosial adalah kegagalan individu untuk berinteraksi dengan orang lain yang disebabkan oleh adanya pikiran-pikiran negatif dan mengancam.

Menurut Nanda (2005) klien isolasi sosial akan memperlihatkan karakteristik menarik diri, tidak komunikatif, mencoba menyendiri, asyik dengan pikiran dan dirinya sendiri, tidak ada kontak mata, sedih, afek tumpul, perilaku bermusuhan, menyatakan perasaan sepi atau ditolak, kesulitan membina hubungan di lingkungannya, menghindari orang lain, mengungkapkan perasaan tidak dimengerti orang lain. Keliat (1999) menyatakan dalam keperawatan jiwa menarik diri merupakan salah satu perilaku pada klien dengan gangguan hubungan sosial. Menarik diri digunakan klien untuk

menghindar dari orang lain agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang lagi. Beberapa perilaku yang sering ditampilkan klien isolasi sosial adalah tidak/jarang berkomunikasi, tidak/jarang kontak mata, menjauh dari orang lain, menolak berhubungan dengan orang lain, berdiam diri dikamar, berbaring dengan posisi fetus, dan tidak melakukan kegiatan sehari-hari.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) pelayanan kesehatan jiwa telah bergeser dari rumah sakit (*hospital base*) bergerak kearah komuniti (*community base*). Fokus dalam pemberian pelayanan kesehatan jiwa diawali dengan pemberian terapi pengobatan dengan dosis yang efektif, pemberian psikoterapi, terapi kelompok suportif, psikoedukasi pada keluarga dan terapi komunitas. Keberhasilan pemberian pelayanan klien gangguan jiwa tidak terlepas dari pemberian psikofarmaka, psikoterapi, menyiapkan dan membantu klien untuk dapat mengontrol diri, mengembangkan kemandiriannya dan peran serta keluarga dalam mendukung kesembuhan klien.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan kepada klien isolasi sosial adalah dengan pemberian terapi individu (terapi kognitif, terapi perilaku, *cognitif behaviour therapy*, dan *social skills training*), terapi keluarga (*triangle therapy*), terapi kelompok (terapi aktivitas kelompok, *logotherapy*) dan terapi komunitas (psikoedukasi). Penelitian Keliat (1999) melaporkan ada peningkatan kemampuan komunikasi klien menarik diri dengan menggunakan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS). Apabila semua tindakan keperawatan dapat diberikan kepada klien secara optimal akan mempercepat upaya penyembuhan, pemulihan dan pengembalian klien ketengah masyarakat. Kondisi klien isolasi sosial yang tidak mengganggu dan tidak merusak

lingkungan, mengakibatkan pemberian asuhan keperawatan kepada klien terabaikan. Perlu dikembangkan terapi individu untuk klien isolasi sosial agar mereka merasa diperhatikan. Salah satu terapi individu yang dapat diberikan pada klien isolasi sosial adalah *social skills training*.

Menurut Kneisl (2004) dan Varcarolis (2006) *social skills training* adalah salah satu metode yang didasarkan prinsip-prinsip sosial dan menggunakan teknik perilaku bermain peran, praktek dan umpan balik guna meningkatkan kemampuan klien dalam menyelesaikan masalah. Petel (2003, dalam Varcarolis 2006) mengemukakan *social skills training* dapat meningkatkan kemampuan klien bersosialisasi, meningkatkan kualitas hidup dan menurunkan tingkat kecemasan pada klien skizofrenia. Menurut Stuart dan Laraia (2005) *social skills training* merupakan keterampilan yang dapat dipelajari bagi seseorang yang tidak memilikinya. Untuk mendapatkan keterampilan dibutuhkan bimbingan, demonstrasi, praktek dan umpan balik. Eikens (2000) menyatakan bahwa *social skills training* dapat meningkatkan kemampuan seseorang untuk mengekspresikan apa yang dibutuhkan, memulai berinteraksi sosial, mempertahankan interaksi sosial yang telah terjalin, mampu menolak dan menyampaikan adanya distress.

Penelitian Wing Hector (2001) mengatakan bahwa *social skills training* dapat diberikan pada klien skizofrenia yang kehilangan keterampilan sosial, kurang asertif dan untuk kontrol emosi. Tipe perilaku yang diajarkan adalah menjawab pertanyaan, memberikan pujian, membuat perubahan positif, berbicara jelas dan mencegah kegelisahan.

Penelitian lain yang dilakukan oleh Bellack dan Hersen (2004); Wing dan Tsang (2001); Kinsep dan Nathan (2004) melaporkan *social skills training* yang dilakukan pada klien skizofrenia dan depresi menunjukkan peningkatan kemampuan berinteraksi, peningkatan harga diri dan menurunkan tingkat kecemasan secara bermakna. Bellack dan Hersen (1981) melaporkan 72 (tujuh puluh dua) klien wanita yang mengalami depresi unipolar yang diberikan *amitriptyline* secara teratur sesuai dosis anjuran (50 mg/hari) dan dikombinasi dengan *social skills training* satu jam satu sesi selama 12 minggu didapatkan klien yang kambuh kembali setelah dirawat 15% dibandingkan dengan kelompok klien yang hanya diberikan terapi *amitriptyline* secara teratur sesuai dosis anjuran (50 mg/hari) tingkat kekambuhannya 55,6%. Dapat disimpulkan *social skills training* dapat dilakukan pada klien skizofrenia dan klien mengalami depresi.

Studi lain yang dilakukan oleh Beaudet (2004) *social skills training* yang diberikan pada klien skizofrenia yang mengalami penurunan kemampuan berinteraksi dengan orang lain, memiliki pikiran negatif dengan menganggap dirinya tidak mampu, mengalami kesulitan dalam mempertahankan dan memperoleh pekerjaan didapatkan hasil, 44% klien skizofrenia menunjukkan peningkatan kemampuan berinteraksi dengan orang lain dan mampu mempertahankan pekerjaan sebelumnya. Hasil studi yang telah dilakukan diatas dapat disimpulkan bahwa *social skills training* berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan seseorang dalam meningkatkan kemampuan komunikasi, kemampuan menjalin persahabatan dan kemampuan dalam menghadapi situasi sulit.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) ada 4 (empat) tahapan yang dilakukan pada *social skills training*, pertama diawali dengan menjelaskan apa yang dirasakan oleh klien,

keuntungan yang dapat dicapai pada diskusi, kedua *modelling* oleh terapis dengan menggunakan diri sendiri atau model terkait dengan perilaku spesifik yang akan dipelajari, ketiga berlatih melalui bimbingan terapis dan keempat pemberian rencana tindak lanjut yang diberikan kepada klien terkait dengan perilaku yang dipelajari guna memberikan kesempatan pada klien mempraktekkan perilaku baru dalam kehidupan sehari-hari.

Kingsep dan Nathan (2004) menyatakan *social skills training* untuk penderita gangguan jiwa diawali dengan melakukan evaluasi kemampuan interpersonal dalam melakukan interaksi dengan orang lain. Terapis dalam *social skills training* harus mampu memerankan beberapa peran sekaligus sebagai fasilitator, pelatih dan *role model* bagi klien. Dalam *social skills training* dilatih kemampuan membangun interaksi dengan orang lain dan melakukan *review* terhadap kemampuan sebelumnya.

Studi lain yang dikemukakan Chen (2004) menyatakan *social skills training* merupakan intervensi perilaku sosial untuk siswa dengan gangguan emosi/perilaku, kecenderungan menarik diri dari lingkungan sekolah dan penurunan kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Metode yang digunakan dalam *social skills training* meliputi: *assesment, modelling, role play, positive feedback/reinforcement*, dan *transfer training*. Dapat disimpulkan dalam pelaksanaan *social skills training* diawali dengan melakukan pengkajian, melakukan pemodelan, bermain peran, memberikan umpan balik dan pemindahan keterampilan dalam kehidupan sehari-hari. Pelaksanaan *social skills training* bisa dilakukan di rumah sakit umum, rumah sakit jiwa dan pelayanan kesehatan lainnya di masyarakat .



Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang merupakan satu-satunya rumah sakit jiwa yang ada di Sumatera Barat, menjadi rumah sakit rujukan dan rumah sakit pendidikan. Berdasarkan data yang didapatkan dari Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang kasus terbanyak yang dirawat pada bulan Juli sampai September 2007 adalah Skizofrenia yakni 190 kasus dari 232 kasus yang dirawat dengan rata-rata lama rawat klien 39 hari.

Diagnosa keperawatan isolasi sosial merupakan urutan ke-3 setelah perilaku kekerasan dan halusinasi dari diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien diruang rawat inap. Asuhan keperawatan klien isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang masih bersifat umum yang ditujukan pada klien dan keluarga terkait bagaimana kemampuan klien menyadari penyebab isolasi sosial dan berinteraksi dengan orang lain. Berdasarkan informasi dari kepala seksi bidang asuhan keperawatan dan salah satu kepala ruangan di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang, tindakan keperawatan yang dilakukan untuk klien dengan isolasi sosial hanya tindakan keperawatan umum untuk klien, namun belum pernah dilakukan terapi *social skills training* untuk klien dengan isolasi sosial dan diagnosa keperawatan lainnya.

Berdasarkan uraian konsep dan kondisi realita diatas peneliti akan menerapkan terapi *social skills training* pada klien dengan isolasi sosial di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Hal ini dikarenakan Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang merupakan satu-satunya Rumah Sakit Jiwa rujukan dan Rumah Sakit Jiwa pendidikan di Sumatera Barat, dengan kasus bervariasi, cukup banyak dan sangat terbuka untuk pembaharuan.

## B. Rumusan Masalah

Di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang saat ini klien yang terbanyak dirawat adalah klien Skizofrenia dengan diagnosa keperawatan yang sering yaitu; perilaku kekerasan, halusinasi, isolasi sosial, harga diri rendah dan defisit perawatan diri. Asuhan keperawatan isolasi sosial merupakan kasus ketiga terbanyak di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang yang saat ini pemberian asuhan keperawatan belum optimal. Tindakan yang diberikan kepada klien isolasi sosial masih berbentuk tindakan keperawatan umum dan belum spesifik untuk klien isolasi sosial. Guna meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien dengan isolasi sosial, perlu diupayakan peningkatan kemampuan klien dalam berkomunikasi, kemampuan menjalin persahabatan dan kemampuan dalam menghadapi situasi sulit dengan memberikan terapi perilaku *social skills training*.

Bertolak dari pemikiran tersebut maka rumusan masalah penelitian ini meliputi:

1. Belum diterapkannya *social skills training* terhadap klien isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.
2. Belum diketahuinya sejauh mana pengaruh *social skills training* dalam meningkatkan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial.

Berdasarkan rumusan masalah tersebut, maka pertanyaan penelitiannya adalah:

1. Apakah kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial berbeda sebelum dan sesudah mengikuti *social skills training*.

2. Apakah ada perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi yang mengikuti *social skills training* dengan kelompok kontrol yang tidak mengikuti *social skills training*.

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh *social skills training* terhadap perubahan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya karakteristik klien isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.
- b. Diketuainya perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah mengikuti *social skills training* di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.
- c. Diketuainya perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi yang mengikuti *social skills training* dengan kelompok kontrol yang tidak mengikuti *social skills training* di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.
- d. Diketuainya hubungan karakteristik klien terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.

#### D. Manfaat Penelitian

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

##### 1. Manfaat Aplikatif :

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai pedoman pelaksanaan *social skills training* pada klien isolasi sosial.
- b. Masukan bagi rumah sakit dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa untuk penerapan *social skills training* dalam meningkatkan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien.
- c. Sebagai dasar bagi perawat spesialis keperawatan jiwa dalam melaksanakan praktek mandiri.

##### 2. Manfaat Keilmuan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai *evidence based practice* dalam praktek keperawatan jiwa dan sebagai bahan dalam pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa.

##### 3. Manfaat Metodologi

- a. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi data dasar bagi penelitian selanjutnya dalam meningkatkan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial.
- b. Hasil penelitian diharapkan dapat mendorong dilaksanakan penelitian lain di rumah sakit jiwa lainnya sehingga dapat dilakukan generalisasi terhadap pengaruh *social skills training* pada klien isolasi sosial.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini menguraikan teori-teori yang melandasi penelitian. Konsep dan teori yang akan diuraikan meliputi konsep isolasi sosial, *social skills training* dan karakteristik klien isolasi sosial.

#### **A. Isolasi Sosial**

##### **1. Pengertian**

Isolasi sosial adalah suatu pengalaman menyendiri seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif dan keadaan yang mengancam (Nanda, 2005). Isolasi sosial merupakan usaha menghindari interaksi dengan orang lain dan hubungan dengan orang lain (Rawlins, 1993). Menurut Keliat (2006) isolasi sosial adalah keadaan dimana individu mengalami penurunan dan bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Klien merasa ditolak, tidak diterima, kesepian dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain. Dengan kata lain isolasi sosial adalah kegagalan individu dalam melakukan interaksi dengan orang lain yang disebabkan pikiran negatif dan mengancam.

##### **2. Proses Terjadinya Isolasi Sosial**

Berbagai faktor bisa menimbulkan isolasi sosial, belum ada suatu kesimpulan spesifik tentang penyebab pasti terjadinya gangguan hubungan interpersonal penyebab isolasi sosial (Stuart, 2007). Ini disebabkan proses

terjadinya isolasi sosial merupakan kombinasi dari berbagai faktor. Proses terjadinya isolasi sosial dilihat dengan pendekatan holistik.

Berikut ini dijelaskan terjadinya isolasi sosial menggunakan pendekatan model Stuart dan Laraia (2005) dan mengacu pada tahap perkembangan psikologis Erikson. Terjadinya isolasi sosial dimulai dengan menganalisa faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber coping dan mekanisme coping yang digunakan individu sehingga menghasilkan respon bersifat konstruktif dan destruktif dalam rentang adaptif sampai maladaptif (Stuart & Laraia, 2005).

#### **a. Faktor Predisposisi**

Menurut Stuart dan Laraia (2005) faktor predisposisi adalah faktor risiko sumber terjadinya stres yang mempengaruhi tipe dan sumber individu untuk menghadapi stres baik biologis, psikososial dan sosial budaya. Berikut penjelasan faktor predisposisi secara rinci;

##### **1) Faktor Biologis**

Faktor predisposisi pada aspek biologis harus menjadi perhatian penting terjadinya isolasi sosial. Banyak peneliti meyakini gangguan mental seperti gangguan kepribadian antisosial berkembang dan mewarisi dimensi biologis dan kelemahan genetik. Transmisi gangguan alam perasaan yang membuat perasaan sedih dan individu merasa tidak pantas berada ditengah lingkungan sosial. Keadaan ini diteruskan melalui garis keturunan. Frekwensi gangguan alam perasaan meningkat pada kembar monozigot dibanding dizigot walaupun diasuh secara terpisah (Stuart, 2007).

Ketidakseimbangan neurotransmitter berpengaruh terhadap terjadinya isolasi sosial. Penurunan katekolamin, peningkatan asetilkolin dan penurunan serotonin menyebabkan seseorang berusaha menghindari lingkungan sosial dan cenderung menjadi depresi. Raine (2000) dan Miller (2001) menyatakan, seseorang dengan gangguan hubungan interpersonal memiliki penurunan volume prefrontal dibandingkan rata-rata aktifitas lobus frontal didalam otaknya. Faktor biologis akibat kondisi patologis, yakni tumor otak, infeksi otak dan stroke dapat pula menyebabkan terjadinya perubahan fungsi otak sebagai pengatur perilaku manusia.

## 2) Faktor psikologis

Faktor psikologis merupakan faktor predisposisi kedua yang perlu dikaji dalam menentukan terjadinya isolasi sosial. Menurut Eric Erikson (2000, dalam Keliat, 2006) dalam menuju maturasi psikososial manusia menjalankan delapan tugas perkembangan (*development task*) sesuai dengan proses perkembangan usia. Untuk mengembangkan hubungan sosial positif setiap tugas perkembangan sepanjang daur kehidupan, diharapkan dilalui dengan sukses sehingga kemampuan membina hubungan sosial dapat menghasilkan kepuasan bagi individu. Sebaliknya tugas perkembangan yang tidak dijalankan dengan baik memberikan dampak psikososial dikemudian hari. Stuart dan Laraia (2005) menyatakan faktor psikologis terkait dengan konsep diri, kepribadian, intelektual, pengalaman masa lalu, coping dan keterampilan komunikasi berpengaruh terhadap masalah isolasi sosial. Penilaian individu yang negatif terhadap diri sendiri, kegagalan individu menjalankan peran dan fungsinya, ideal diri atau harapan yang tidak sesuai,

harga diri rendah, ketidakmampuan untuk menyampaikan ide atau pendapatnya, ketidakmampuan menghadapi atau menyelesaikan masalah, tipe kepribadian *introvert*, menutup diri dari lingkungan sekitar, penolakan dari orang tua menyebabkan individu mengisolasi diri dari lingkungan sekitar.

### 3) Faktor sosial budaya

Faktor sosial budaya merupakan predisposisi ketiga terjadinya isolasi sosial. Menurut Kartono (1999, dalam Sunaryo, 2004) menjelaskan timbulnya gangguan jiwa ditinjau dari faktor sosial budaya meliputi; 1) Tidak mampu berperilaku sesuai standar sosial dan norma etik; 2) *Overproteksi* terhadap anak; 3) Anak yang ditolak; 4) Keluarga *broken home*; 5) Cacat jasmani.

Dilihat dari faktor sosial budaya dijelaskan bahwa, individu tidak mampu berperilaku sesuai dengan standar sosial dan norma etik yang berlaku menyebabkan terjadi perubahan nilai budaya, perubahan sistem kemasyarakatan dan pekerjaan yang mengakibatkan gangguan produktifitas dan kehidupan seseorang menjadi tidak efisien. Sulistiwati (2005) menyatakan perubahan nilai budaya, perubahan sistem kemasyarakatan dan pekerjaan mengakibatkan gangguan keseimbangan emosional sehingga terjadi penurunan produktifitas seseorang. Kondisi ini berpengaruh terhadap respon klien dalam hubungan interpersonal dengan orang lain dan lingkungan.



*Overproteksi* atau perlindungan orang tua yang berlebihan terhadap anak mengakibatkan anak menjadi tidak mandiri, tidak percaya diri, tidak memiliki harga diri, ragu-ragu dan tidak memiliki kreatifitas dan inisiatif. Anak yang ditolak/tidak diterima dalam kelahirannya (*rejected child*) akan membentuk pribadi anak yang labil, mentalitas yang rapuh, tidak percaya diri, tidak memiliki harga diri dan mudah curiga sehingga dapat menimbulkan menarik diri dari hubungan sosial.

Keluarga *broken home* mengakibatkan anak mengalami kesulitan beradaptasi dengan lingkungan, hati yang kacau, bingung, sedih, hidup terombang-ambing antara kasih sayang dan kekecewaan terhadap orang tua. Selanjutnya anak menjadi mudah tersinggung, kesedihan yang berlebihan, putus asa, merasa terhina dan merasa berdosa. Perilaku anak akan menyimpang dari norma sosial seperti agresif, sadistic, kriminal dan psikopatis. Kondisi ini mengakibatkan individu dijauhi atau menjauhkan diri dari orang lain dan lingkungan sosial.

Cacat jasmaniah, anak yang cacat jasmani cenderung merasa malu, minder, dibayangi ketakutan, keragu-raguan akan masa depannya sehingga menimbulkan harga diri rendah yang menjurus pada menarik diri. Dari apa yang dijelaskan diatas faktor sosial budaya terkait dengan pola asuh orang tua terhadap anak, kondisi fisik anak dan norma yang berlaku berpengaruh terhadap terjadinya isolasi sosial.

Townsend (2005) dan Stuart (2007) menjelaskan faktor sosial budaya dikaitkan dengan terjadinya isolasi sosial meliputi; umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan keyakinan. Faktor sosial ekonomi yang rendah lebih banyak mengalami skizofrenia dibandingkan dengan status sosial ekonomi yang tinggi. Hal ini berpengaruh terhadap kondisi kehidupan yang dijalani meliputi; nutrisi yang tidak adekuat, rendahnya pemenuhan perawatan untuk anggota keluarga, perasaan tidak berdaya, perasaan ditolak oleh orang lain dan lingkungan sehingga berusaha menarik diri dari lingkungan.

Stuart dan Laraia (2005) mengemukakan keyakinan merupakan pandangan terhadap kehidupan dunia, agama dan spiritual memberikan efek negatif dan positif terhadap kesehatan jiwa seseorang. Respon positif terhadap keyakinan dapat merubah kesejahteraan, peningkatan kualitas hidup, dan mempercepat proses penyembuhan. Respon negatif terhadap keyakinan karena adanya kemiskinan dapat menjadi faktor pencetus sulitnya merubah status kesehatan seseorang, penolakan terhadap pelayanan yang diberikan, pesimis, menyalahkan diri sendiri, orang lain dan adanya perasaan tidak berdaya. Hal ini menjelaskan keyakinan memainkan peranan penting dalam menggambarkan suasana hati yang dihadapi seseorang.

Pendidikan dapat dijadikan tolak ukur kemampuan seseorang berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Faktor pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang menyelesaikan masalah yang dihadapi.

Uraian yang telah dijelaskan diatas, menggambarkan sangatlah penting untuk mengetahui sosial budaya klien terkait hubungannya dengan diri sendiri, orang lain dan lingkungan sekitarnya.

## **b. Faktor Presipitasi**

Faktor presipitasi adalah stimulus yang mengancam individu. Faktor presipitasi memerlukan energi yang besar dalam menghadapi stres atau tekanan hidup. Faktor presipitasi dapat bersifat biologis, psikologis maupun sosial kultural. Waktu merupakan hal yang mempengaruhi terjadinya stres, berapa lama terpapar dan berapa frekuensi terjadinya stres. Menurut Stuart dan Laraia (2005) faktor presipitasi isolasi sosial terdiri dari stresor biologis, stresor sosial budaya dan stresor psikologis. Hal ini akan dijelaskan lebih rinci:

### **1) Stresor biologis**

Isolasi sosial karena stresor biologis berkaitan dengan penyakit infeksi, penyakit kronis dan adanya kelainan struktur otak. Ini terkait juga dengan interaksi beberapa neuroendokrin, hormon pertumbuhan, prolaktin, hormon tiroid, insulin, epinefrin, norepinefrin dan beberapa neurotransmiter lain di otak. Dapat disimpulkan stresor biologis berkaitan dengan adanya gangguan struktur, fungsi tubuh dan sistim hormonal yang abnormal.

### **2) Stresor sosial budaya**

Kejadian yang penuh dengan stres berkontribusi terhadap terjadinya isolasi sosial ditimbulkan oleh menurunnya stabilitas unit keluarga dan berpisah dari

orang-orang yang berarti. Ketertarikan terhadap etnik tertentu akan merefleksikan suatu usaha orang-orang yang terisolasi untuk berhubungan dengan orang-orang dengan identitas khusus. Ketegangan yang terjadi didalam sebuah keluarga adalah kesulitan anggota keluarga untuk mencapai tugas perkembangan yang dihubungkan dengan keintiman dan kerukunan. Dari apa yang disampaikan di atas stesor sosial budaya diawali dari keluarga. Konflik dalam keluarga dan hambatan dalam tugas perkembangan keluarga akan berpengaruh terhadap isolasi sosial.

### **3) Stesor psikologis**

Stres dapat meningkat karena kondisi kronis yang meliputi ketegangan keluarga terus-menerus, ketidakpuasan kerja dan kesendirian. Ansietas berat berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya. Tuntutan berpisah dengan orang lain dan kegagalan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya akan mempengaruhi hubungan individu dengan orang lain. Penolakan orang lain dan ketidaksetujuan seseorang demi mempertahankan harga diri akan mempengaruhi pola interaksi dengan lingkungan.

#### **c. Penilaian terhadap stesor**

Penilaian terhadap stesor merupakan proses evaluasi secara menyeluruh terhadap sumber stres untuk melihat makna terhadap suatu situasi yang dialami individu (Stuart & Laraia, 2005). Ini terkait dengan penilaian kognitif, afektif, fisiologis dan perilaku.

Penilaian kognitif merupakan interaksi individu dengan lingkungan. Individu dapat menilai adanya suatu bahaya/potensi terhadap stresor karena adanya kontrol diri terhadap lingkungan, sumber untuk toleransi terhadap masalah, kemampuan coping yang berhubungan dengan pengalaman individu, dan coping yang tersedia dan dapat digunakan oleh klien .

Penilaian afektif terkait dengan respon emosi dalam menghadapi masalah. Dapat berupa perasaan sedih, gembira, takut, tidak menerima, tidak percaya dan menolak hubungan dengan orang lain. Penilaian afektif sangat bergantung dari lama dan intensitas stresor yang diterima dari waktu ke waktu. Rasa sedih karena kehilangan terutama terhadap sesuatu yang berarti dalam kehidupan sering kali menyebabkan seseorang menjadi takut untuk menghadapi kehilangan berikutnya. Penilaian demikian akan mempengaruhi pola hubungan antara individu dengan lingkungannya. Hal ini sangat dipengaruhi oleh kegagalan individu dalam menyelesaikan tugas perkembangan dimasa lalu terutama berkaitan dengan interaksi dengan orang lain.

Penilaian perilaku merupakan suatu kegiatan yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung karena adanya ransangan atau stimulus dari lingkungan internal dan eksternal. Stimulus dari lingkungan internal dan eksternal membuat seseorang akan berespon, bereaksi, berbicara dan bertindak (Notoadmodjo, 2003). Perilaku diwujudkan dengan reflek dari respon emosi dan fisiologis sebagai kemampuan analisis kognitif dalam menghadapi situasi yang penuh stres. Kaplan, Sadock (1997) mengemukakan

ada 4 (empat) fase respon perilaku seseorang menghadapi stres, yakni; 1) Fase pertama, perilaku berubah karena stresor dari lingkungan dan individu lari dari masalah; 2) Fase kedua, perilaku yang membuat seseorang merubah pengaruh dari luar; 3) Fase ketiga, perilaku untuk bertahan atau melawan perasaan dan emosi yang tidak nyaman; 4) Fase keempat, perilaku yang datang menggambarkan suatu kejadian agar seseorang mampu menyesuaikan diri secara berulang. Dari uraian diatas disimpulkan perilaku merupakan tindakan yang dilakukan seseorang dipengaruhi oleh proses kognitif.

#### **d. Sumber koping**

Sumber koping adalah strategi yang membantu menentukan apa yang akan dilakukan dalam menghadapi masalah. Sumber koping yang dimiliki dalam mengatasi masalah baik internal maupun eksternal. Sumber koping internal dihubungkan dengan motivasi yakni faktor dalam diri seseorang untuk menggerakkan dan mengarahkan perilakunya untuk memenuhi tujuan tertentu (Gitosudarmo, 1997). Proses motivasi dipengaruhi berbagai aspek, yaitu; 1) kebutuhan yang belum terpenuhi; 2) cara untuk memuaskan keinginan; 3) keinginan seseorang mencapai tujuan atau prestasi; 4) imbalan yang diterima atas prestasi yang didapat.

Sumber koping eksternal dihubungkan dengan adanya dukungan sosial. Dukungan sosial yang diberikan dapat berupa dukungan emosional dalam bentuk berbagi perasaan dengan klien, peduli dan menunjukkan kasih sayang, memberikan unpan balik, menjadi pendengar yang baik dan teman bicara

bagi klien (Stuart & Laraia, 2005). Dari uraian diatas disimpulkan individu dapat mengatasi masalah yang dihadapi dengan menggerakkan sumber koping, baik yang berasal dari dalam diri sendiri maupun yang berasal dari luar diri sendiri.

#### e. Mekanisme Koping

Kesehatan ditampilkan sebagai kestabilan lingkungan seseorang. Ketidakmampuan individu dalam mempertahankan kestabilan lingkungan akan menciptakan stres dan ketakutan. Melalui evaluasi terhadap stresor dan penggunaan strategi pertahanan, proses koping digunakan untuk mengatasi gangguan dalam lingkungan seseorang (Lazarus, 1985). Identifikasi terhadap ego dinyatakan sebagai komponen kepribadian yang berfungsi sebagai pengatur penyelesaian masalah dan berfikir secara rasional (Townsend, 2005). Individu yang mengalami gangguan respon sosial akan menggunakan usaha kognitifnya dalam rangka mengatasi stresor yang dialami.

Beberapa mekanisme koping yang sering digunakan dalam rangka mengatasi stresor respon sosial adalah; proyeksi, *splitting* dan merendahkan orang lain. Proyeksi adalah memindahkan pikiran, dorongan, impuls emosional dan keinginan-keinginan yang dapat diterima orang lain. Pada orang yang melakukan mekanisme koping proyeksi, ide atau keinginan individu akan dialihkan kepada orang lain sampai orang lain yang diajak berinteraksi dapat menerima idenya tersebut. *Splitting* adalah memandang orang atau situasi semuanya baik atau semuanya buruk. Pada *splitting* individu mengalami

kegagalan dalam mengintegrasikan kualitas positif dan negatif dalam diri seseorang. Sedangkan merendahkan orang lain adalah mekanisme koping yang dilakukan seseorang dengan memandang dirinya lebih baik dan lebih tinggi dari orang lain. Orang lain dianggap tidak mempunyai kemampuan lebih dari diri klien.

### 3. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala isolasi sosial menurut Dochterman (2004); Keliat (2006); Stuart (2007); Stuart dan Laraia (2005) meliputi; fisik, kognitif, perilaku dan afektif. Berikut ini dijelaskan tanda dan gejala isolasi sosial secara rinci;

Tanda dan gejala fisik, merupakan manifestasi respon fisiologis tubuh terhadap masalah isolasi sosial ditandai dengan kurang energi, lemah, agitasi, penurunan libido, insomnia/hipersomnia, penurunan dan peningkatan nafsu makan. Klien kurang tekun bekerja dan sekolah, kesulitan melaksanakan tugas yang kompleks, lebih banyak diam, tidak mau kontak mata, berbaring dengan posisi fetus. Kondisi ini akan menunjukkan perilaku yang maladaptif pada klien.

Tanda dan gejala kognitif, terkait dengan pemilihan jenis koping, reaksi emosi, fisiologik dan emosi. Penilaian kognitif merupakan tanggapan atau pendapat klien terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Stuart & Laraia, 2005). Hal ini ditandai dengan adanya penilaian individu bahwa adanya perasaan kesepian dan ditolak oleh orang lain, merasa tidak aman



berada dengan orang lain, merasa hubungan tidak berarti dengan orang lain, lapangan persepsi menyempit, tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan. Klien kesulitan menangkap informasi dan memberikan respon terhadap informasi yang diterima, kebingungan, kurangnya perhatian, merasa putus asa, merasa tidak berdaya, dan merasa tidak berguna.

Tanda dan gejala perilaku, dihubungkan dengan tingkah laku yang ditampilkan atau kegiatan yang dilakukan klien berkaitan dengan pandangannya terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan (Stuart & Laraia, 2005). Pada klien isolasi sosial perilaku yang ditampilkan yakni; kurangnya aktifitas, menarik diri, tidak yakin dapat melangsungkan hidup, ketidakmampuan berkomunikasi dengan baik, tidak memiliki teman dekat, melakukan tindakan berulang dan tidak bermakna, kehilangan gerak dan minat, menjauh dari orang lain (Keliat, 2006). Dochterman (2004) menyatakan isolasi sosial ditandai dengan kehilangan dukungan dari orang terdekat (keluarga, teman atau kelompok), bersuara/berperilaku bermusuhan, menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima oleh kultur, mengulang-ulang tindakan, tidak ada kontak mata, aktifitas tidak sesuai dengan umur, tanda-tanda keterbelakangan fisik atau mental atau perubahan status kesejahteraan dan mengekspresikan perasaan menyendiri dari orang lain

Tanda dan gejala afektif, terkait dengan respon emosi dalam menghadapi masalah (Stuart & Laraia, 2005). Dapat berupa perasaan sedih, afek tidak sesuai, merasa bersalah, perasaan malu, takut tidak diterima, tidak percaya dan menolak hubungan dengan orang lain (Stuart, 2007). Respon emosi

sangat bergantung dari lama dan intensitas stresor yang diterima dari waktu ke waktu. Rasa sedih karena kehilangan terutama terhadap sesuatu yang berarti dalam kehidupan sering kali menyebabkan seseorang menjadi takut untuk menghadapi kehilangan berikutnya.

#### 4. Diagnosa Keperawatan

Penetapan diagnosa keperawatan dilakukan berdasarkan analisa data yang diperoleh dari pengkajian secara holistik. Pada penetapan diagnosa isolasi sosial seorang perawat jiwa profesional menekankan pada analisa dan sintesa data yang dikumpulkan. Analisa dan sintesa dilakukan mengacu pada data obyektif berupa data yang dapat diukur dengan menggunakan standar pengukuran dan data subyektif yang diperoleh dari pernyataan klien terhadap fungsi fisik, kognitif, afektif dan emosi yang terganggu (Wilkinson, 2007). Tanda dan gejala berikut: tidak/jarang berkomunikasi, menolak berhubungan dengan orang lain, tidak ada/jarang kontak mata, menjauh dari orang lain, berdiam diri dikamar, tidak melakukan kegiatan sehari-hari, tidak memiliki teman dekat, tampak sedih dan afek tumpul dapat menjadi pedoman dalam penetapan diagnosa isolasi sosial (Keliat, 1999 & Keliat, 2006). Diagnosa keperawatan lain terkait dengan isolasi sosial adalah: gangguan konsep diri: harga diri rendah dan defisit perawatan diri dan kerusakan komunikasi verbal ( Nanda, 2005).

#### 5. Rencana Intervensi

Rencana intervensi dikembangkan mengacu pada pedoman intervensi keperawatan/ *nursing intervention classification* dan *nursing outcome criteria*

didalamnya terdapat intervensi yang dapat digunakan sebagai landasan dalam intervensi keperawatan isolasi sosial. Intervensi keperawatan diarahkan untuk membina hubungan saling percaya dengan klien, menyadari penyebab mengisolasi diri dan meningkatkan kemampuan klien berinteraksi dengan orang lain (Keliat, 2006).

Intervensi keperawatan dapat dilakukan dengan mengacu pada 4 (empat) terapi yaitu terapi individu, keluarga, kelompok dan komunitas. Pendekatan keempat terapi dilakukan dengan melihat individu sebagai sistem terbuka yang selalu berinteraksi dan dipengaruhi oleh lingkungan baik keluarga sebagai sistem terkecil dan klien sampai komunitas. Pada diagnosa keperawatan isolasi sosial, pengembangan terapi dilakukan dengan menganalisa kebutuhan dan pendekatan yang tepat dari setiap terapi yang dilakukan baik individu, keluarga, kelompok maupun komunitas. Menurut Dochterman (2004); Kneisl (2004); Stuart dan Laraia (2005), terapi individu yang dapat diberikan pada klien isolasi sosial adalah terapi *cognitif*, *cognitif behaviour therapy* dan *social skills training*. Terapi pada kelompok klien juga perlu dilakukan seperti terapi aktivitas kelompok sosialisasi, *logotherapy*, *psikoedukasi* dan *supportive therapy*.

Berikut ini peneliti membahas mengenai *social skills training* pada klien isolasi sosial karena *social skills training* dapat meningkatkan keterampilan interpersonal pada klien dengan gangguan hubungan interpersonal.

## **B. Social Skills Training**

### **1. Pengertian Social Skills Training**

*Social skills training* merupakan hal penting untuk meningkatkan kemampuan seseorang berinteraksi dalam suatu lingkungan. Adanya kemampuan berinteraksi menjadi kunci untuk memperkaya pengalaman hidup, memiliki pertemanan, berpartisipasi dalam suatu kegiatan dan bekerjasama dalam suatu kelompok.

Menurut Cartledge dan Milbun (1995, dalam Chen, 2006), *social skills training* adalah kemampuan yang dapat dipelajari oleh seseorang sehingga memungkinkan orang tersebut berinteraksi dengan memberikan respon positif terhadap lingkungan dan mengurangi respon negatif yang mungkin hadir pada dirinya. Kneisl (2004) menyatakan bahwa *social skills training* adalah metode yang didasarkan pada prinsip-prinsip sosial pembelajaran dan menggunakan teknik perilaku bermain peran, praktik dan umpan balik untuk meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah.

Pendapat lain mengatakan bahwa *social skills training* adalah proses belajar dimana seseorang belajar cara fungsional dalam berinteraksi (Carson, 2000). *Social skills training* didasarkan pada keyakinan bahwa keterampilan dapat dipelajari oleh karena itu dapat dipelajari bagi seseorang yang tidak memilikinya (Stuart & Laraia, 2005). Bellack (1983) menyatakan *social skills training* merupakan salah satu pendekatan *psikoeduksional* untuk memperbaiki kekurangan pada beberapa kemampuan interpersonal dalam berinteraksi dengan orang lain. Dari berbagai definisi yang telah

dikemukakan dapat disimpulkan *social skills training* adalah proses belajar dalam meningkatkan kemampuan seseorang untuk meningkatkan kemampuan berinteraksi dengan orang lain dalam konteks sosial yang dapat diterima dan dihargai secara sosial. Hal ini melibatkan kemampuan untuk memulai dan menjaga interaksi positif dan saling menguntungkan.

## 2. Tujuan *Social skills Training*

*Social skills training* bertujuan untuk meningkatkan keterampilan interpersonal pada klien dengan gangguan hubungan interpersonal dengan melatih keterampilan klien yang selalu digunakan dalam hubungan dengan orang lain dan lingkungan. Hal ini dikemukakan Landeen (2001, dalam Kneisl, 2004) tujuan *social skills training* adalah meningkatkan kemampuan sosial. Menurut Eikens (2000) *social skills training* bertujuan;

- 1) Meningkatkan kemampuan seseorang untuk mengekspresikan apa yang dibutuhkan dan diinginkan;
- 2) Mampu menolak dan menyampaikan adanya suatu masalah;
- 3) Mampu memberikan respon saat berinteraksi sosial;
- 4) Mampu memulai interaksi;
- 5) Mampu mempertahankan interaksi yang telah terbina.

Tujuan lain *social skills training* adalah untuk menurunkan kecemasan meningkatkan kontrol diri pada klien dengan fobia sosial, meningkatkan kemampuan klien dalam aktifitas bersama, bekerja dan meningkatkan kemampuan sosial klien skizofrenia (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000 dalam Kneisl, 2004; Roder, Zorn, Muller & Brenner, 2001 dalam Carson, 2000).

*Social skills training* dirancang untuk meningkatkan kemampuan berkomunikasi dan keterampilan sosial bagi seseorang yang mengalami kesulitan dalam berinteraksi meliputi keterampilan memberikan pujian, mengeluh karena tidak setuju, menolak permintaan orang lain, tukar menukar pengalaman, menuntut hak pribadi, memberi saran pada orang lain, pemecahan masalah yang dihadapi, bekerjasama dengan orang lain, dan beberapa tingkah laku lain yang tidak dimiliki klien (Michelson, 1985).

### 3. **Indikasi *social skills training***

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa *social skills training* merupakan salah satu intervensi dengan teknik modifikasi perilaku yang dapat diberikan pada klien dengan berbagai gangguan seperti depresi, skizofrenia, anak yang mengalami gangguan perilaku kesulitan berinteraksi, klien yang mengalami fobia sosial dan klien yang mengalami kecemasan. Hal ini menunjukkan adanya hubungan bermakna dari pelaksanaan *social skills training* dengan meningkatkan kemampuan klien dalam berinteraksi dengan orang lain diawali dengan melihat, mengobservasi, menirukan tingkah laku dan mempraktekan dalam kehidupan sehari-hari Bulkeley dan Cramer (1990, dalam Prawitasari, 2002).

Penelitian Chen (2006) tentang *Social Skills Training* untuk Siswa dengan Gangguan Emosi/Perilaku: Studi Literatur dari Sudut Pandang Masyarakat Amerika memberikan gambaran bahwa *social skills training* merupakan hal penting bagi peningkatan kemampuan berinteraksi dengan memberikan respon positif terhadap lingkungan dan mengurangi respon negatif terhadap

diri sendiri dan lingkungan. Penelitian itu juga menjelaskan bahwa *social skills training* merupakan strategi yang dinilai sangat tepat untuk merangsang tumbuhnya interaksi positif. Dalam pelatihan ini dipertemukan dua orang siswa yang sama-sama mengalami kesulitan berinteraksi dan didorong untuk melakukan berbagai kegiatan yang membutuhkan adanya interaksi sosial yang didampingi oleh seorang terapis yang berperan untuk mengingatkan siswa mengenai bagaimana memulai interaksi dan memberikan respon dalam berbagai kondisi dalam berinteraksi. Secara perlahan-lahan terapis menjauh, sehingga kedua siswa memiliki ruang lebih bebas untuk bisa berekspresi dan berinteraksi sosial secara spontan dan memperlihatkan reaksi terhadap interaksi tersebut.

Penelitian Jupp dan Griffiths (1990, dalam Prawitasari, 2002) terhadap anak-anak pemalu dan terisolasi sosial menunjukkan bahwa konsep diri anak meningkat dan berkurangnya kecenderungan melakukan penilaian negatif terhadap diri dan meningkatnya secara signifikan kemampuan anak-anak dalam berinteraksi.

Stravinsky (1987, dalam Ramdhani 2002, ¶ 3, <http://lib-ugm.ac.id/data/pubdata/ketsos.pdf>), diambil tanggal 7 Desember 2007, melakukan penelitian efektifitas *social skills training* untuk membantu klien skizofrenia yang menderita disfungsi sosial. Dilaporkan setelah mengikuti *social skills training* terjadi peningkatan kinerja klien, penurunan perilaku kekerasan dan penurunan tingkat kecemasan.

*Social skills training* sebagai salah satu teknik modifikasi perilaku telah banyak dilakukan dan diteliti pula tingkat keberhasilannya. Efektif digunakan untuk meningkatkan kemampuan seseorang untuk berinteraksi, meningkatkan

harga diri, meningkatkan kineja dan menurunkan tingkat kecemasan. Terapi ini dapat diberikan pada klien; skizofrenia, klien depresi, ansietas dan fobia sosial yang mengalami masalah isolasi sosial, harga diri rendah, perilaku kekerasan dan cemas.

#### 4. Kriteria Terapis

Dalam melakukan *social skills training* seorang terapis harus memiliki kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor. Keterampilan komunikasi verbal dan non verbal harus benar-benar diperhatikan. Komunikasi verbal saja membutuhkan bahasa yang baik dan dimengerti oleh klien. Komunikasi non verbal dapat dibina melalui kepekaan terapis dalam mengekspresikan wajah, gerak tangan, gerak tubuh dan nada suara (Arden, 2002). Seorang terapis harus mampu menyediakan lingkungan yang tenang bagi individu untuk melakukan *social skills training*, menjadi *role model* dan mampu memberikan umpan balik kepada klien.

Menurut Rogers (1961, dalam Prawitasari 2002) sikap yang harus dimiliki terapis, adalah; 1) Harmonis dan tulus; 2) Terbuka terhadap diri dan perasaannya terlebih dahulu; 3) Merasakan apa yang sedang dialami oleh klien dan melakukan sesuatu tindakan atau perilaku yang dibutuhkan klien; 4) Menunjukkan penghargaan positif bagi klien; 5) Sikap penuh penerimaan dan perhatian tulus terhadap klien; 6) Peduli dalam usaha menolong klien.

#### 5. Teknik Pelaksanaan *Social skills Training*

*Social skills training* diberikan kepada individu yang mengalami ketidakmampuan dan penurunan keterampilan sosial, yaitu; ketidakmampuan



berinteraksi dengan orang lain dan lingkungan dan tidak memiliki keterampilan sosial meliputi memberikan pujian, mengeluh karena ketidaksetujuan, menolak permintaan dan ketidak mampuan bekerjasama dengan orang lain (Michelson, 1985). Cartledge dan Milbun (1995) mengidentifikasi area keterampilan sosial yang berkontribusi dalam berhubungan dengan orang lain; 1) Tersenyum dan tertawa bersama; 2) Menyapa orang lain; 3) Bergabung dalam aktivitas yang sedang berlangsung; 4) Berbagi dan bekerja sama; 5) Memberikan pujian secara verbal; 6) Melakukan suatu keterampilan; 6) Melakukan perawatan diri.

Mercer (1997) menyatakan ada tiga kelompok keterampilan sosial yang perlu diajarkan bagi individu yang mengalami hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain; 1) Kemampuan berkomunikasi, yakni; kemampuan menggunakan bahasa tubuh yang tepat, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, mendengar aktif, menjawab pertanyaan, menginterupsi pertanyaan dengan baik, bertanya untuk klarifikasi; 2) Kemampuan menjalin persahabatan, yaitu; menjalin pertemanan, mengucapkan dan menerima ucapan terima kasih, memberikan dan menerima pujian, terlibat dalam aktifitas bersama, berinisiatif melakukan kegiatan dengan orang lain dan memberikan pertolongan; 3) Kemampuan dalam menghadapi situasi sulit, yakni; memberikan dan menerima kritik, menerima penolakan, bertahan dalam tekanan kelompok dan minta maaf. Dapat disimpulkan pelaksanaan *social skills training* dilaksanakan dalam area perilaku untuk meningkatkan interaksi positif dengan orang lain.

Cartledge dan Milbun (1995) membagi tahapan *social skills training* atas:

- 1) Instruksi. Klien perlu diberitahukan tujuan dan maksud dari suatu perilaku dalam menjalin hubungan interpersonal dengan orang lain sehingga dapat mengetahui kegunaan dan manfaat dari perilaku tersebut. Untuk memberikan informasi dapat digunakan cerita atau film yang kemudian diikuti dengan diskusi kapan saja perilaku tersebut muncul dalam keseharian.
- 2) Identifikasi komponen perilaku. Keterampilan sosial merupakan proses yang kompleks dan seringkali terdiri dari beberapa rangkaian perilaku. Identifikasi secara spesifik keterampilan dari suatu perilaku.
- 3) Penyajian model, yakni bagaimana suatu contoh perilaku dilakukan. Hal ini dapat dilakukan dengan cara dilakukan langsung oleh terapis, buku dan dengan model.
- 4) Menampilkan keterampilan yang sudah dipelajari. Melatih suatu keterampilan melalui *role play* secara terstruktur.
- 5) Umpan balik. Hal ini penting dilakukan untuk memberikan masukan terhadap perilaku yang dilakukan sehingga dapat diperbaiki. Umpan balik dilakukan melalui bentuk verbal (instruksi perbaikan atau pujian) dan evaluasi diri.
- 6) Sistem *reinforcement*, dilakukan sebagai penguatan
- 7) Latihan perilaku, bertujuan untuk mempertahankan keterampilan yang telah diajarkan, tetap dilakukan.

Dalam *social skills training* dilatih kemampuan klien dengan belajar cara adaptif untuk terlibat dalam hubungan interpersonal. Perlu mengidentifikasi

keterampilan yang akan dilatih, klien mendapat kesempatan berlatih perilaku baru dan menerima umpan balik atas keterampilan yang telah dilakukan.

Stuart dan Laraia (2005) mengatakan keterampilan dalam *social skills training* didapat melalui bimbingan, demonstrasi, praktek dan umpan balik. Prinsip-prinsip tersebut diharapkan dapat dimasukkan dalam implementasi program *social skills training* yang efektif. Bimbingan dan demonstrasi digunakan pada tahap awal *treatment* kemudian diikuti praktik dan umpan balik. Secara khusus ada 4 (empat) tahapan yang dapat dikembangkan dalam *social skills training* menurut Stuart dan Laraia (2005) yaitu;

- 1) Menggambarkan perilaku baru untuk dipelajari dengan cara memberikan bimbingan kepada klien yang mengalami gangguan hubungan interpersonal;
- 2) Mempelajari perilaku baru dengan menggunakan bimbingan dan demonstrasi;
- 3) Mempraktekkan perilaku baru dengan memberikan umpan balik;
- 4) Memindahkan perilaku baru dalam lingkungan.

Tipe perilaku yang diajarkan dalam *social skills training* meliputi menjawab pertanyaan, memberikan pujian, membuat perubahan positif, berbicara secara jelas, mencegah kegelisahan dan kritik terhadap diri sendiri. *Social skills training* digunakan pada klien yang kehilangan keterampilan sosial, bersikap asertif dan kontrol emosi sebagaimana seseorang yang menunjukkan perilaku anti sosial. Waltz (1999), mengemukakan kemampuan yang diberikan dalam *social skills training* adalah;

- 1) Kemampuan melakukan kontak mata;
- 2) Memperagakan sikap tubuh yang baik dalam berinteraksi;
- 3) Kemampuan berempati terhadap orang lain;
- 4) Ketersediaan menerima dan memberikan

pujian; 5) Kemampuan untuk berbagi dengan orang lain; 6) kemampuan menunjukkan ekspresi wajah dan gerak tubuh yang tepat; 7) Mempelajari teknik bicara untuk mengawali dan mengakhiri pembicaraan; 8) Melakukan aturan dalam melaksanakan aktifitas bersama dengan orang lain; 9) Mempelajari etika yang diperlukan, misalnya etika ketika makan, berbicara dengan orang lain, duduk dan cara berpakaian; 10) Berinteraksi dengan pihak berwenang, misalnya dokter, perawat dan administrasi.

Bulkeley dan Cramer (1990) mengemukakan beberapa teknik yang digunakan dalam *social skills training*, yakni; 1) Modelling, dilakukan dengan cara memperlihatkan contoh tentang keterampilan perilaku spesifik yang dapat dipelajari oleh klien. Model ini dapat dilakukan langsung oleh terapis atau pemeran, model melalui video atau gabungan terapis dengan model di video. Keterampilan yang diajarkan bisa keterampilan memperkenalkan diri, memulai pembicaraan, melakukan pembicaraan mengakhiri pembicaraan atau aplikasi keterampilan untuk menghadapi masalah dalam kehidupan nyata; 2) Bermain peran, dilakukan dengan cara mendengarkan petunjuk yang disampaikan oleh terapis atau model. Dilanjutkan dengan diskusi mengenai aktifitas yang diperankan. Latihan verbalisasi diperlukan melalui diskusi dengan menanyakan kepada klien apa yang akan dilakukan apabila berada pada situasi seperti yang diperankan. Setelah diskusi selesai latihan bermain peran dapat dilanjutkan; 3) Umpan balik terhadap kinerja yang tepat, dilakukan dengan cara memberikan penghargaan/pujian terhadap klien yang menunjukkan kemampuan yang tepat,

klien dapat melakukan peran yang dilatihkan atau klien yang dapat mengemukakan target perilaku yang ingin dilakukan.

Menurut Chen (2006); Stuart dan Laraia (2005); Kingsep dan Nathan (2004); Bulkeley dan Cramer (1990), pelaksanaan *social skills training* dapat dilakukan secara individu atau kelompok. Ada beberapa keuntungan apabila dilakukan secara kelompok, yaitu; penghematan tenaga, waktu dan biaya. Bagi klien yang mengalami ketidakmampuan berinteraksi, *social skills training* merupakan miniatur masyarakat sesungguhnya, masing-masing anggota mendapatkan kesempatan melakukan praktek dalam kelompok sehingga mereka melakukan perilaku sesuai contoh dan merasakan emosi yang menyertai perilaku. Masing-masing anggota kelompok saling memberi umpan balik, pujian, dan dorongan.

Untuk pelaksanaan *social skills training* dalam kelompok ada beberapa syarat yang harus dipenuhi. Besar kelompok tidak lebih dari 12 orang (Michelson, 1985). Kelompok terlalu besar akan membawa akibat negatif, karena masing-masing anggota kelompok memiliki kesempatan berlatih sedikit.

Pelaksanaan *social skills training* yang dilakukan secara individual tidak memerlukan seting tempat khusus, menjaga timbulnya rasa rendah diri bagi peserta yang kemampuannya lebih rendah, lebih mudah mengarahkan klien dalam teknik *social skills training*, memudahkan terapis memberikan contoh

perilaku yang akan dijadikan contoh dan memudahkan mengevaluasi kemampuan yang telah dicapai oleh klien.

*Social skills training* dilakukan 1-2 jam perhari dalam 10-12 kali pertemuan untuk klien yang mengalami defisit keterampilan sosial dan penurunan kemampuan berinteraksi. Untuk klien yang hanya ingin meningkatkan keterampilan sosial atau ingin menambah pengalaman dapat dilaksanakan 1-2 hari saja (Prawitasari, 2002).

Menurut Ramdhani (2002, ¶ 6, <http://lib-ugm.ac.id/data/pubdata/ketsos.pdf>, diambil tanggal 7 Desember 2007), pelaksanaan *social skills training* dilaksanakan melalui 4 (empat) tahap, yaitu; 1) *Modelling*, yaitu tahap penyajian model dalam melakukan suatu keterampilan yang dilakukan oleh terapis; 2) *Role play*, yaitu tahap bermain peran dimana klien mendapat kesempatan untuk memerankan kemampuan yang telah dilakukan oleh terapis sebelumnya; 3) *Performance feedback*, yaitu tahap pemberian umpan balik. Umpan balik harus diberikan segera setelah klien mencoba memerankan seberapa baik menjalankan latihan; 4) *Transfer training*, yakni tahap pemindahan keterampilan yang diperoleh klien kedalam praktek sehari-hari.

Kinsep dan Nathan (2004, ¶ 5 <http://www.cci.health.wa.gov.au> ) diperoleh tanggal 7 Desember 2007 mengemukakan pelaksanaan *social skills training* diawali dengan; 1) Instruksi, terapis memberikan gambaran mengenai pelaksanaan *social skills training* sehingga klien memperoleh pengetahuan

terhadap aktifitas dalam *social skills training* dan termotivasi untuk melaksanakannya; 2) Rasional, terapis melakukan diskusi tentang alasan klien melakukan *social skills training* dan mengamati bagaimana respon klien terhadap pelaksanaan terapi; 3) *Discuss components*, terapis menjelaskan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam pelaksanaan *social skills training* dan memastikan klien paham terhadap apa yang disampaikan; 4) *Role play*, terapis melakukan salah satu keterampilan sosial yang sering ditemui dalam berinteraksi; 5) *Review*, terapis mendiskusikan dengan klien tentang peran yang dilakukan oleh terapis/model; 6) Umpan balik positif, terapis memberikan dukungan terhadap keberhasilan yang didapatkan klien dan motivasi klien untuk menghilangkan pikiran negatif yang muncul; 7) Terapis memberikan umpan balik dengan cara yang baik, tidak bermaksud menyudutkan klien atau menolak klien, tetapi lebih mengarahkan klien ke perilaku yang lebih baik; 8) Ulangi latihan lebih lanjut, terapis minta klien untuk melakukan peran yang lebih baik sesuai dengan yang dilakukan pada waktu terapis melakukan *role play*; 9) Terapis dan klien harus jujur, mainkan 2 (dua) sampai 4 (empat) peran dalam *role model* dengan umpan balik setiap satu peran dilakukan klien; 10) Terapis meminta klien mengaplikasikan keterampilan sosial dalam kehidupan sehari-hari, hal ini dianggap sebagai pekerjaan rumah bagi klien.

Pada penelitian ini dikembangkan modul *social skills training* pada klien isolasi sosial dengan mengacu pada 4 (empat) tahapan *social skills training* yang dikemukakan Stuart dan Laraia (2005); Ramdhani (2002); Bulkeley dan Cramer (1990), yakni melatih kemampuan klien berkomunikasi, menjalin

persahabatan dan menghadapi situasi sulit, dengan menggunakan metode *modelling, role play, feed back* dan *transfer training* (Lampiran 9).

Modul *social skills training* sesi 1 (satu) akan melatih kemampuan klien berkomunikasi yaitu; menggunakan bahasa tubuh yang tepat, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya untuk klarifikasi; Sesi 2 (kedua) akan melatih kemampuan klien menjalin persahabatan yakni; kemampuan memberikan pujian, meminta dan memberikan pertolongan kepada orang lain; Sesi 3 (ketiga) melatih kemampuan klien untuk terlibat dalam aktifitas bersama dengan klien lain diruangan; Sesi 4 (keempat) melatih kemampuan klien menghadapi situasi sulit yakni; menerima kritik, menerima penolakan, minta maaf; Sesi 5 (lima) evaluasi *social skills training*.

Setiap sesi dari *social skills training* menggunakan 4 (empat) metode yakni; 1) *modeling* oleh terapis atau model; 2) *role play* yang dilakukan oleh klien; 3) *Feed back* terkait perilaku yang telah dilakukan klien; 4) *Transfer training* meliputi pemberian rencana tindak lanjut/pekerjaan rumah dengan tujuan untuk memberikan kesempatan kepada klien mempraktikkan perilaku yang telah dilaksanakan pada sesi sebelumnya pada klien lain diruangan dan perawat.

Berikut ini disimpulkan teknik pelaksanaan *social skills training* yang akan dilakukan pada penelitian ini berdasarkan masing-masing sesi, yaitu:



Sesi 1: melatih kemampuan klien berkomunikasi meliputi: menggunakan bahasa tubuh, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya untuk klarifikasi.

Sesi 2: melatih kemampuan klien menjalin persahabatan meliputi: kemampuan memberikan pujian, meminta dan memberikan pertolongan kepada orang lain.

Sesi 3: melatih kemampuan klien untuk terlibat dalam aktifitas bersama dengan klien lain diruangan.

Sesi 4: melatih kemampuan klien menghadapi situasi sulit meliputi: menerima kritik, menerima penolakan dan minta maaf.

Sesi 5 : Evaluasi *social skills training* yakni melatih kemampuan klien mengemukakan pendapat tentang manfaat kegiatan yang telah dilakukan.

Setiap sesi dari *social skills training* menggunakan empat metode yakni;

1) *modelling*; 2) *role play*; 3) *Performance feedback*; 4) *Transfer training* .

Masing-masing sesi dalam *social skills training* pada penelitian ini dilakukan sebanyak tiga kali.

### C. Karakteristik Klien Isolasi Sosial

Dalam setiap interaksi dengan klien, perawat jiwa harus menyadari luasnya dunia kehidupan klien. Perawat harus menyadari bahwa persepsi klien tentang sehat, sakit, perilaku mencari bantuan dan kepatuhan pada pengobatan bergantung pada keyakinan, norma sosial dan nilai budaya individu yang unik (Stuart, 2007). Berdasarkan hal tersebut karakteristik klien dengan isolasi sosial dapat dilihat dari aspek sosial budaya. Faktor sosial budaya tersebut meliputi;

usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, suku dan keyakinan. Hal ini juga dikemukakan oleh Hawari (2001); Stuart dan Sundeen (2005); Townsend (2005), faktor sosial budaya yang dimiliki oleh klien meliputi; umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama klien sakit. Berikut penjelasan faktor sosial budaya secara rinci:

### 1. Usia

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stresor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme coping. Ini berpengaruh terhadap frekwensi dalam mencari bantuan dibidang pelayanan kesehatan. Perilaku mencari bantuan mencapai puncak rentang usia 25-45 tahun dan kemudian menurun kembali. Fahmi (2007, ¶ 1, [mediaindonesia.com](http://mediaindonesia.com)) diperoleh tanggal 3 Januari, menyatakan usia 40-50 merupakan rentang usia terjadinya depresi paling tinggi sehingga sehingga butuh bantuan pelayanan kesehatan. Hasil penelitian Huclok (1998, dalam Nursalam, 2000), menyatakan bahwa semakin cukup umur maka tingkat kematangan dan kekuatan seseorang semakin meningkat, baik itu dalam berfikir maupun dalam bekerja. Dapat disimpulkan usia lebih matur diperkirakan akan memberikan dampak positif bagi klien dalam menghadapi suatu masalah.

### 2. Jenis kelamin

Darwis (2007, ¶ 1, <http://tempo.interaktif.com/hg/nasional/>), diperoleh tanggal 3 Januari 2008 menyatakan tidak ada perbedaan angka kejadian isolasi sosial untuk laki-laki dan wanita. Perbedaan yang sering terjadi adalah pada jenis

gangguan dan diagnosis, sebagai contoh angka penyalahgunaan obat dan perilaku antisosial sering pada laki-laki sedangkan gangguan afektif dan kecemasan tinggi pada wanita (Stuart & Laraia, 2005). Depresi dan gangguan jiwa lain seperti skizofrenia lebih sering terjadi pada wanita. Ada dugaan bahwa wanita lebih sering mencari pengobatan sehingga masalah lebih sering terdiagnosis. Wanita lebih sering terpajan dengan stressor lingkungan dan ambang terhadap stressor lebih rendah dibandingkan dengan pria.

Kuntjoro (2006, ¶ 1, <http://e-psikologi.com>) diperoleh tanggal 3 April 2008 dan Fahmi (2007, ¶ 1, [mediaindonesia.com](http://mediaindonesia.com)) diperoleh tanggal 3 Januari, menyatakan rentang usia dewasa pertengahan (40 sampai 55 tahun) pada wanita lebih sering terlihat gangguan afektif tipe depresi yang ditandai dengan perasaan sedih, sukar tidur, mengurung diri, malas berinteraksi dengan orang lain, merasa diri tidak berharga dan bosan hidup. Ini diperkirakan pada wanita ada kaitan dengan terjadinya penurunan fungsi seksual (menopause).

### 3. Pendidikan

Pendidikan diartikan sebagai segala usaha yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik secara individu, kelompok, maupun masyarakat sehingga orang tersebut dapat melakukan tindakan sesuai dengan harapan (Notoatmodjo, 2003). Pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan klien berinteraksi secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Faktor pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang menyelesaikan masalah yang dihadapinya.

#### 4. Pekerjaan

Pekerjaan terkait dengan status ekonomi seseorang. Status ekonomi yang rendah lebih rentan terhadap terjadinya masalah kesehatan jiwa (Townsend, 2005). Farid (2007) ¶ 1, <http://ww.kompas.com>, diperoleh tanggal 4 Februari 2008, melaporkan penderita gangguan jiwa di Indonesia meningkat pesat diduga sebagai dampak dari kemiskinan yang dialami penduduk. Wanita dan pria yang tidak bekerja selama 6 (enam) bulan mengalami depresi 3 (tiga) kali lebih tinggi dari yang bekerja Amir (2005). Masalah pekerjaan merupakan sumber stress pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi dapat jatuh sakit. Misalnya kehilangan pekerjaan (PHK), pensiun (*post power syndrome*), pekerjaan terbanyak, pekerjaan tidak cocok, mutasi jabatan dan lain sebagainya (Hawari, 2001). Adanya efek negatif dari status ekonomi yang rendah dengan tingginya angka gangguan jiwa dan klien dirawat di rumah sakit (Stuart & Laraia, 2005). Dapat disimpulkan seseorang yang tidak mempunyai pekerjaan atau pengangguran merupakan faktor risiko terjadinya gangguan jiwa yang berakibat salah satunya terjadi isolasi sosial.

#### 5. Status perkawinan

Gangguan jiwa lebih sering dialami individu bercerai atau berpisah dibandingkan dengan menikah atau lajang (Widya, 2007). Status perceraian menempatkan seseorang pada risiko lebih tinggi untuk mengalami gangguan jiwa. Sebaliknya dapat pula terjadi masalah kejiwaan menempatkan seseorang pada risiko diceraikan. Wanita lajang lebih jarang menderita masalah kejiwaan dibandingkan dengan wanita menikah. Sebaliknya, pria menikah lebih jarang menderita masalah kejiwaan bila dibandingkan dengan pria lajang. Masalah kejiwaan lebih sering pada orang yang tinggal sendiri

bila dibandingkan dengan tinggal bersama kerabat lain (Amir, 2005). Berbagai permasalahan perkawinan merupakan sumber stres yang dialami seseorang, misalnya pertengkaran, perpisahan, perceraian, kematian salah satu pasangan, dan ketidaksetiaan. Stresor perkawinan ini dapat menyebabkan seseorang mengalami masalah kejiwaan yang salah satu gejala yang dimunculkan adalah terjadinya isolasi sosial.

#### 6. Lama sakit

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. Keliat (2003), menyatakan semakin singkat klien sakit dan terpapar dengan lingkungan pelayanan rumah sakit akan memberikan keuntungan bagi klien dan keluarga. Hal ini akan meminimalkan kemungkinan kemunduran fungsi sosial. Klien lebih mudah diarahkan dalam pemberian intervensi sehingga peningkatan kemampuan klien lebih cepat.

### **BAB III**

## **KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL**

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

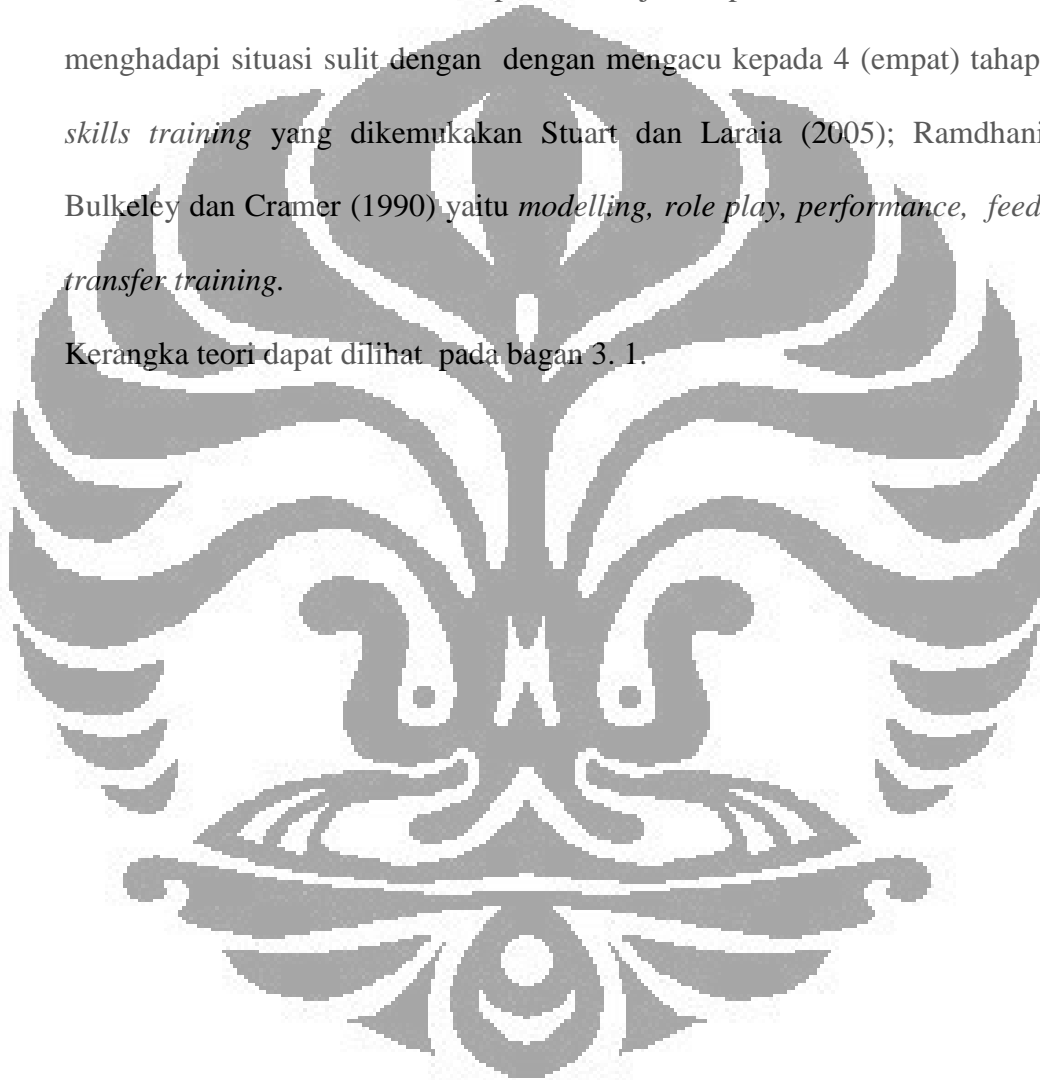
#### **A. Kerangka Teori**

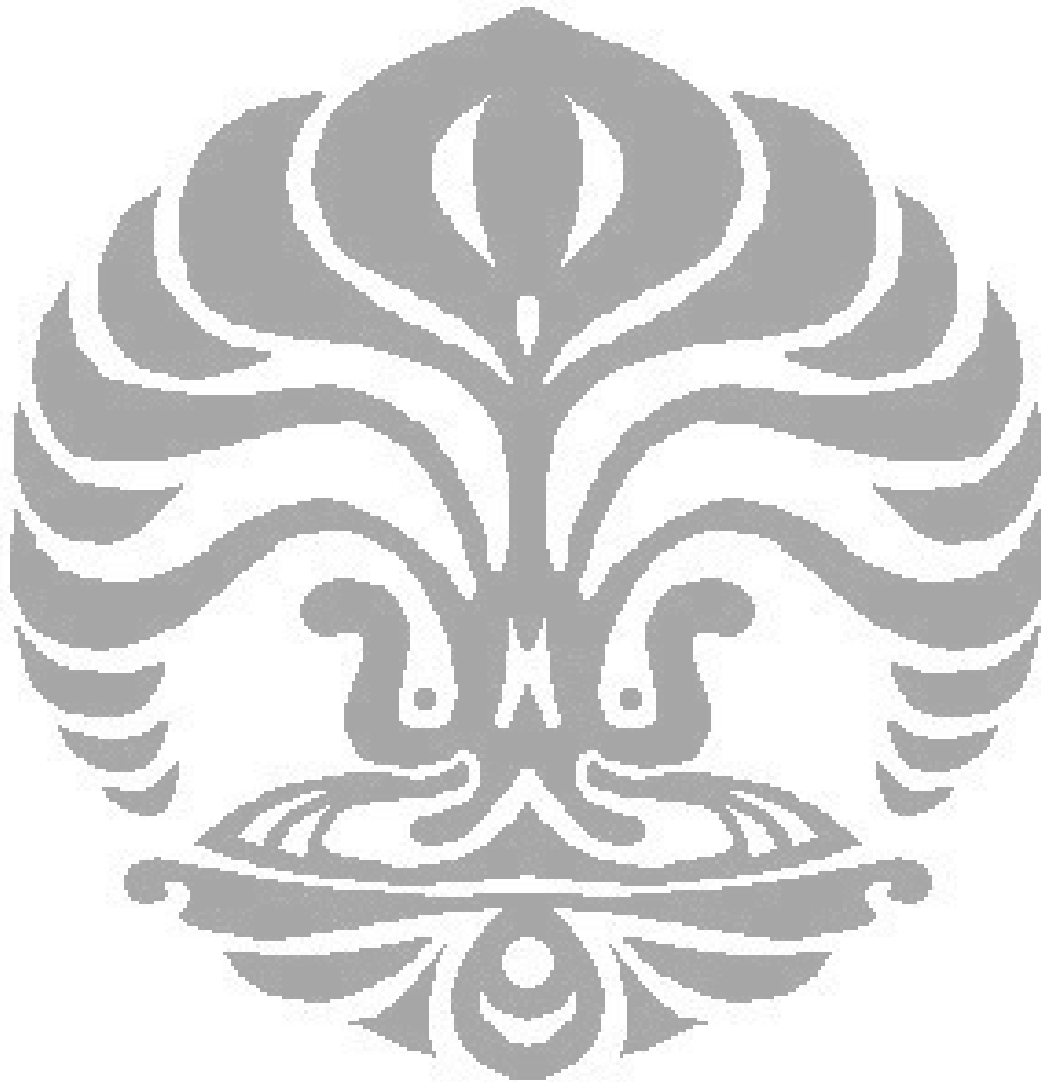
Kerangka teori merupakan kerangka teoritis yang digunakan sebagai landasan penelitian. Kerangka teori disusun berdasarkan konsep dan teori yang telah dikemukakan pada BAB II. Pada kerangka teori ini digambarkan isolasi sosial terjadi karena beberapa faktor berdasarkan pada model stres adaptasi Stuart (Stuart & Laraia, 2005) yakni predisposisi ( biologis, psikologis, sosial budaya), presipitasi (stresor biologis, psikologis, dan sosial budaya), penilaian terhadap stresor (kognitif, afektif, perilaku dan fisiologis), sumber koping (internal dan eksternal) dan mekanisme koping yang menyebabkan terjadinya isolasi sosial. Isolasi sosial dimanifestasikan dengan terjadinya perubahan fisik, kognitif, perilaku dan perubahan afektif (Dochterman, 2004; Keliat, 2006; Stuart, 2007; Sasmita, 2007).

Beberapa penelitian yang telah dilakukan (Bulkeley & Cramer, 1990 dalam Prawitasari, 2002; Chen, 2006; Jupp dan Griffiths, 1990; Stravinsky, 1987,

dalam Ramdhani, 2002; Bellack dan Hersen, 1983; Wing dan Tsang, 2001; Kinsep dan Nathan, 2004), dilaporkan bahwa tindakan keperawatan berupa *social skills training* yang dilakukan kepada klien yang mengalami penurunan kemampuan berinteraksi dengan orang lain disekitarnya dapat ditingkatkan kemampuannya dalam berkomunikasi, kemampuan menjalin persahabatan dan kemampuan menghadapi situasi sulit dengan dengan mengacu kepada 4 (empat) tahapan *social skills training* yang dikemukakan Stuart dan Laraia (2005); Ramdhani (2002); Bulkeley dan Cramer (1990) yaitu *modelling, role play, performance, feedback* dan *transfer training*.

Kerangka teori dapat dilihat pada bagan 3. 1.



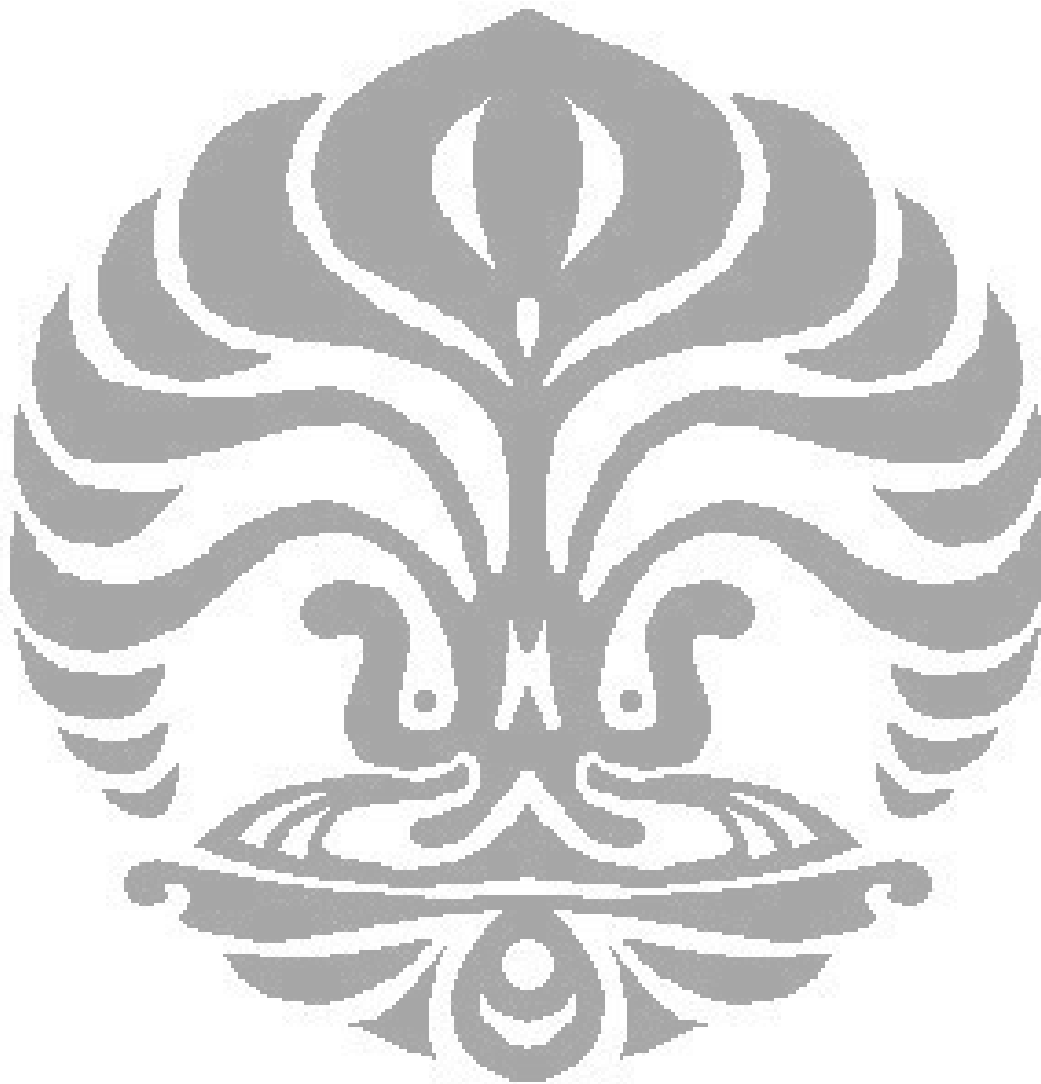




## B. Kerangka Konsep

Kerangka konsep dibuat untuk memberikan arah atau alur penelitian. Berdasarkan teori yang telah dikemukakan sebelumnya, bahwa salah satu terapi yang dapat diterapkan pada klien dengan isolasi sosial adalah *social skills training*. Dalam penelitian ini *social skills training* merupakan tindakan perawatan yang akan menjadi intervensi pada penelitian. Dengan *social skills training* diharapkan terjadi peningkatan keterampilan perilaku klien dalam berkomunikasi, menjalin persahabatan dan menghadapi situasi sulit.

Area penelitian desain *Quasi experimental pre-post test with control group* yang akan dilakukan adalah pada klien isolasi sosial yang telah mendapat terapi generalis. Variabel independen dalam penelitian ini *social skills training* dan variabel dependen terdiri dari kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial. *Social skills training* dilakukan pada kelompok intervensi dan pada kelompok kontrol tidak dilakukan. Variabel *confounding* terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit. Kerangka konsep penelitian digambarkan dengan skema pada bagan 3.2.



## C. Hipotesis Penelitian

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka rumusan hipotesis penelitian, sebagai berikut:

### 1. Hipotesis Mayor

Ada perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang mengikuti *social skills training* dengan kelompok yang tidak mengikuti *social skills training*.

### 2. Hipotesis Minor

- a. Ada perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang sebelum dan sesudah mengikuti *social skills training*.
- b. Ada perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang antara kelompok intervensi yang mengikuti *social skills training* dengan kelompok kontrol yang tidak mengikuti *social skills training*.
- c. Ada hubungan karakteristik klien terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kontrol di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.

## D. Definisi Operasional

**Tabel 3.1.**  
**Definisi Operasional**

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>A</b>	<b>Variabel <i>Confounding</i></b>				
1	Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir	Wawancara dengan kuesioner	Usia dalam tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Kondisi perbedaan jenis kelamin klien.	Wawancara dengan kuesioner.	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Tingkat pendidikan terakhir dan tertinggi yang dicapai klien.	Wawancara dengan kuesioner, dengan pilihan jawaban: 1. SD 2. SLTP 3. SLTA 4. Diploma 5. Perguruan Tinggi.	1. Rendah (SD) 2. Menengah (SLTP) 3. Tinggi (SLTA, Diploma, PT)	Ordinal
4	Pekerjaan	Kegiatan klien yang dapat menghasilkan (pendapatan).	Wawancara dengan kuesioner, dengan pilihan jawaban: 1. Pelajar/mahasiswa 2. Pegawai negeri 3. TNI/Polisi 4. Wiraswasta 5. Lain-lain 6. Tidak bekerja	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
5	Status perkawinan	Keadaan klien terkait dengan kehidupan pribadinya dalam keluarga.	Wawancara dengan kuesioner, dengan pilihan jawaban: 1. Kawin 2. Janda/duda 3. Cerai 4. Tidak kawin.	1. Kawin (kawin, janda/duda, cerai) 2. Tidak kawin	Nominal
6	Lama sakit	Saat pertama kali klien menderita gangguan jiwa sampai dilakukan penelitian.	Wawancara dengan kuesioner	1. < 6 bulan 2. 6 bulan-2 tahun 3. > 2 tahun	Ordinal

<b>B</b> <b>Variabel <i>Dependen</i></b>					
<b>6</b>	Kemampuan Kognitif klien isolasi sosial	Kemampuan berfikir, Ide-ide, tanggapan dan pendapat klien isolasi sosial terhadap dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan.	Wawancara dengan kuesioner terdiri atas 17 item pertanyaan dengan pilihan jawaban : 1. Tidak      2. Ya	Skor dari item pernyataan kognitif masing-masing dari rentang 17 sampai 34	Interval
<b>7</b>	Kemampuan Perilaku klien isolasi sosial	Tingkah laku yang ditampilkan atau kegiatan yang dilakukan klien isolasi sosial berkaitan dengan pandangannya terhadap diri, orang lain dan lingkungan.	Wawancara dengan kuesioner terdiri atas 15 item pertanyaan dengan pilihan jawaban : 1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Pernah 4. Selalu	Skor dari item pernyataan perilaku dari rentang 15 sampai 60	Interval

<b>C</b> <b>Variabel <i>Independen</i></b>					
<b>8</b>	<i>Social skills training</i>	Kegiatan terapi yang dilakukan dengan membantu klien meningkatkan perilaku untuk berinteraksi positif dengan orang lain dalam konteks sosial yang dapat diterima. Terdiri dari 5 sesi: Sesi 1. Kemampuan berkomunikasi Sesi 2: Kemampuan menjalin persahabatan Sesi 3: kemampuan terlibat dalam aktifitas bersama. Sesi 4: kemampuan klien menghadapi situasi sulit. Sesi 5: Evaluasi <i>social skills training</i> Masing-masing sesi menggunakan empat (4) metode yakni <i>modelling, role play, Performance feedback, Transfer training</i> dan dilakukan setiap sesi sebanyak tiga kali.	<i>Checklist</i>	1. Dilakukan <i>social skills training</i> 2. Tidak dilakukan <i>social skills training</i>	Nominal

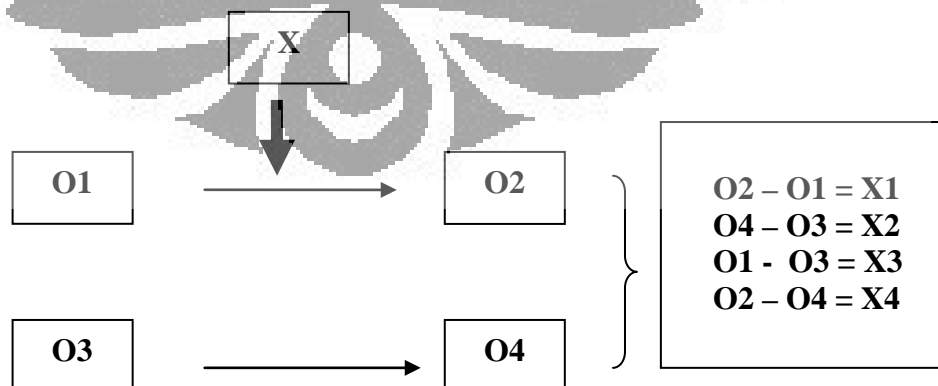
## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### A. Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian studi komparatif eksperimen semu (*quasi eksperimen*) dengan pendekatan *pre-post test design* yaitu pengukuran dilakukan pada awal dan akhir penelitian (Arikunto, 1998). Penelitian dilakukan untuk mengetahui perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah mengikuti *social skills training* di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Penelitian ini juga melihat perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah mengikuti *social skills training* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Bagan 4.1 berikut ini memberikan gambaran tentang metode penelitian yang akan dilakukan.

Bagan 4.1  
Desain Penelitian Quasi Eksperimen  
Pendekatan *Pre-Post Test Design*



**Keterangan:**

X : Intervensi (*social skill training*)

O1 : Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum mengikuti *social skill training (pre test)*.

O2 : Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi sesudah mengikuti *social skill training (post test)*.

O3 : Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum penelitian tanpa mengikuti *social skill training (pre test)*.

O4 : Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok kontrol setelah penelitian tanpa mengikuti *social skill training (post test)*.

X1 : Perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum mengikuti *social skill training (pre test)* dan sesudah mengikuti *social skill training (post test)*.

X2 : Perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum intervensi tanpa mengikuti *social skill training (pre test)* dan sesudah intervensi tanpa mengikuti *social skill training (post test)*.

X3 : Perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sebelum dilakukan *pre test*.

X4 : Perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah mengikuti intervensi penelitian (*post test*).

## B. Populasi dan sampel

### 1. Populasi

Sastroasmoro (2002) menyatakan bahwa populasi adalah sejumlah besar subyek penelitian yang memiliki karakteristik tertentu yang ditentukan sesuai dengan ranah dan tujuan penelitian. Populasi dibagi menjadi dua, yaitu 1) Populasi target (*target population*); 2) Populasi terjangkau (*accessible population*) atau populasi sumber (*source population*). Populasi target (*target population*) merupakan sasaran akhir penerapan hasil penelitian. Sedangkan populasi terjangkau (*source population*) adalah bagian dari populasi target yang dapat dijangkau oleh peneliti. Populasi target pada penelitian ini adalah seluruh klien isolasi sosial yang dirawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang yang berjumlah 77 orang, tercatat selama periode penelitian yaitu dari 1 April 2008 sampai dengan 19 Mei 2008.

### 2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini diambil secara *sampling sistematis*, yaitu pengambilan sampel berdasarkan urutan dari populasi yang telah diberi nomor urut (Sugiyono, 2005). Klien yang telah memenuhi kriteria inklusi dibuat daftar namanya dan untuk urutan ganjil dijadikan sebagai kelompok intervensi dan urutan genap dijadikan sebagai kelompok kontrol.

Sampel penelitian ini adalah klien dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Usia dewasa (18 – 65 tahun )
- b. Bisa membaca dan menulis.



c. Klien dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang

d. Diagnosa medis skizofrenia.

e. Diagnosa keperawatan isolasi sosial dengan minimal 4 (empat) dari 8 (delapan) tanda dan gejala isolasi sosial yakni;

- 1) Tidak/jarang berkomunikasi.
- 2) Menolak berhubungan dengan orang lain.
- 3) Tidak ada/jarang kontak mata.
- 4) Menjauh dari orang lain.
- 5) Berdiam diri dikamar.
- 6) Malas melakukan kegiatan sehari-hari.
- 7) Tidak memiliki teman dekat.
- 8) Tampak sedih.

f. Klien telah mendapatkan terapi generalis isolasi sosial.

Pengambilan sampel kelompok intervensi dan kontrol dilakukan di 5 (lima) ruangan rawat inap Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang yakni ruang Flamboyan, Gelatik, Melati, Cendrawasih dan ruang Merpati.

Penghitungan besar sampel minimal berdasarkan hasil perhitungan menggunakan uji hipotesis beda-dua proporsi dengan derajat kemaknaan 5%, kekuatan uji 80% dan uji hipotesis dua sisi, didapatkan besar sampel sebagai berikut :

(Ariawan, I, 1998; Lwanga & Lemeshow, 1998)

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{[p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)]}\}^2}{(p_1-p_2)^2}$$

Keterangan:

- a.  $Z_{1-\alpha/2}$  = nilai Z pada derajat kemaknaan  $\alpha$  pada uji dua sisi 1,96  
bila  $\alpha = 5\%$
- b.  $Z_{1-\beta}$  = nilai Z pada kekuatan uji 0,84 bila  $\beta = 80\%$
- c.  $p_1$  = proporsi peningkatan kemampuan klien skizofrenia kombinasi psikofarmaka dan *Social Skills Training* = 67% (Wing & Tsang, 2001).
- d.  $p_2$  = proporsi peningkatan kemampuan klien skizofrenia dengan psikofarmaka = 31% (Wing & Tsang, 2001).
- e.  $\bar{p} = (p_1 + p_2) / 2 = 0,49$

Berdasarkan perhitungan dengan menggunakan rumus diatas, sampel pada penelitian didapatkan 30 responden. Sampel penelitian ditambah 10% untukantisipasi sampel *drop out* (Sastroasmoro (2002), sehingga sampel penelitian berjumlah 33 responden kelompok intervensi dan 33 responden kelompok kontrol.

Sampai akhir penelitian responden berjumlah 30 orang untuk masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol, karena 3 orang (9,09%) *drop out* pada kelompok intervensi dengan alasan pulang sebelum terapi *social skills training* selesai (pulang pada sesi 1 dan sesi 2). Pada kelompok kontrol 9,09% *drop out* dengan alasan 1 orang (3,03%) melarikan diri dan 2 orang (6,06%) pulang pada minggu pertama penelitian berjalan.

### **C. Tempat penelitian**

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Prof HB.Saanin Padang yang merupakan satu-satunya rumah sakit jiwa yang ada di Sumatera Barat. Ruangan yang dipakai sebagai tempat penelitian adalah 5 (lima) ruang rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Prof HB.Saanin Padang yakni ruang Gelatik, Cendrawasih, Flamboyan, Melati dan ruang Merpati. Satu ruangan rawat inap di RSJ Prof HB Saanin Padang yang tidak dipakai sebagai tempat penelitian adalah ruang Ruang Angrek karena sampel penelitian sesuai kriteria yang ditetapkan tidak ditemui diruangan tersebut.

Rumah Sakit Jiwa Prof HB.Saanin Padang dipilih sebagai tempat penelitian karena mahasiswa kesehatan (DIII dan SI Keperawatan, mahasiswa kedokteran dan mahasiswa psikologi) yang ada di Sumatera Barat menggunakan rumah sakit ini sebagai tempat praktik. Rumah sakit ini menerima inovasi baru dan mulai Februari 2008 telah membentuk ruangan percontohan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP). Peneliti sendiri sebagai tenaga kesehatan menggunakan Rumah Sakit Jiwa Prof HB.Saanin Padang sebagai tempat praktek dan bimbingan praktek klinik mahasiswa DIII keperawatan.

### **D. Waktu penelitian**

Penelitian dimulai bulan Februari sampai Juni 2008, diawali kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian. Pengambilan data dan intervensi dilaksanakan selama 6 (enam) minggu mulai tanggal 4 April sampai dengan 19 Mei 2008. Alasan pemilihan

waktu karena *social skills training* dilakukan dalam 5 (lima) sesi, masing-masing sesi dilakukan 3 (tiga) kali. Sesi pertama dilakukan hari ke-1,4 dan 7. Sesi kedua dilakukan hari ke-8, 12 dan 15. Sesi ketiga dilakukan hari ke-16, 19 dan 21. Sesi keempat dilakukan hari ke-22,25 dan 28. Untuk Sesi 5 (lima) 23, 26, 29. Jumlah waktu diperlukan 5 minggu untuk *pre test* dan intervensi, dan satu minggu untuk *post test*.

#### **E. Etika Penelitian**

Beberapa aspek yang menjadi bahan pertimbangan etik dalam penelitian adalah kebebasan dalam menentukan kesediaan dalam mengikuti penelitian, menghormati *privacy* dengan menjaga kerahasiaan baik identitas maupun data/informasi yang diberikan, menjaga responden dari ketidaknyamanan fisik dan psikologis (Polit & Hungler, 1999). Berdasarkan pertimbangan tersebut, maka penelitian ini dilaksanakan setelah peneliti dinyatakan lolos kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan memperoleh izin dari pimpinan Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.

Setelah mendapatkan izin dari pimpinan Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang, peneliti terlebih dahulu memperoleh izin dari responden sebelum melakukan pengumpulan data, dengan memberikan penjelasan tentang tujuan, prosedur, manfaat penelitian dan harapan peneliti. Dijelaskan juga bahwa penelitian tidak menimbulkan dampak negatif bagi klien isolasi sosial yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang, dan dijamin kerahasiaannya mengenai identitas maupun informasi yang diberikan pada peneliti. Apabila responden telah memahami dan bersedia terlibat dalam

penelitian, maka kesediaan responden didokumentasikan dengan menandatangani *informed consent* atau lembaran persetujuan penelitian (lampiran 2). Responden adalah klien gangguan jiwa maka *informed consent* ditandatangani juga oleh 1 (satu) orang keluarga klien yang datang berkunjung ke Rumah Sakit jiwa Prof HB Saanin Padang. Keluarga responden yang tidak datang pada saat penelitian maka *Informed consent* ditandatangani kepala ruangan tempat responden dirawat. *Informed consent* yang ditandatangani keluarga berjumlah 6 (enam) eksemplar dan 60 eksemplar *informed consent* ditandatangani kepala ruangan.

Hak responden sangat diperhatikan dalam penelitian ini, demikian pula dampak hasil penelitian terhadap hak responden. Responden berhak menolak untuk tidak terlibat dalam penelitian. Jika hasil penelitian dapat menjawab hipotesa yang telah ditetapkan, yaitu kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang mengikuti *social skills training* lebih tinggi secara bermakna dari pada yang tidak mengikuti *social skills training*, maka responden sebagai kelompok kontrol berhak mendapatkan perlakuan yang sama dengan responden kelompok intervensi. Bagi kelompok kontrol sebelum *post test* dilakukan peneliti kerjasama dengan kepala ruangan memberikan terapi aktifitas kelompok sosialisasi.

#### **F. Alat pengumpul data**

Instrumen penelitian merupakan sesuatu yang terpenting dan strategis didalam suatu penelitian (Arikunto, 2005). Untuk itu penentuan alat pengumpul data yang tepat dalam menjawab permasalahan penelitian menjadi sangat penting. Instrumen atau alat pengumpul data dalam penelitian diklasifikasikan sebagai berikut :

## 1. Instrumen karakteristik responden

Merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit. Bentuk pertanyaan dalam pertanyaan tertutup, dan peneliti memberi angka pada kotak yang tersedia, sesuai dengan *option* yang dipilih oleh responden (lampiran 6).

## 2. Instrumen Kemampuan Kognitif Responden

Merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur kemampuan kognitif responden terkait dengan isolasi sosial sebanyak 17 pertanyaan. Kuesioner ini dibuat oleh peneliti sendiri dengan mengacu kepada teori dan konsep Keliat (2006), Stuart (2007) dan Sasmita (2007). Kuesioner dikembangkan menggunakan Skala Guttman dengan pilihan jawaban Ya dan Tidak (Sugiyono, 2006). Jika responden menyatakan Ya diberi nilai 2 (dua), jika responden menjawab Tidak diberi nilai 1 (satu). Untuk sub variabel merasa kebingungan terdiri dari 2 item yaitu nomor 1, 2, Merasa sepi 3 item yaitu nomor 3,4,11. Merasa ditolak orang lain 2 item yaitu nomor 6,7. Tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan 2 item yaitu nomor 5,8. Kesulitan menangkap informasi dan membeikan respon terhadap informasi 2 item yaitu nomor 9,10. Merasa tidak berdaya 2 item yaitu nomor 12,13. Merasa tidak berguna 2 item 14,15. Merasa putus asa 2 item yaitu 16,17. Instrumen diisi oleh responden dan dibantu oleh peneliti (lampiran 7).

### 3. Instrumen Kemampuan Perilaku Responden

Merupakan instrumen untuk mengukur tentang kemampuan perilaku yang meliputi tingkah laku responden terkait dengan isolasi sosial yang dapat diungkapkan klien dan diobservasi. Kuesioner ini dikembangkan oleh peneliti sendiri dengan mengacu kepada teori dan konsep Keliat (2006), Stuart (2007) dan Sasmita (2007). Kuesioner terdiri dari 15 pernyataan yang dikembangkan oleh peneliti sendiri dengan menggunakan skala likert (1-4), dengan rentang nilai 15-60. Jika tidak pernah melakukan diberi nilai 1, jarang memikirkan/melakukan 2, pernah melakukan (2-3 kali sehari) diberi nilai 3, selalu melakukan (lebih dari 3 kali sehari) diberi nilai 4. Untuk sub-sub variabel kurang aktivitas 3 item yaitu nomor 1,2,3, menarik diri 2 item yaitu nomor 13,15, kurang sosialisasi 2 item yaitu nomor 4, 8, ketidakmampuan berkomunikasi 3 item yaitu 6,9,10, tidak ada kontak mata 1 item yaitu nomor 11, kehilangan gerak dan minat 1 item yaitu nomor 5, tidak ada teman dekat 1 item yaitu nomor 14, menolak hubungan dengan orang lain 1 item yaitu-7. Instrumen ini akan diisi oleh responden dan dibantu oleh peneliti (Lampiran 8)

#### G. Uji coba instrumen

Guna menjaga validitas dan reliabilitas instrumen penelitian dilakukan terlebih dahulu uji coba instrumen pada 10 orang klien yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden yaitu klien yang mengalami isolasi sosial di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa HB Saanin Padang. Klien yang dipakai untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden. Uji validitas menggunakan *pearson product moment* dengan hasil apabila nilai  $r$  antara

masing-masing item pernyataan lebih besar atau sama dengan 0,5. Uji reliabilitas dilakukan dengan menggunakan *Internal Consistency* yang dilihat pada nilai Alpha Cronbach. Jika nilai koefisien reliabilitas  $r$  mendekati 1, maka setiap skor responden dapat dipercaya atau reliabel (Hastono 2007). Hasil uji instrumen dapat dilihat pada tabel 4.1.

**Tabel 4.1**  
**Hasil Uji Instrumen Kemampuan Kognitif dan Kemampuan Perilaku**  
**Klien Isolasi Sosial Di RSJ Prof HB Saanin Padang, April 2008**  
**(n=10)**

No	Variabel	Jumlah pernyataan	Jumlah pernyataan yang tidak valid	Validitas (nilai r)	Reliabilitas (Alpha Cronbach)
1.	Kemampuan Kognitif	17	3 (5,8,10)	0,684-0,905	0,945
2.	Kemampuan Perilaku	15	2 (11,12)	0,654-0,876	0,929

Pernyataan yang tidak valid dimodifikasi dengan memperbaiki kalimat sehingga 3 (tiga) pernyataan dalam instrumen kemampuan kognitif dan 2 (dua) pernyataan untuk instrumen kemampuan perilaku tetap dipergunakan.

#### H. Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Prosedur pengumpulan data dilakukan melalui proses perizinan dari direktur Direktur Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Selanjutnya pelaksanaan penelitian dimulai dengan tahapan sebagai berikut:

1. Melakukan seleksi calon responden penelitian. Kegiatan ini diawali dengan:



- a. Melakukan pemilihan dan kontrak kerja dengan dengan 5 (lima) orang pengumpul data yang memenuhi kriteria yaitu 1 (satu) orang perawat minimal D III keperawatan dari masing-masing ruangan rawat inap yang dipakai untuk tempat penelitian yang dilakukan pada tanggal 3 April 2008.
  - b. Melakukan pengambilan data responden klien isolasi sosial sesuai dengan tanda dan gejala yang ditetapkan (lampiran 5).
  - c. Memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan, proses, harapan penelitian dan memberi kesempatan bertanya bila ada yang kurang jelas. Responden menanda tangani *informed consent*, yang dinyatakan dari persetujuan salah seorang keluarga responden. Bila keluarga tidak datang saat pengambilan data *informed consent* ditandatangani oleh kepala ruangan.
  - d. Mengelompokkan responden sebagai kelompok intervensi dan kontrol. Untuk kelompok intervensi selanjutnya akan diberikan *social skills training*.  
Pengambilan data responden dilakukan pada tanggal 4 sampai 7 April 2008.
2. Melakukan sosialisasi dengan pihak Rumah Sakit Jiwa HB Saanin Padang tentang maksud, tujuan penelitian dan modul *Social Skills training*, yang dilakukan pada tanggal 9 April 2008.
3. Tahap Pelaksanaan intervensi pada kelompok intervensi  
Dalam penelitian ini, kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial diharapkan meningkat setelah intervensi.

Langkah-langkahnya meliputi :

a. *Pre test*

*Pre test* dilakukan dengan mengukur kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada tanggal 5,7 dan 8 April 2008. Hasil *pre test* dari kelompok intervensi dan kelompok kontrol dibandingkan dengan hasil *post test* dari masing-masing kelompok intervensi dan kontrol.

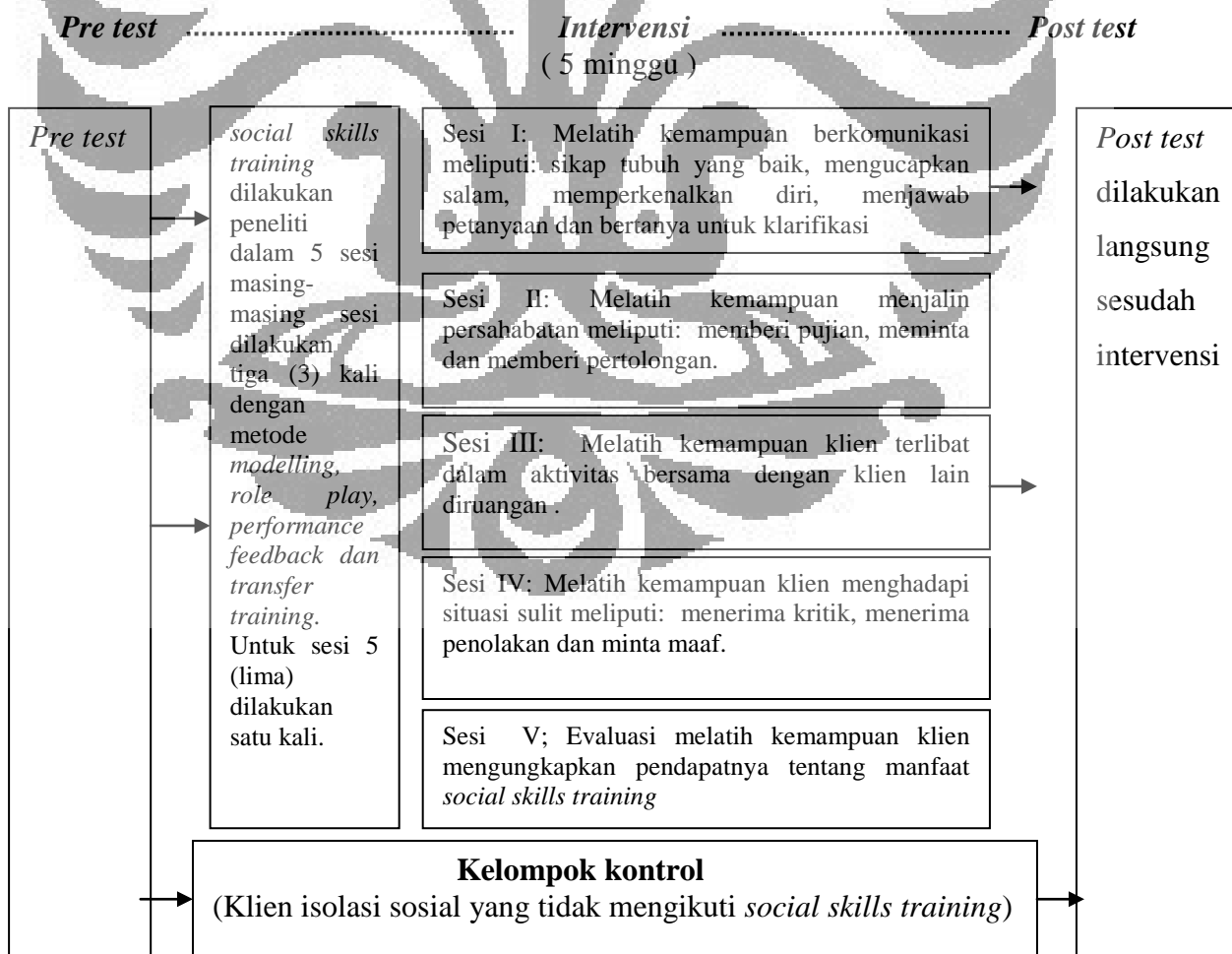
b. Intervensi

Untuk kelompok intervensi dilakukan *social skills training* yang merupakan terapi individu yang dimulai dari tanggal 9 April 2008 sampai 14 Mei 2008 dan sebelumnya sama-sama dilakukan *pre test* dengan kelompok kontrol. *Social skills training* dilakukan 5 (lima) sesi, yaitu; sesi 1 (satu) melatih kemampuan klien berkomunikasi; sesi 2 (dua) melatih kemampuan klien menjalin persahabatan; sesi 3 (tiga) melatih kemampuan klien terlibat dalam aktifitas bersama dengan orang lain diruangan; sesi 4 (empat) melatih kemampuan klien menghadapi situasi sulit; sesi 5 (lima) evaluasi *social skills training*. Masing-masing sesi dilakukan dengan metode *modelling*, *role model*, *performance feedback* dan *transfer training*. Tiap sesi dilakukan 3 (tiga) kali. Sesi 5 (lima) dilakukan satu kali. Untuk kelompok kontrol setelah dilakukan *pre test*, klien hanya diberikan terapi rutin yang dilakukan di rumah sakit. Tanggal 15 Mei sampai 17 Mei pada kelompok kontrol dilakukan terapi aktifitas kelompok sosialisasi.

c. *Post test*

Setelah mengikuti *social skills training* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak mengikuti *social skills training* dilakukan *post test* pada tanggal 19 Mei sampai 21 Mei 2008 untuk mengukur peningkatan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien pada kedua kelompok. Kemudian dilihat perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kontrol berdasarkan nilai *pre* dan *post test*. Untuk memperjelas alur kerja penelitian, peneliti memaparkan pada bagan 4.2.

Bagan 4.2  
Kerangka Kerja *Social Skills Training* Terhadap Perubahan Kemampuan Kognitif dan Kemampuan Perilaku Klien Isolasi Sosial.



## I. Analisis data

Pengolahan data pada penelitian ini telah dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

- 1) *Editing*, kegiatan ini dilakukan untuk menilai kelengkapan data yang diperoleh dari responden. Setelah responden mengisi kuesioner dilakukan pengecekan apakah jawaban yang ada sudah terisi semua jawabannya, jawaban relevan dan konsisten.
- 2) *Coding*, peneliti memberi kode pada setiap kuesioner yang meliputi kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku 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 kelompok kontrol.
- 3) *Entry data*, merupakan kegiatan memproses data untuk keperluan analisis data. Kegiatan memproses data dilakukan menggunakan bantuan program komputer.
- 4) *Cleaning data*, suatu kegiatan pembersihan seluruh data agar terbebas dari kesalahan sebelum dilakukan analisis data, baik kesalahan dalam pengkodean maupun dalam membaca kode, kesalahan juga dimungkinkan terjadi pada saat 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.

Untuk melakukan pengujian hipotesis, analisis data yang dilakukan adalah:

### 1. Analisis Univariat

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik variabel yang diteliti. Pada penelitian ini variabel yang dianalisis secara univariat adalah karakteristik klien isolasi sosial, kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi. Untuk data numerik yaitu usia, dihitung mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan 95% *confidence interval*. Untuk karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama klien sakit, yang berbentuk data kategorik dengan menghitung frekwensi dan presentase. Untuk kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial dihitung mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan 95% *confidence interval*. Penyajian masing-masing variabel menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

### 2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah mengikuti *social skills training* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak mengikuti *social skills training* di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang.

Sebelum dilakukan analisis bivariat, dilakukan uji kesetaraan untuk melihat homogenitas antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, apakah kedua

kelompok setara atau sebanding. Uji kesetaraan dilakukan untuk karakteristik klien isolasi sosial meliputi; usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit, yang dianalisis dengan uji *independent t-test* untuk karakteristik usia. Karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit dianalisis dengan uji *chi square*. Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan uji kesetaraan menggunakan analisis *independent t-test*.

Tahapan selanjutnya melakukan analisis perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah penelitian menggunakan uji *independent t-test*. Untuk melihat perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol dianalisis menggunakan uji *dependent t-test*.

Penelitian juga menganalisis hubungan variabel *confounding* karakteristik klien (usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan dan lama sakit). Hubungan karakteristik klien menurut usia terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku setelah dilakukan intervensi dianalisis menggunakan regresi linier sederhana. Karakteristik klien menurut jenis kelamin, pekerjaan dan status perkawinan menggunakan *independent sample t-test*. Karakteristik klien menurut pendidikan dan lama sakit dianalisis menggunakan uji Anova. Hubungan karakteristik klien isolasi sosial terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku sesudah intervensi, dilakukan pada kedua kelompok. Untuk lebih mudah

melihat cara analisis yang akan dilakukan untuk masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.2.

**Tabel 4.2**  
**Analisis Bivariat Variabel Penelitian**

<b>A. Analisis kesetaraan kelompok intervensi dan kelompok kontrol</b>			
<b>1.</b>	<b>Karakteristik klien</b>	<b>Kelompok</b>	<b>Cara analisis</b>
	1. Usia (data interval)	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Independent sample t-Test</i>
	2. Jenis Kelamin (data nominal)	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi Square</i>
	3. Pendidikan (data nominal)	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi Square</i>
	4. Pekerjaan (data nominal)	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi Square</i>
	5. Status perkawinan (data nominal)	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi Square</i>
	6. Lama sakit (data ordinal)	1. Intervensi 2. Kontrol	<i>Chi Square</i>

<b>B. Perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi</b>			
<b>No</b>	<b>Variabel kemampuan kognitif klien isolasi sosial</b>	<b>Variabel kemampuan kognitif klien isolasi sosial</b>	<b>Cara Analisis</b>
1	Kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	<i>Independent sample t-Test</i> (Uji kesetaraan)
2	Kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval)	<i>Dependent sample t-test</i> ( <i>Paired sample t-Test</i> )
3	Kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval)	<i>Dependent sample t-test</i> ( <i>Paired sample t-Test</i> )
4	Kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok	Kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok kontrol	<i>Independent sample t-Test</i>

	intervensi sesudah penelitian (data interval)	sesudah penelitian (data interval)	
<b>C. Perbedaan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi</b>			
No	Variabel kemampuan perilaku klien isolasi sosial	Variabel kemampuan perilaku klien isolasi sosial	Cara Analisis
1	Kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	<i>Independent sample t-Test</i> ( Uji kesetaraan)
2	Kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval)	<i>Dependent sample t-Test</i> ( <i>Paired sample t-Test</i> )
3	Kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	Perilaku klien isolasi sosial kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval)	<i>Dependent sample t-test</i> ( <i>Paired sample t-Test</i> )
4	Kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval)	Kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval)	<i>Independent sample t-Test</i>

<b>D. Perbedaan karakteristik klien terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku</b>			
No	Variabel karakteristik klien	Variabel kemampuan kognitif klien isolasi sosial ( Data Interval )	Variabel kemampuan perilaku klien isolasi sosial (Data Interval)
1	Usia (data interval)	Regresi linier sederhana	Regresi linier sederhana
2	Jenis Kelamin (data nominal)	<i>Independent sample t-Test</i>	<i>Independent sample t-Test</i>
3	Pendidikan (data nominal)	Anova	Anova
4	Pekerjaan (data nominal)	<i>Independent sample t-Test</i>	<i>Independent sample t-Test</i>
5	Status perkawinan (data nominal)	<i>Independent sample t-Test</i>	<i>Independent sample t-Test</i>
6	Lama sakit (data ordinal)	Anova	Anova



## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini memaparkan hasil penelitian pengaruh *social skills training* pada klien isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang Sumatera Barat. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 4 April 2008 sampai 21 Mei 2008, di ruang Flamboyan, Gelatik, Melati, Cendrawasih dan ruang Merpati Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Hasil penelitian meliputi: 1) karakteristik klien isolasi sosial kelompok intervensi dan kelompok kontrol; 2) perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi; 3) perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol; 4) hubungan karakteristik klien terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial setelah intervensi. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel yang didasarkan pada analisa univariat dan bivariat.

#### **A. Analisis Univariat**

Analisis univariat dalam penelitian ini menggambarkan; karakteristik klien isolasi sosial (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit); kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi penelitian pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Secara rinci uraian hasil analisis univariatnya adalah sebagai berikut:

## 1. Karakteristik Klien Isolasi sosial

Karakteristik klien isolasi sosial meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit. Karakteristik klien menurut usia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang berbentuk data numerik dengan menghitung mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan 95% *Confidence Interval*. Secara rinci dijelaskan pada tabel 5.1.

Tabel 5.1  
**Analisis Klien Isolasi Sosial Menurut Karakteristik Usia  
 Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol  
 di RSJ Prof HB. Saanin Padang, Mei 2008.  
 (n=60)**

Kelompok	Mean	Median	SD	Min - Max	95% CI
Intervensi	32,17	32	8,718	18-52	28,91-35,42
Kontrol	33,83	31	11,13	18-54	29,68-37,99

Hasil analisis tabel 5.1, didapatkan rerata usia klien isolasi sosial kelompok intervensi 32,17 tahun (95% CI:28,91-35,42) dengan standar deviasi 8,718. Usia termuda 18 tahun dan tertua 52 tahun. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata usia klien isolasi sosial kelompok intervensi antara 28,91 tahun sampai dengan 35,42 tahun. Pada kelompok kontrol didapatkan rerata usia klien isolasi sosial 33,83 tahun (95% CI:29,68-37,99) dengan standar deviasi 11,13. Usia termuda 18 tahun dan tertua 54 tahun. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata usia klien isolasi sosial kelompok kontrol antara 29,68 tahun sampai dengan 37,99 tahun.

Karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit yang berbentuk data kategorik menjelaskan jumlah dan persentase masing-masing karakteristik tersebut. Secara rinci dijelaskan pada tabel 5.2

**Tabel 5.2**  
**Distribusi Klien Isolasi Sosial Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan dan Lama Sakit Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Di RSJ Prof Hb. Saanin Padang, Mei 2008**

No	Karakteristik Responden	Kelompok intervensi (n =30)		Kelompok Kontrol (n = 30)		Jumlah (n = 60)	
		n	%	n	%	N	%
1	Jenis Kelamin						
	a. Laki-laki	21	70,0	25	83,3	46	76,7
	b. Perempuan	9	30,0	5	16,7	14	23,3
2	Pendidikan						
	a. Rendah	11	36,7	13	43,3	24	40,0
	b. Menengah	8	26,6	6	20,0	14	23,3
	c. Tinggi	11	36,7	11	36,7	22	36,7
3	Pekerjaan						
	a. Bekerja	10	33,3	9	30,0	19	31,7
	b. Tidak bekerja	20	66,7	21	70,0	41	68,3
4	Status Perkawinan						
	a. Kawin	9	30,0	10	33,3	19	31,7
	b. Tidak kawin	21	70,0	20	66,7	41	68,3
5	Lama sakit						
	a. Kurang 6 bulan	9	30,0	11	36,7	20	33,3
	b. 6 bulan -2 tahun	9	30,0	8	26,6	17	28,3
	c. Lebih 2 tahun	12	40,0	11	36,7	23	38,4

Berdasarkan karakteristik klien isolasi sosial menurut jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit pada tabel 5.2, diketahui proporsi klien isolasi sosial berdasarkan jenis kelamin ditemukan laki-laki lebih banyak dari klien wanita pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, yaitu 70,0% pada kelompok intervensi dan 83,3% pada kelompok kontrol. Proporsi pendidikan klien pada kelompok intervensi berpendidikan rendah dan tinggi sama yakni 36,7%. Pada kelompok kontrol pendidikan klien paling banyak

berpendidikan rendah (43,3%). Dilihat dari proporsi pekerjaan sebagian besar (66,7%) klien pada kelompok intervensi tidak bekerja dan kelompok kontrol 70% tidak bekerja. Proporsi status perkawinan pada kedua kelompok hampir sama antara kelompok intervensi dan kontrol yakni 70% kelompok intervensi klien isolasi sosial tidak kawin dan 66,7% kelompok kontrol tidak kawin. Berdasarkan lama sakit klien isolasi sosial pada kelompok intervensi, klien kebanyakan telah sakit lebih dari 2 tahun (40%). Pada kelompok kontrol proporsi lama sakit klien kurang 6 bulan dan lebih dari 2 tahun sama besar yaitu sebesar 36,7%.

## **2. Kemampuan Kognitif Dan Kemampuan Perilaku Klien Isolasi sosial Sebelum Dan Sesudah *Social Skills Training* Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol.**

Pada bagian ini akan diuraikan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku sebelum dan sesudah mengikuti *social skills training* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak mengikuti *social skills training*. Kemampuan kognitif dianalisis dengan melihat skor pernyataan dengan kuesioner rentang nilai 1 sampai 17. Kemampuan perilaku dianalisis dengan melihat skor pernyataan rentang nilai 1 sampai 60. Secara rinci dijelaskan sebagai berikut:

### **a. Kemampuan Kognitif Klien Isolasi sosial Sebelum dan Sesudah *Social Skills Training* Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol**

Kemampuan kognitif kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah intervensi, diuraikan secara rinci pada tabel 5.3

**Tabel 5.3**  
**Skor Kemampuan Kognitif Klien Isolasi sosial Sebelum dan**  
**Sesudah *Social Skills Training* Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok**  
**Kontrol di RSJ Prof HB. Saanin Padang, Mei 2008.**  
**(n=60)**

Kelompok	Kemampuan Kognitif	Mean	Median	SD	Min - Max	95% CI
Kontrol	Sebelum Intervensi	21,00	20,50	2,779	17-28	19,96-22,04
	Sesudah Intervensi	23,36	23,00	2,747	18-30	22,34-24,39
Intervensi	Sebelum Intervensi	21,83	21,00	2,972	18-29	20,72-22,94
	Sesudah intervensi	29,20	30,00	4,286	22-34	27,59-30,80

Berdasarkan tabel 5.3, didapatkan rerata skor kemampuan kognitif klien kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi penelitian adalah 21,00 (95% CI:19,96-22,04) dengan standar deviasi 2,779. Kemampuan kognitif terendah 17 dan tertinggi 28. Dari hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% kemampuan kognitif kelompok kontrol sebelum intervensi antara 19,96 sampai dengan 22,04. Rerata kemampuan kognitif klien kelompok kontrol setelah intervensi penelitian 23,36 (95% CI: 22,34-24,39) dengan kemampuan kognitif terendah 18 dan tertinggi 30, standar deviasi 2,747. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% kemampuan kognitif kelompok kontrol setelah intervensi antara 22,34 sampai dengan 24,39.

Pada kelompok intervensi rerata kemampuan kognitif sebelum dilakukan intervensi penelitian 21,83 (95% CI: 20,72- 22,94) dengan standar deviasi 2,972. Kemampuan kognitif terendah 18 dan tertinggi 29. Dari hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% kemampuan kognitif kelompok intervensi sebelum intervensi antara 20,72 sampai dengan 22,94. Setelah intervensi rerata

kemampuan kognitif kelompok intervensi 29,20 (95% CI: 27,599-30,800) dengan standar deviasi 4,286. Kemampuan kognitif terendah 22 dan tertinggi 34. Dari hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% kemampuan kognitif kelompok intervensi setelah intervensi antara 27,599 sampai dengan 30,800.

Hasil analisis diatas didapatkan kemampuan kognitif pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan penelitian tidak menunjukkan perbedaan yang berarti. Setelah dilakukan intervensi penelitian terlihat perbedaan kemampuan kognitif kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Rerata kemampuan kognitif kelompok intervensi setelah dilakukan *social skills training* lebih tinggi dari kelompok kontrol.

**b. Kemampuan Perilaku Klien Isolasi sosial Sebelum dan Sesudah *Social Skills Training* Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol.**

Kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah mengikuti *social skills training*, diuraikan pada tabel 5.4.

**Tabel 5.4**  
**Skor Kemampuan Perilaku Klien Isolasi Sosial Sebelum dan Sesudah *Social Skills Training* Pada Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol di RSJ Prof HB. Saanin Padang, Mei - 2008.**  
(n=60)

Kelompok	Kemampuan Perilaku	Mean	Median	SD	Min -Max	95% CI
Kontrol	Sebelum Intervensi	28,47	28,00	9,243	17-55	25,02-31,92
	Sesudah Intervensi	43,23	44,50	9,852	20-59	40,69-45,78
Intervensi	Sebelum Intervensi	29,93	26,50	9,674	16-52	26,32-33,55
	Sesudah intervensi	47,266	50,00	8,796	28-57	43,98-50,55

Tabel 5.4 didapatkan rerata skor kemampuan perilaku klien kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi penelitian adalah 28,47 (95% CI: 25,02-31,92) dengan standar deviasi 9,243. Kemampuan perilaku terendah 17 dan tertinggi 55. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata kemampuan perilaku kelompok kontrol sebelum intervensi antara 25,02 sampai dengan 31,92. Setelah intervensi penelitian rerata kemampuan perilaku klien kelompok kontrol adalah 43,23 (95% CI: 40,69-45,78) dengan standar deviasi 9,852. Kemampuan perilaku terendah 20 dan tertinggi 59. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata kemampuan perilaku kelompok kontrol setelah intervensi antara 40,69 sampai dengan 45,78.

Pada kelompok intervensi rerata kemampuan perilaku sebelum dilakukan intervensi penelitian 29,93 (95% CI: 40,69-45,78) dengan standar deviasi 9,674. Kemampuan perilaku terendah 16 dan tertinggi 52. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata kemampuan perilaku kelompok intervensi sebelum intervensi antara 26,32 sampai dengan 33,55. Pada kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi penelitian rerata kemampuan perilaku 47,266 (95% CI: 43,98-50,55) dengan standar deviasi 8,796. Kemampuan perilaku terendah 28 dan tertinggi 57. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata kemampuan perilaku kelompok intervensi setelah intervensi antara 43,98 sampai dengan 50,55.

Berdasarkan analisis diatas disimpulkan bahwa kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan *social skills training*

tidak jauh berbeda. Setelah dilakukan intervensi penelitian terlihat perbedaan kemampuan perilaku kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Rerata kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi lebih tinggi dari kelompok kontrol.

## **B. Analisis Bivariat**

Sebelum analisis bivariat dilakukan, terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan klien isolasi sosial menurut karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit) dan uji kesetaraan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan melihat perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah mengikuti *social skills training* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak mengikuti *social skills training* di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Melihat hubungan karakteristik klien dengan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku. Secara lengkap hasil analisis sebagai berikut:

### **1. Uji Kesetaraan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol**

Uji kesetaraan karakteristik klien (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan lama sakit) antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis menggunakan uji statistik *independent sample t-Test (Pooled t-test)* dan analisis *Chi Square*. Uji kesetaraan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku kelompok intervensi dan kelompok kontrol



menggunakan uji statistik *independent sample t-test (Pooled t-test)*. Kedua kelompok sebanding atau setara apabila tidak ada perbedaan bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol. Hasil analisis selengkapnya sebagai berikut:

**a. Uji Kesetaraan Karakteristik Klien Isolasi**

Uji kesetaraan karakteristik klien isolasi sosial usia kelompok intervensi dan kelompok kontrol secara rinci dilihat pada tabel 5.5

**Tabel 5.5**  
**Analisis Kesetaraan Karakteristik Klien Isolasi Sosial Menurut Usia**  
**Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Di RSJ Prof HB. Saanin**  
**Padang, Mei 2008**  
**(n=60)**

Karakteristik	Kelompok	Mean	SD	SE	N	P value
Usia	Intervensi	32,17	8,718	1,59	30	0,521
	Kontrol	33,83	11,13	2,03	30	

Berdasarkan tabel 5.5, didapatkan karakteristik klien isolasi sosial menurut usia setara atau tidak ada perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan dengan *P value* 0,521.

Hasil uji kesetaraan karakteristik klien isolasi sosial menurut jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel 5.6.

**Tabel 5.6**  
**Analisis Kesetaraan Karakteristik Klien Isolasi Sosial Menurut**  
**Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan dan**  
**Lama Sakit di RSJ Prof HB. Saanin Padang, Mei 2008 .**  
**(n=60)**

No	Karakteristik Responden	Intervensi (n=30)		Kontrol (n=30)		P Value
		n	%	n	%	
1	Jenis Kelamin a. Laki-Laki b. Perempuan	21 9	70,0 30,0	25 5	83,3 16,7	0,360
2	Pendidikan a. Rendah b. Menengah c. Tinggi	11 8 11	36,7 26,7 36,7	13 6 11	43,3 20,0 36,7	0,798
3	Pekerjaan a. Tidak bekerja b. Bekerja	20 10	66,7 33,3	21 9	70,0 30,0	1,000
4	Status perkawinan a. Tidak kawin b. Kawin	21 9	70,0 30,0	20 10	66,7 33,3	1,000
5	Lama sakit a. Kurang dari 6 bulan b. 6 bulan sampai 2 tahun c. Lebih dari 2 tahun	9 9 12	30,0 30,0 40,0	11 8 11	36,7 26,6 36,7	0,860

Berdasarkan tabel 5.6, karakteristik klien isolasi sosial kelompok yang mengikuti *social skills training* dan kelompok yang tidak mengikuti *social skills training* setara atau homogen untuk karakteristik klien menurut jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit dengan *P value* usia adalah 1,00. Jenis kelamin *P value* 0,36, *P value* pendidikan 0,79, *P value* pekerjaan 1,00, *P value* status perkawinan 1,00 dan *P value* lama sakit 0,86.

Dapat disimpulkan karakteristik klien isolasi sosial menurut usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit pada kelompok yang mengikuti *social skills training* dan kelompok yang tidak mengikuti *social skills training* setara atau homogen artinya tidak ada perbedaan karakteristik pada kedua kelompok dengan *p value* > 0,05.

**b. Uji Kesetaraan Kemampuan Kognitif dan Kemampuan Perilaku Klien Isolasi Sosial.**

Guna melihat kesetaraan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial antara kelompok yang mengikuti *social skills training* dan kelompok yang tidak *social skills training* dilakukan menggunakan uji *independent sample t-Test (Pooled t Test)*. Hasil uji kesetaraan secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.7

**Tabel 5.7**  
**Analisis Kesetaraan Kemampuan Kognitif dan Kemampuan Perilaku Klien Isolasi Sosial Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum *Social Skills Training* Di RSJ Prof HB. Saanin Padang, Mei 2008**  
**(n=60)**

<b>Kemampuan</b>	<b>Kelompok</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>	<b>N</b>	<b>P value</b>
Kognitif sebelum intervensi	Intervensi	21,83	2,97	2,97	30	0,267
	Kontrol	21,00	2,78	2,78	30	
Perilaku sebelum intervensi	Intervensi	29,93	9,67	1,76	30	0,551
	Kontrol	28,47	9,24	1,69	30	

Berdasarkan tabel 5.7 kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan penelitian setara, dengan *P value* kemampuan kognitif adalah 0,27 dan *P value* kemampuan perilaku 0,55. Dapat disimpulkan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum mengikuti *social skills training* tidak ada perbedaan (*P value* > 0,05).

Tahapan selanjutnya melakukan analisis perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, melakukan analisis perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah intervensi dan menganalisis hubungan karakteristik klien isolasi sosial dengan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan intervensi.

## **2. Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Kemampuan Perilaku Klien Isolasi Sosial Sebelum dan Sesudah *Social Skills Training* Pada Kelompok Intervensi Maupun Kelompok Kontrol.**

Perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi maupun kelompok

kontrol dianalisis dengan uji *dependen sample t-Test (Paired t Test)*. Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 5.8

**Tabel 5.8**  
**Analisis Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Kemampuan Perilaku Klien**  
**Isolasi Sosial Sebelum dan Sesudah *Social Skills Training* Pada Kelompok**  
**Intervensi Dan Kelompok Kontrol Di RSJ Prof HB. Saanin**  
**Padang, Mei 2008**  
**(n=60)**

Kelompok	Kemampuan	Mean	SD	t	P value
Intervensi	Kognitif				
	a. Sebelum	21,83	2,97	-10,165	0,000
	b. Sesudah	29,20	4,28		
	Selisih	7,367	3,97		
	Perilaku				
	a. Sebelum	29,93	9,67	-9,473	0,000
b. Sesudah	47,27	8,79			
Selisih	17,33	10,02			
Kontrol	Kognitif				
	a. Sebelum	21,00	2,78	-3,726	0,001
	b. Sesudah	23,37	2,75		
	Selisih	2,36	3,48		
	Perilaku				
	a. Sebelum	28,47	9,24	-6,077	0,000
b. Sesudah	39,96	10,09			
Selisih	11,50	10,36			

Hasil analisis pada tabel 5.8 terlihat rerata kemampuan kognitif kelompok intervensi sebelum mengikuti *social skills training* 21,83 dan rerata kemampuan kognitif sesudah mengikuti *social skills training* 29,20. Terdapat rerata perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi sebesar 7,367 dengan standar deviasi 3,97. Hasil uji statistik didapatkan *P value* < 0,05 maka dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan kemampuan kognitif klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi.

Rerata kemampuan perilaku kelompok intervensi sebelum mengikuti *social skills training* 29,93 dan rerata kemampuan perilaku sesudah mengikuti *social skills training* 47,27. Terdapat rerata perbedaan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi sebesar 17,33 dengan standar deviasi 10,02. Hasil uji statistik didapatkan nilai *P value* 0,000, maka disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi

Pada kelompok kontrol dari hasil analisis terlihat rerata kemampuan kognitif kelompok intervensi sebelum penelitian tanpa mengikuti *social skills training* 21,00 dan rerata kemampuan kognitif sesudah penelitian tanpa mengikuti *social skills training* 23,36. Terdapat rerata perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi kelompok kontrol sebesar 2,36 dengan standar deviasi 3,48. Hasil uji statistik disimpulkan ada perbedaan signifikan antara kemampuan kognitif klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dengan *P value* 0,001. Peningkatan kemampuan kognitif kelompok kontrol terlihat lebih rendah dari kelompok intervensi yang mengikuti *social skills training*.

Terlihat rerata kemampuan perilaku kelompok kontrol sebelum penelitian tanpa *social skills training* 28,47 dan rerata kemampuan perilaku setelah penelitian tanpa mengikuti *social skills training* 39,96. Terdapat rerata perbedaan

kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi kelompok kontrol sebesar 11,50 dengan standar deviasi 10,36. Hasil uji statistik disimpulkan ada perbedaan yang signifikan antara kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dengan *P value* 0,000. Peningkatan kemampuan perilaku kelompok kontrol terlihat lebih rendah dari kelompok intervensi yang mengikuti *social skills training*.

### 3. Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Kemampuan Perilaku Klien Isolasi Sosial Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sesudah dilakukan *Social Skills Training*.

Perbedaan kemampuan kognitif dan perilaku klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kontrol sesudah intervensi, dianalisis dengan uji *independent sample t-Test (Pooled t test)*. Hasil analisis secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9  
Analisis Perbedaan Kemampuan Kognitif dan Perilaku  
Kelompok Intervensi dan Kontrol Sesudah *Social skills training*  
Di RSJ Prof HB. Saanin Padang, Mei 2007  
(n=60)

Kemampuan	Kelompok	Mean	SD	SE	N	P value
Kognitif sesudah intervensi	Intervensi	29,20	4,28	0,78	30	0,000
	Kontrol	23,36	2,74	0,50	30	
Perilaku sesudah intervensi	Intervensi	47,27	8,79	1,61	30	0,004
	Kontrol	39,97	10,09	1,84	30	

Hasil analisis tabel 5.9 didapatkan rerata kemampuan kognitif klien isolasi sosial setelah intervensi kelompok yang mengikuti *social skills training* 29,20 dengan standar deviasi 4,28 dan kelompok yang tidak mengikuti *social skills training* rerata kemampuan kognitif 23,36 dengan standar deviasi 2,74. Hasil uji statistik didapatkan ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan kognitif klien isolasi sosial setelah intervensi penelitian antara kelompok yang mengikuti *social skills training* dengan kelompok yang tidak mengikuti *social skills training* ( $P\text{ value} < 0,05$ , alpha 5%). Kemampuan kognitif klien setelah dilakukan *social skills training* lebih tinggi pada kelompok intervensi. Dapat disimpulkan *social skills training* meningkatkan kemampuan kognitif klien isolasi sosial.

Rerata kemampuan perilaku klien isolasi sosial setelah intervensi adalah 47,27 dengan standar deviasi 8,79 pada kelompok yang mengikuti *social skills training* dan rerata kemampuan perilaku setelah intervensi kelompok yang tidak mengikuti *social skills training* 39,97 dengan standar deviasi 10,09. Terlihat kemampuan perilaku kelompok yang mengikuti *social skills training* lebih tinggi dibandingkan kelompok yang tidak *social skills training*. Hasil uji statistik didapatkan ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok yang mengikuti *social skills training* dengan kelompok yang tidak mengikuti *social skills training* ( $P\text{value} < 0,05$ ). Dapat disimpulkan



*social skills training* dapat meningkatkan kemampuan perilaku klien isolasi sosial.

#### **4. Pengaruh Karakteristik Klien Isolasi Sosial Terhadap Kemampuan Kognitif dan Kemampuan Perilaku Setelah *Social Skills Training*.**

##### **a. Pengaruh Karakteristik Klien Isolasi Sosial Terhadap Kemampuan Kognitif Setelah *Social Skills Training*.**

Pengaruh karakteristik klien isolasi sosial menurut kategori usia, jenis kelamin, pekerjaan, dan status perkawinan dianalisis menggunakan *Independent Sample t-Test (Pooled t-Test)*. Pengaruh karakteristik menurut pendidikan dan lama sakit klien dianalisis menggunakan uji *Anova*. Hasil analisis secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.10 dan table 5.11

**Tabel 5.10**  
**Hasil Analisis Perbedaan Kemampuan Kognitif Klien Isolasi Sosial Menurut**  
**Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan dan Lama Sakit**  
**Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol**  
**Di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei 2008**  
**(n=60)**

<b>Kemampuan Kognitif</b>	<b>Karakteristik Klien</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>P value</b>
Kelompok Intervensi	1. Jenis Kelamin			
	a. Laki-laki	28,95	4,13	0,637
	b. Perempuan	29,77	4,84	
	2. Pekerjaan			
	a. Tidak bekerja	27,55	4,21	0,002
	b. Bekerja	32,50	1,90	
	3. Status perkawinan			
	a. Tidak kawin	29,09	4,85	0,842
	b. Kawin	29,44	4,14	
	4. Pendidikan			
a. Rendah	26,91	4,46	0,045	
b. Menengah	29,37	3,33		
c. Tinggi	31,36	3,83		
5. Lama Sakit				
a. Kurang 6 bulan	31,44	3,81	0,032	
b. 6 bulan s/d 2 tahun	30,11	4,10		
c. Lebih 2 tahun	26,83	3,83		
Kelompok Kontrol	1. Jenis Kelamin			
	a. Laki-laki	23,52	2,78	0,504
	b. Perempuan	22,60	2,70	
	2. Pekerjaan			
	a. Tidak bekerja	22,28	1,97	0,000
	b. Bekerja	25,89	2,71	
	3. Status perkawinan			
	a. Tidak kawin	22,75	2,71	0,082
	b. Kawin	24,60	2,50	
	4. Pendidikan			
a. Rendah	23,15	2,44	0,708	
b. Menengah	22,83	3,92		
c. Tinggi	23,91	2,54		
5. Lama Sakit				
a. Kurang 6 bulan	22,91	3,05	0,758	
b. 6 bulan s/d 2 tahun	23,87	3,64		
c. Lebih 2 tahun	23,45	1,69		

Hasil analisis tabel 5.10 didapatkan rerata kemampuan kognitif klien isolasi sosial pada kelompok intervensi yang berjenis kelamin perempuan 29,77

dengan standar deviasi 4,84. Pada laki-laki, rerata kemampuan kognitif 28,95 dengan standar deviasi 4,13. Kelompok kontrol rerata kemampuan kognitif laki-laki 23,52 dengan standar deviasi 2,78, pada perempuan rerata kemampuan kognitif 22,60 dengan standar deviasi 2,70. Hasil uji statistik kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terlihat ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan kognitif setelah intervensi antara laki-laki dan perempuan ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok intervensi pada klien bekerja 32,50 dengan standar deviasi 1,90, dan pada klien yang tidak bekerja rerata kemampuan kognitif 27,55 dengan standar deviasi 4,21. Hasil uji statistik kelompok intervensi terlihat ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan kognitif antara klien yang bekerja dengan tidak bekerja ( $P\ value < 0,05$ ). Pada kelompok kontrol rerata kemampuan kognitif klien bekerja 25,89 dengan standar deviasi 2,71, dan pada klien yang tidak bekerja rerata kemampuan kognitif 22,28 dengan standar deviasi 1,97. Hasil uji statistik kelompok kontrol terlihat ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan kognitif antara klien yang bekerja dengan tidak bekerja ( $P\ value < 0,05$ ).

Rerata kemampuan kognitif klien isolasi sosial pada kelompok intervensi yang sudah kawin 29,44 dengan standar deviasi 4,14, dan rerata kemampuan kognitif klien yang tidak kawin 29,09 dengan standar deviasi 4,85. Pada kelompok kontrol rerata kemampuan kognitif klien isolasi sosial yang sudah kawin 24,60 dengan standar deviasi 2,50, dan rerata kemampuan kognitif klien yang tidak

kawin 22,75 dengan standar deviasi 2,71. Hasil uji statistik kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan kognitif klien yang kawin dengan tidak kawin ( $p \text{ value} > 0,05$ ).

Rerata kemampuan kognitif klien isolasi sosial sesudah intervensi kelompok intervensi yang berpendidikan rendah adalah 26,91 dengan standar deviasi 4,46. Klien yang berpendidikan menengah rerata kemampuan kognitif adalah 29,37 dengan standar deviasi 3,33. Klien berpendidikan tinggi rerata kemampuan kognitif adalah 31,36 dengan standar deviasi 3,83. Hasil uji statistik didapatkan ada perbedaan yang signifikan kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok intervensi diantara ketiga jenjang pendidikan ( $P \text{ value} < 0,05$ ).

Pada kelompok kontrol rerata kemampuan kognitif klien isolasi sosial sesudah intervensi yang berpendidikan rendah adalah 23,15 dengan standar deviasi 2,44. Klien yang berpendidikan menengah rerata kemampuan kognitif adalah 22,83 dengan standar deviasi 3,92. Klien berpendidikan tinggi rerata kemampuan kognitif adalah 23,91 dengan standar deviasi 2,54. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok kontrol diantara ketiga jenjang pendidikan ( $P \text{ value} > 0,05$ ).

Rerata kemampuan kognitif klien isolasi sosial sesudah intervensi kelompok intervensi yang lama sakit kurang 6 bulan adalah 31,44 dengan standar deviasi 3,81. Klien yang lama sakit 6 bulan-2 tahun rerata kemampuan kognitif adalah 30,11 dengan standar deviasi 4,10. Klien yang lama sakit lebih 2 tahun rerata

kemampuan kognitif adalah 26,83 dengan standar deviasi 3,83. Hasil uji statistik didapatkan ada perbedaan yang signifikan kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok intervensi diantara ketiga rentang lama sakit ( $P\ value < 0,05$ ).

Pada kelompok kontrol rerata kemampuan kognitif klien isolasi sosial sesudah intervensi yang lama sakit kurang 6 bulan adalah 22,91 dengan standar deviasi 3,05. Klien yang lama sakit 6 bulan-2 tahun rerata kemampuan kognitif adalah 23,87 dengan standar deviasi 3,64. Klien yang lama sakit lebih 2 tahun rerata kemampuan kognitif adalah 23,45 dengan standar deviasi 1,69. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok kontrol diantara ketiga rentang lama sakit klien ( $P\ value > 0,05$ ).

Hubungan usia klien isolasi sosial terhadap kemampuan kognitif setelah intervensi, dianalisis dengan *Regresi Linier Sederhana* untuk karakteristik usia pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.11

**Tabel 5.11**

**Hasil Analisis Hubungan Usia dengan  
Kemampuan Kognitif Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol  
Di RSJ Prof HB. Saanin Padang, Mei 2008  
(n=60)**

Karakteristik	Kelompok	r	R Square	Persamaan Garis	P value
Usia	Intervensi	0,304	0,092	Kognitif= 30,151-0,096*Usia	0,103
	Kontrol	0,148	0,022	Kognitif= 23,446+0,054*Usia	0,436

Tabel 5.11 menunjukkan hubungan karakteristik klien isolasi sosial menurut usia pada kelompok intervensi terhadap kemampuan kognitif menunjukkan hubungan sedang ( $r = 0,304$ ) dan berpola negatif, artinya semakin seseorang bertambah usia klien, semakin menurun kemampuan kognitifnya. Nilai koefisien dengan determinasi 0,092 menunjukkan usia menjelaskan penurunan kemampuan kognitif klien isolasi sosial pada kelompok intervensi sebesar 9,2 %. Persamaan garis *Regresi Linier* menunjukkan setiap peningkatan usia satu tahun, maka kemampuan kognitif berkurang sebesar 9,2%. Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial pada kelompok intervensi ( $P\text{-value} = 0,103$ ).

Pada kelompok kontrol hubungan karakteristik klien isolasi sosial dengan usia terhadap kemampuan kognitif menunjukkan hubungan yang sangat lemah ( $r = 0,148$ ) dan berpola positif, artinya semakin bertambah usia klien, semakin meningkat kemampuan kognitif. Nilai koefisien dengan determinasi 0,022 menunjukkan usia mampu menjelaskan peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial pada kelompok kontrol sebesar 2,2%. Persamaan garis *Regresi Linier* menunjukkan setiap peningkatan usia satu tahun, maka kemampuan kognitif meningkat sebesar 2,2%. Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial pada kelompok kontrol ( $P\text{ value} = 0,436$ ).

Berdasarkan tabel 5.10 dan 5.11 terlihat kemampuan kognitif kelompok intervensi setelah dilakukan *social skills training* tidak mempunyai perbedaan

yang bermakna dengan karakteristik menurut kategori usia, jenis kelamin, dan status perkawinan. Kategori pendidikan, pekerjaan dan lama sakit terlihat mempunyai perbedaan yang bermakna terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial pada kelompok intervensi. Pada kelompok kontrol kategori pekerjaan mempunyai perbedaan bermakna terhadap kemampuan kognitif klien dan karakteristik usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan lama sakit tidak mempunyai perbedaan yang bermakna dengan kemampuan kognitif setelah intervensi penelitian.

**b. Perbedaan Karakteristik Klien Terhadap Kemampuan Perilaku Klien Isolasi Sosial.**

Perbedaan karakteristik klien isolasi sosial menurut usia terhadap kemampuan perilaku setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis dengan uji *Regresi Linier* Sederhana. Secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.12

**Tabel 5.12**  
**Hasil Analisis Hubungan Karakteristik Klien Isolasi Sosial (Usia)**  
**dengan Kemampuan Perilaku Kelompok Intervensi dan Kontrol**  
**Di RSJ Prof HB. Saanin Padang, Mei 2008**  
**(n=60)**

Karakteristik	Kelompok	r	R Square	Persamaan Garis	P value
Usia	Intervensi	0,296	0,087	Perilaku= 53,849-0,283*Usia	0,113
	Kontrol	0,060	0,004	Perilaku= 39,702+0,06*Usia	0,752

Tabel 5.12 menunjukkan hubungan karakteristik klien isolasi sosial menurut usia pada kelompok intervensi terhadap kemampuan perilaku menunjukkan hubungan sedang ( $r = 0,296$ ) dan berpola negatif, artinya semakin seseorang bertambah usia klien, semakin menurun kemampuan perilaku klien. Nilai koefisien dengan determinasi 0,087 menunjukkan usia menjelaskan penurunan kemampuan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok intervensi sebesar 8,7%. Persamaan garis *regresi linier* menunjukkan setiap peningkatan usia satu tahun, maka kemampuan perilaku berkurang sebesar 8,7%. Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kemampuan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok intervensi ( $P\ value = 0,113$ ).

Pada kelompok kontrol hubungan usia klien isolasi sosial terhadap kemampuan perilaku menunjukkan hubungan yang sangat lemah atau tidak ada hubungan ( $r = 0,06$ ) dan berpola positif, artinya semakin bertambah usia klien, semakin meningkat kemampuan perilaku klien. Nilai koefisien dengan determinasi 0,004 menunjukkan usia mampu menjelaskan peningkatan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok kontrol sebesar 0,4%. Persamaan garis *regresi linier* menunjukkan setiap peningkatan usia satu tahun, maka kemampuan perilaku meningkat sebesar 0,4%. Hasil analisis menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara usia dengan kemampuan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok kontrol ( $P\ value = 0,752$ ).

Perbedaan karakteristik klien isolasi sosial menurut kategori jenis kelamin, pekerjaan, dan status perkawinan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dianalisis dengan uji *Independent Sample t-Test*. Perbedaan karakteristik klien



menurut pendidikan dan lama sakit dianalisis menggunakan uji *Anova*. Hasil analisis secara rinci dapat dilihat pada tabel 5.13.

**Tabel 5.13**  
**Hasil Analisis Perbedaan Kemampuan Perilaku Klien Isolasi Sosial Menurut**  
**Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Status Perkawinan dan Lama Sakit**  
**Pada Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol**  
**Di RSJ Prof HB Saanin Padang, Mei 2008**  
**(n=60)**

<b>Kemampuan Perilaku</b>	<b>Karakteristik Klien</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>P value</b>
Kelompok Intervensi	1. Jenis Kelamin			
	a. Laki-laki	47,19	9,11	0,944
	b. Perempuan	47,44	8,54	
	2. Pekerjaan			
	a. Tidak bekerja	42,95	7,62	0,000
	b. Bekerja	55,90	1,59	
	3. Status perkawinan			
	a. Tidak kawin	46,09	8,09	0,273
	b. Kawin	50,00	10,22	
	4. Pendidikan			
	a. Rendah	43,09	9,51	0,139
	b. Menengah	49,25	6,69	
	c. Tinggi	50,00	8,48	
	5. Lama Sakit			
	a. Kurang 6 bulan	49,33	9,43	0,259
b. 6 bulan s/d2 tahun	49,55	5,70		
c. Lebih 2 tahun	44,00	9,80		
Kelompok Kontrol	1. Jenis Kelamin			
	a. Laki-laki	39,60	9,95	0,664
	b. Perempuan	41,80	11,84	
	2. Pekerjaan			
	a. Tidak bekerja	37,47	9,75	0,037
	b. Bekerja	45,78	8,80	
	3. Status perkawinan			
	a. Tidak kawin	38,65	10,29	0,321
	b. Kawin	42,60	9,65	
	4. Pendidikan			
	a. Rendah	41,07	7,05	0,212
	b. Menengah	33,50	12,88	
	c. Tinggi	42,18	10,99	
	5. Lama Sakit			
	a. Kurang 6 bulan	39,36	13,04	0,960
b. 6 bulan s/d2 tahun	40,75	7,20		
c. Lebih 2 tahun	40,00	9,40		

Tabel 5.13 menyatakan rerata kemampuan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok intervensi yang berjenis kelamin perempuan 47,44 dengan standar deviasi 8,54. Pada laki-laki rerata perilaku 47,19 dengan standar deviasi 9,11. Kelompok kontrol rerata kemampuan perilaku pada laki-laki 39,60 dengan standar deviasi 9,95, pada perempuan rerata perilaku 41,80 dengan standar deviasi 11,84. Hasil uji statistik kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak terlihat perbedaan yang signifikan rerata kemampuan perilaku setelah intervensi antara laki-laki dan perempuan ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi pada klien bekerja 55,90 dengan standar deviasi 1,59, dan pada klien yang tidak bekerja rerata perilaku 42,95 dengan standar deviasi 7,62. Hasil uji statistik kelompok intervensi terlihat ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan kognitif antara klien yang bekerja dengan tidak bekerja ( $P\ value < 0,05$ ). Pada kelompok kontrol rerata perilaku klien bekerja 45,78 dengan standar deviasi 8,80, dan pada klien yang tidak bekerja rerata perilaku 37,47 dengan standar deviasi 9,75. Hasil uji statistik kelompok kontrol terlihat ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan perilaku antara klien yang bekerja dengan tidak bekerja ( $P\ value < 0,05$ ).

Rerata kemampuan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok intervensi yang sudah kawin 50,00 dengan standar deviasi 10,22, dan rerata perilaku klien yang tidak kawin 46,09 dengan standar deviasi 8,09. Pada kelompok kontrol rerata kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang sudah kawin 42,60 dengan standar deviasi 9,65, dan rerata kemampuan perilaku klien yang tidak kawin 38,60 dengan standar deviasi 9,65. Hasil uji statistik kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan perilaku klien yang kawin dengan tidak kawin ( $p\text{ value} > 0,05$ ).

Rerata kemampuan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sesudah intervensi kelompok intervensi yang berpendidikan rendah adalah 43,09 dengan standar deviasi 9,51. Klien yang berpendidikan menengah rerata kemampuan perilaku adalah 49,25 dengan standar deviasi 6,69. Klien berpendidikan tinggi rerata kemampuan perilaku adalah 50,00 dengan standar deviasi 8,48. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada perbedaan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi diantara jenjang pendidikan ( $P\text{ value} > 0,05$ ).

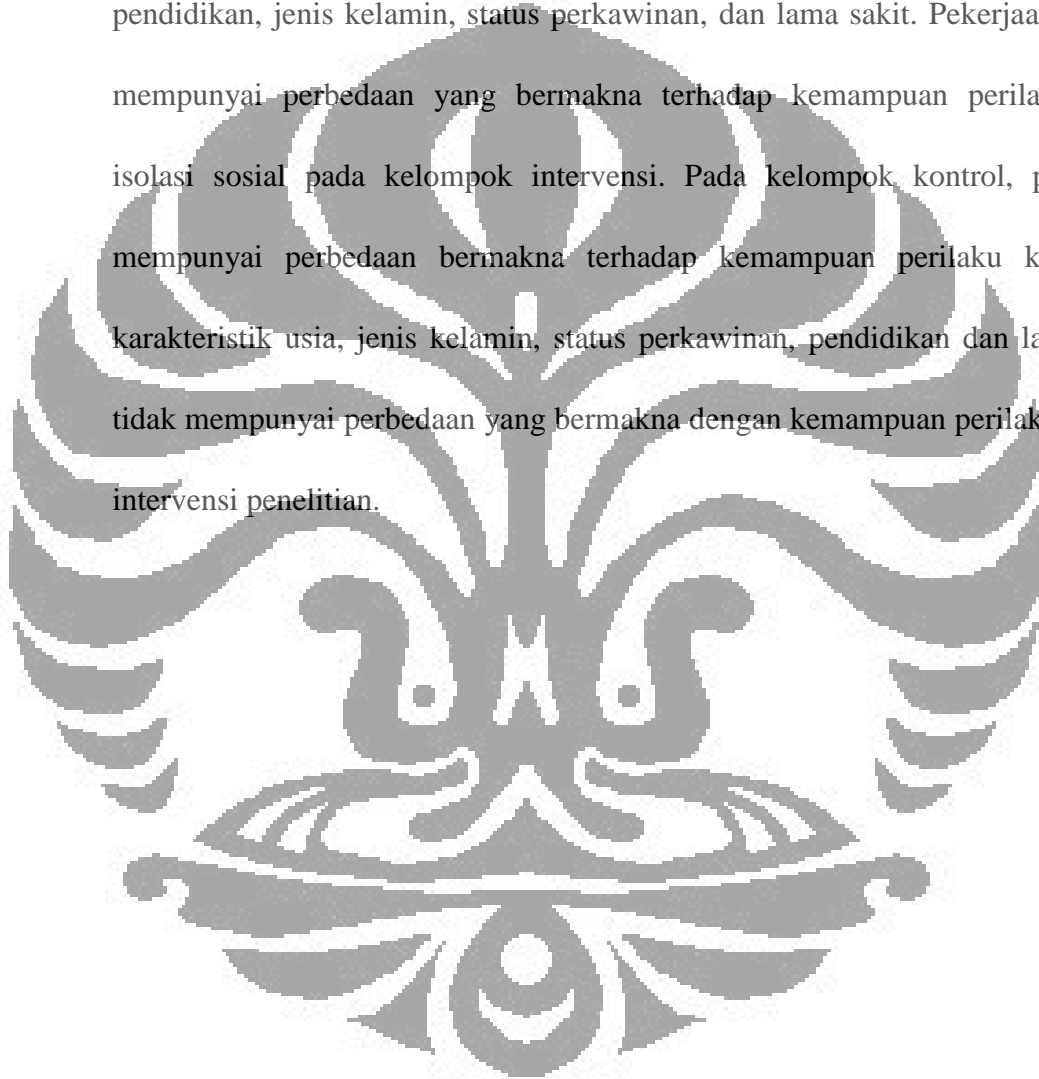
Pada kelompok kontrol rerata kemampuan perilaku klien isolasi sosial sesudah intervensi yang berpendidikan rendah adalah 33,50 dengan standar deviasi 12,88. Klien yang berpendidikan menengah rerata kemampuan perilaku adalah 33,50

dengan standar deviasi 12,88. Klien berpendidikan tinggi rerata kemampuan perilaku adalah 42,18 dengan standar deviasi 10,99. Hasil uji statistik didapatkan tidak terdapat perbedaan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok kontrol diantara ketiga jenjang pendidikan ( $P\ value > 0,05$ ).

Rerata kemampuan perilaku klien isolasi sosial sesudah intervensi kelompok intervensi yang lama sakit kurang 6 bulan adalah 49,33 dengan standar deviasi 9,43. Klien yang lama sakit 6 bulan-2 tahun rerata kemampuan perilaku adalah 49,55 dengan standar deviasi 5,70. Klien yang lama sakit lebih 2 tahun rerata kemampuan perilaku adalah 44,00 dengan standar deviasi 9,81. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada perbedaan yang signifikan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi diantara ketiga rentang lama sakit ( $P\ value > 0,05$ ).

Pada kelompok kontrol rerata kemampuan perilaku klien isolasi sosial sesudah intervensi yang lama sakit kurang 6 bulan adalah 39,36 dengan standar deviasi 13,04. Klien yang lama sakit 6 bulan-2 tahun rerata kemampuan perilaku adalah 40,75 dengan standar deviasi 7,20. Klien yang lama sakit lebih 2 tahun rerata kemampuan perilaku adalah 40,00 dengan standar deviasi 9,40. Hasil uji statistik didapatkan tidak ada perbedaan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok kontrol diantara ketiga rentang lama sakit klien ( $P\ value > 0,05$ ).

Berdasarkan tabel 5.12 dan 5.13 terlihat kemampuan perilaku kelompok intervensi setelah dilakukan *social skills training* tidak mempunyai perbedaan yang bermakna dengan karakteristik klien isolasi sosial menurut usia, pendidikan, jenis kelamin, status perkawinan, dan lama sakit. Pekerjaan terlihat mempunyai perbedaan yang bermakna terhadap kemampuan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok intervensi. Pada kelompok kontrol, pekerjaan mempunyai perbedaan bermakna terhadap kemampuan perilaku klien dan karakteristik usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan dan lama sakit tidak mempunyai perbedaan yang bermakna dengan kemampuan perilaku setelah intervensi penelitian.



## BAB VI

### PEMBAHASAN

Pada bab ini menjelaskan hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian. Aspek yang dijelaskan adalah perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang mengikuti *social skills training* di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang dengan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku kelompok klien isolasi sosial yang tidak mengikuti *social skills training*. Dijelaskan juga hubungan karakteristik klien dengan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Selain itu juga akan dijelaskan berbagai keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan kepentingan penelitian. Secara rinci aspek diatas diuraikan sebagai berikut:

#### **A. Pengaruh *Social Skills Training* Terhadap Kemampuan Kognitif Klien Isolasi Sosial.**

Hasil analisis menunjukkan kemampuan kognitif klien isolasi sosial yang mengikuti *social skills training* meningkat secara bermakna ( $P \text{ value} < 0,05$ ). Kemampuan kognitif klien isolasi sosial yang tidak mengikuti *social skills training* juga meningkat secara bermakna ( $P \text{ value} < 0,05$ ). Kemampuan kognitif klien isolasi sosial yang mengikuti *social skills training* terlihat lebih tinggi dibandingkan dengan klien isolasi sosial yang tidak mengikuti *social skills training* ( $P \text{ value} < 0,05$ ).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Bellack dan Hersen (2004); Kinsep dan Nathan (2004), menyatakan klien skizofrenia dan depresi yang mengalami penurunan kemampuan berinteraksi, selalu berfikir negatif terhadap diri sendiri orang lain dan lingkungan sekitar, pesimis, selalu memandang rendah diri sendiri, dapat ditingkatkan kemampuannya dengan memberikan suatu latihan keterampilan sosial yang dilakukan terlebih dahulu oleh terapis, diikuti oleh klien, diberi umpan balik, dan di evaluasi pelaksanaannya.

Burns (1988) menyatakan klien yang mempunyai pemikiran dan keyakinan negatif terhadap dirinya, selalu mengingat kembali masa lalu yang buruk yang pernah terjadi dalam kehidupan, merasa gagal dan memiliki kekurangan, membayangkan masa depan penuh kekosongan, ketidak berdayaan, dan ketidak sempurnaan perlu diberikan tindakan cepat dan tepat guna meningkatkan pertahanan diri agar tidak jatuh dalam gangguan mental yang serius. Klien skizofrenia yang menunjukkan salah satu gejala negatifnya mengisolasi diri ditandai dengan penurunan kemampuan klien berinteraksi dengan orang lain, merasa dirinya sepi, ditolak orang lain, merasa tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan dan merasa dirinya tidak berguna (Keliat, 2006). Hal ini yang mendasari peneliti memberikan intervensi *social skills training* kepada klien skizofrenia dengan isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa. Perbaikan keadaan emosi klien dapat dicapai dengan perubahan pola pikir yang dilakukan secara terapeutik. Tanpa perubahan pola pikir kesembuhan klien hanya bersifat sementara, dan klien akan tetap rentan menghadapi situasi yang *stressful*. Agar klien mampu mengatasi berbagai situasi dan dapat berfungsi dengan baik walaupun mengalami hambatan perlu didukung dengan

fungsi kognitif yang baik. Fungsi kognitif berjalan baik apabila klien mampu membuat asumsi mengenai diri dan orang lain secara rasional, meredam emosi dan kemarahan, menghilangkan perasaan tidak berguna dan mampu mengubah tingkah laku yang tidak efektif menjadi produktif. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya dan berhubungan erat dengan tahap perkembangan seseorang (Edelman & Mandle, 1994 dalam Potter, Perry, 2005).

Kaplan, Saddock dan Grebb (1997); Widya(2007), menyatakan 97% klien skizofrenia dengan gejala negatif memperlihatkan 4 (empat) gejala berikut; sedih/murung hampir sepanjang waktu, kehilangan minat/gairah, kehilangan nafsu makan/penurunan berat badan, perubahan pola tidur, kekurangan energi, kesulitan berfikir/susah konsentrasi, kesulitan mengambil keputusan, berulang-ulang memikirkan tentang kekurangan diri dan menolak berinteraksi dengan orang lain. Widya (2007) menambahkan 84% klien mengalami kesulitan berkonsentrasi dan 67% mengalami gangguan dalam proses pikir. Perlu perawatan rumah sakit guna mengatasi perawatan diri yang terabaikan dan risiko perilaku bunuh diri, dengan pemberian kombinasi terapi psikofarmaka, terapi kognitif, terapi keluarga dan *Social skills training*.

*Social skills training* suatu proses yang menghasilkan model perilaku sosial, memungkinkan seseorang belajar melalui observasi dan imitasi (Cartledge & Milbun, 1995). Hasil penelitian ini didukung penelitian Hogatty (1995, dalam Scott, J.C & Lisa, B, 1995) menyatakan *social skills training* yang diberikan pada klien



skizofrenia, efektif meningkatkan kemampuan kognitif, meningkatkan perhatian klien terhadap diri sendiri dan orang lain, dan mampu memecahkan masalah sehari-hari. *Social skills training* dilakukan dengan setting tempat di klinik atau rumah sakit. *Social skills training* yang dilakukan beberapa bulan bisa meningkatkan kemampuan klien setelah pulang dari rumah sakit, mampu mencegah kekambuhan dan meningkatkan fungsi sosial klien.

Penelitian lain yang mendukung adalah studi yang dilakukan Bellack dan Hersen (1983), melaporkan 72 (tujuh puluh dua) klien wanita yang mengalami depresi unipolar yang diberikan *amitriptyline* secara teratur sesuai dosis anjuran (50 mg/hari) dan dikombinasi dengan *social skills training* satu jam satu sesi selama 12 minggu didapatkan klien yang kambuh kembali setelah dirawat 15%, dibandingkan dengan kelompok klien yang hanya diberikan terapi *amitriptyline* secara teratur sesuai dosis anjuran (50 mg/hari) maka tingkat kekambuhannya 55,6%.

Hasil penelitian ini mendukung hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan Beauded (2004) melaporkan *social skills training* yang diberikan pada klien skizofrenia yang mengalami penurunan kemampuan berinteraksi dengan orang lain, memiliki pikiran negatif dengan menganggap dirinya tidak mampu, mengalami kesulitan dalam mempertahankan dan memperoleh pekerjaan didapatkan hasil, 44% klien skizofrenia menunjukkan peningkatan kemampuan berinteraksi dengan orang lain dan mampu mempertahankan pekerjaan sebelumnya. Pendapat lain mengatakan bahwa *social skills training* merupakan suatu proses belajar dimana

seseorang belajar cara fungsional dalam berinteraksi dan menggunakan teknik perilaku bermain peran, praktek dan unpan balik untuk meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah (Kneils, 2004 & Carson, 2000).

Penelitian lain yang mendukung hasil penelitian ini dilakukan Juppp dan Griffiths (1990, dalam Prawitasari, 2002), terhadap anak-anak pemalu dan terisolasi sosial menunjukkan bahwa konsep diri anak meningkat dan berkurangnya kecenderungan melakukan penilaian negatif terhadap diri dan meningkatnya secara signifikan kemampuan anak-anak dalam berinteraksi.

Hasil penelitian yang telah dilakukan diatas dan didukung hasil penelitian sebelumnya membuktikan hipotesis yang menyatakan, ada perbedaan bermakna kemampuan kognitif klien isolasi sosial sebelum dan sesudah mengikuti intervensi *social skills training*. Perbedaan kemampuan kognitif sebelum dan sesudah mengikuti *social skills training* antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi terlihat dari hasil bivariat juga bermakna. Peningkatan kemampuan kognitif klien kelompok intervensi karena informasi yang diberikan kepada klien dikomunikasikan dengan baik kemudian klien dilatih untuk mempraktekkan cara baru yang diajarkan lalu dilatih melakukan setiap hari sesuai jadwal aktifitas harian yang disepakati. Meningkatnya kemampuan kognitif klien pada kelompok intervensi terlihat dari ungkapkan klien bahwa klien merasa lebih percaya diri, merasa tidak sendiri dan mampu mengungkapkan aspek positif yang ada pada diri. Penilaian ini tidak saja dari klien tetapi terlihat dari observasi peneliti dan perawat. Peningkatan kemampuan kognitif klien tidak terlepas juga dari terapi medik yang

saling melengkapi dalam pelaksanaan *social skill training*. Kemampuan kognitif kelompok kontrol juga mengalami peningkatan setelah dilakukan pengukuran diakhir penelitian. Hal ini menunjukkan bahwa asuhan keperawatan pada klien isolasi sosial yang diberikan di RSJ Prof HB Saanin Padang juga telah meningkatkan kemampuan kognitif klien isolasi sosial. Peningkatan rerata kemampuan kognitif kelompok kontrol terlihat lebih kecil dibandingkan kelompok intervensi yang dilakukan *social skills training*. Disimpulkan *social skills training* dapat meningkatkan kemampuan kognitif klien isolasi sosial.

#### **B. Pengaruh *Social Skills Training* terhadap Kemampuan Perilaku Klien Isolasi Sosial.**

Hasil analisis menunjukkan kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang mengikuti *social skills training* meningkat secara bermakna ( $P \text{ value} < 0,05$ ). Kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang tidak mengikuti *social skills training* juga meningkat secara bermakna ( $P \text{ value} < 0,05$ ). Kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang mengikuti *social skills training* terlihat lebih tinggi dibandingkan dengan klien isolasi sosial yang tidak mengikuti *social skills training* ( $P \text{ value} < 0,05$ ).

Peningkatan kemampuan perilaku kelompok kontrol juga terlihat karena klien yang dirawat di rumah sakit tetap diberikan program terapi yang berlaku pada klien isolasi sosial. Klien tetap diberikan psikofarmaka, terapi rutin sehari-harinya dan

terapi aktifitas sosialisasi. Pelaksanaan terapi aktifitas sosialisasi diberikan pada kelompok kontrol, karena sejalan dengan program Rumah Sakit Jiwa HB Saanin Padang membentuk ruangan rawat inap dengan pendekatan Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP), dan bertepatan saat penelitian berlangsung diadakan penyegaran terapi aktifitas kelompok sosialisasi bagi perawat di rumah sakit jiwa yang merupakan salah satu terapi kelompok yang diberikan pada klien isolasi sosial. Disimpulkan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien isolasi sosial di RSJ Prof HB Saanin Padang telah meningkatkan kemampuan perilaku klien isolasi sosial. Namun demikian peningkatan kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang tidak mengikuti *social skills training* lebih rendah dari kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang mengikuti *social skills training*.

Penelitian ini didukung penelitian Stravinsky (1987, dalam Ramdhani, 2002) menyatakan *social skills training* membantu klien skizofrenia yang menderita disfungsi sosial. Dilaporkan setelah mengikuti *social skills training* terjadi peningkatan kinerja klien, penurunan perilaku kekerasan dan penurunan tingkat kecemasan. Mercer (1997), menyatakan *social skills training*, merupakan pelatihan keterampilan sosial dalam area perilaku untuk meningkatkan interaksi positif dengan orang lain. Klien belajar melalui observasi dan imitasi, kemudian klien mengamati perilaku orang lain dan meniru perilaku tersebut untuk dipraktikkan.

Studi lain yang mendukung dilakukan Chen (2004), terhadap siswa dengan gangguan emosi/perilaku melaporkan *social skills training* merupakan intervensi perilaku sosial bagi siswa yang memiliki kecenderungan menarik diri dari lingkungan sekolah dan mengalami penurunan kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Hasil penelitian ini dikuatkan oleh penelitian Wing Hector (2001), melaporkan *social skills training* dapat diberikan pada klien skizofrenia yang kehilangan keterampilan sosial, kurang asertif dan untuk kontrol emosi.

Hal ini yang mendasari peneliti memberikan *social skills training* pada klien skizofrenia. Klien skizofrenia sering mengalami kegagalan dalam menjalankan fungsi sosial, menghadapi masalah yang berhubungan dengan keterampilan interpersonal, memiliki keterampilan sosial yang buruk dan mengalami defisit fungsi kognitif, sehingga klien mengalami isolasi sosial yang ditandai dengan menarik diri, tidak mau bergaul, menghindari berhubungan dengan orangnya, pada akhirnya kualitas hidup klien semakin buruk.

Penelitian ini dikuatkan oleh pernyataan Kinsep dan Nathan (2004), dengan pemberian *social skills training* pada klien skizofrenia, klien dapat mengembangkan cara berfikir rasional dan meningkatkan motivasi belajar perilaku sosial baru yang lebih baik. Penumbuhan motivasi diawali dengan mendengarkan opini masing-masing klien tentang perilaku baru. Stuart dan Laraia (2005); Eiken (2000), menambahkan *social skills training* merupakan suatu pelatihan keterampilan sosial yang dapat dipelajari, efektif diberikan pada klien yang mengalami hambatan

berinteraksi dengan orang lain, kesulitan mempertahankan interaksi sosial, mengalami kesulitan menolak dan menyampaikan adanya *distress*.

Hasil penelitian yang telah dilakukan dan didukung hasil penelitian terdahulu membuktikan *social skills training* berpengaruh dalam meningkatkan kemampuan perilaku klien isolasi sosial dibandingkan dengan klien isolasi sosial yang tidak mengikuti *social skills training*. Peningkatan kemampuan perilaku klien isolasi sosial setelah mengikuti intervensi *social skills training*, didukung pelaksanaan latihan keterampilan dikomunikasikan secara terus menerus dan dilatih secara terus menerus pula sampai akhirnya menjadi suatu kebiasaan bagi klien. Sebelum menjadi suatu kebiasaan bagi klien yang diberikan *social skills training*, latihan keterampilan yang diajarkan dilakukan terlebih dahulu oleh peneliti, dicobakan oleh klien, diberikan umpan balik terhadap keberhasilan yang telah dilakukan oleh klien dan klien diberikan tugas untuk mempraktekkan kembali latihan keterampilan yang telah dilatih kepada klien dan perawat yang ada di ruangan. Latihan keterampilan ini dilakukan masing-masing 3 (tiga) kali untuk masing-masing sesi pada setiap klien pada kelompok intervensi.

Kemajuan dari apa yang telah dilatihkan kepada klien terlihat dari jadwal kegiatan harian yang diisi oleh klien sesuai kesepakatan dan ungkapan klien terhadap kemampuan yang telah dicapainya. Penilaian tidak saja dari klien tapi terlihat dari observasi peneliti dan perawat di ruangan tempat klien dirawat. Dari 30 klien isolasi sosial kelompok intervensi yang mengikuti *social skills training* sampai sampai sesi terakhir, 20 orang (66,67%), sudah diperbolehkan pulang. 12 orang (60%) keluarga

sudah datang menjemput. Bagi klien yang keluarga menjemput saat mereka pulang, peneliti memberikan penyuluhan kesehatan kepada keluarga tentang perawatan lanjutan yang harus diperhatikan oleh klien dan keluarga sendiri.

Hal ini sesuai yang dikemukakan Keliat (2003) pengembangan suatu intervensi perlu dijalankan secara simultan untuk mencapai hasil yang lebih baik dan didukung lingkungan yang terapeutik dan terapi komunikasi. Agar kemampuan yang telah didapatkan oleh klien selama di rumah sakit tetap bisa dilakukan dan berkembang terus maka perawatan lanjutan klien dirumah merupakan tanggung jawab perawat komunitas untuk memberikan asuhan langsung kepada klien dan keluarga. Hal ini dikuatkan oleh Schreter, R.K (2000 dalam Keliat, 2000) bahwa pengembangan pusat kesehatan jiwa masyarakat merupakan perpanjangan pelayanan Rumah Sakit Jiwa. Untuk meneruskan asuhan keperawatan dirumah, maka perlu dikembangkan pelayanan kesehatan jiwa komunitas dalam bentuk praktek keperawatan keluarga dan *home care*. Dari uraian diatas disimpulkan penelitian ini menjawab hipotesa penelitian bahwa *social skills training* dapat meningkatkan kemampuan perilaku klien isolasi sosial.

### **C. Hubungan Karakteristik Klien Isolasi Sosial Terhadap Peningkatan Kemampuan Kognitif dan Kemampuan Perilaku.**

Responden sebanyak 60 orang yang terbagi dalam 2 (dua) kelompok yaitu kelompok intervensi sebanyak 30 orang dan kelompok kontrol sebanyak 30 orang. Karakteristik klien isolasi sosial terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit. Hasil uji kesetaraan karakteristik

klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara untuk karakteristik usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit ( $P \text{ value} > 0,05$ ). Hasil analisis hubungan karakteristik terhadap peningkatan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial secara rinci dibahas sebagai berikut:

#### a. Usia

Hasil analisa univariat karakteristik klien isolasi sosial menurut usia pada kelompok intervensi, disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata umur klien isolasi sosial kelompok intervensi adalah antara 28 tahun sampai dengan 35. Pada kelompok kontrol hasil estimasi interval disimpulkan bahwa 95% diyakini rerata umur klien isolasi sosial kelompok kontrol adalah antara 29 tahun sampai dengan 37 tahun. Hasil uji kesetaraan karakteristik klien isolasi sosial menurut usia didapatkan bahwa usia klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara ( $P \text{ value} > 0,05$ ). Dari hasil analisis *Regresi Linier* sederhana yang dilakukan pada klien isolasi sosial baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol disimpulkan tidak ada hubungan antara usia klien terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien setelah mengikuti *social skills training* dengan  $P \text{ value} > 0,05$ .

Hal ini bertentangan dengan pernyataan Wong (1995, dalam Potter, Patricia A, 2005) menyatakan bahwa usia menunjukkan perkembangan kemampuan belajar dan bentuk perilaku yang dibutuhkan. Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku sangat dipengaruhi oleh tahap perkembangan usia seseorang (Edelman dan Manle 1994, dalam Potter, Patricia A, 2005). Stuart dan Laraia (2005),



mengemukakan perubahan usia akan mempengaruhi kecenderungan menggunakan jasa pelayanan kesehatan mental. Perilaku mencari bantuan mencapai puncaknya rentang usia 25-45 tahun. Notoatmodjo (2003), menyatakan pada rentang usia dewasa orang akan berfikir lebih rasional untuk mencari pelayanan kesehatan.

Hasil penelitian ini bertentangan dengan penelitian Prawirohardikusumo (2003) yang menyatakan klien skizofrenia sebagian besar berada pada rentang usia 21-35 tahun (dewasa muda). Pada tahapan usia dewasa muda kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien lebih mudah ditingkatkan pada saat pertama kali klien dirawat dirumah sakit.

Hasil penelitian ini didukung penelitian Sasmita (2007) yang menyatakan tidak ditemukan adanya hubungan antara usia klien dengan peningkatan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien diagnosa medik skizoprenia. Pada klien skizofrenia kemampuannya dalam berfikir sangat ditentukan oleh besar kecilnya kerusakan struktur otak yang dialami klien.

Hasil penelitian diatas menyatakan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial tidak dipengaruhi oleh karakteristik usia, sehingga usia tidak menjadi variabel *confounding* terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial. Hal ini dikuatkan bahwa pada kelompok intervensi rerata usia klien berada pada rentang 28 tahun sampai dengan 35 tahun dan pada kelompok kontrol berada usia 29 tahun sampai dengan 37 tahun.

## **b. Jenis kelamin**

Hasil analisa univariat, menunjukkan proporsi terbesar jenis kelamin klien kedua kelompok berjenis kelamin laki-laki. Hasil analisa bivariat memperlihatkan rerata kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan, sedangkan rerata kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku kelompok kontrol hampir sama antara laki-laki dan perempuan. Hasil uji statistik yang dilakukan pada kedua kelompok tidak terlihat ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku setelah intervensi antara laki-laki dan perempuan ( $P\text{ value} > 0,05$ ).

Hasil penelitian ini didukung pendapat Stuart dan Laraia (2005), yang menyatakan tidak ada perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien skizofrenia antara laki-laki dan perempuan. Hal yang sama dikemukakan Prawirohadikusumo (2003) pada klien skizofrenia antara laki-laki dan perempuan ditemukan hampir sama kemampuan yang dimiliki dan angka kejadiannya. Hal ini bertentangan dengan penelitian Boydell (2001), dalam Prawirohadikusumo (2003), ditemukan 57% laki-laki dengan skizofrenia dan 43% perempuan. Kemampuan kognitif perempuan lebih baik dari laki-laki, dan perempuan lebih tahan banting dari laki-laki pada klien skizofrenia.

Hasil penelitian menunjukkan tidak adanya hubungan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien menurut karakteristik jenis kelamin laki-laki dan perempuan. Hal ini dikuatkan bahwa proporsi terbanyak klien berjenis kelamin

laki-laki baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Disimpulkan jenis kelamin tidak menjadi *confounding* terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien.

### c. Pendidikan

Hasil analisa univariat, menunjukkan proporsi pendidikan klien kelompok intervensi berpendidikan rendah dan tinggi sama yakni 36,7%. Pada kelompok kontrol pendidikan klien paling banyak adalah berpendidikan rendah (43,3%). Rerata kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial lebih tinggi pada klien jenjang pendidikan tinggi (SMU dan PT). Hasil analisa bivariat pada kelompok intervensi menunjukkan ada perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial diantara jenjang pendidikan rendah (SD), menengah (SLTP) dan tinggi (SLTA dan Perguruan Tinggi) dengan  $P\text{ value} < 0,05$ .

Hasil penelitian ini didukung pernyataan Redman (1993, dalam Potter, Patricia A, 2005), pendidikan lebih tinggi akan memberikan pengetahuan yang lebih besar sehingga menghasilkan kebiasaan mempertahankan kesehatan yang lebih baik. Pada waktu klien menyadari tentang kesehatannya, mereka cenderung mencari pertolongan secepatnya guna mengatasi masalah yang dihadapi. Stuart dan Laraia (2005) menambahkan pendidikan menjadi suatu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain. Pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalahnya.

Hal ini membuktikan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien dipengaruhi latar belakang pendidikan. Kemampuan klien mengerti dan melaksanakan *social skills training* lebih baik pada klien berpendidikan tinggi. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin memiliki kemampuan berfikir, mengolah informasi dan memahami secara mudah informasi dan latihan yang diterima. Hasil analisis diatas disimpulkan pendidikan berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial. Bagi klien yang berpendidikan rendah dan menengah perlu dicarikan strategi yang tepat guna meningkatkan kemampuan kognitif dan kemampuan perilakunya.

#### **d. Pekerjaan.**

Hasil analisa univariat menunjukkan sebagian besar kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak bekerja. Hasil analisa bivariat menunjukkan, rerata kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial kelompok intervensi dan kelompok kontrol lebih tinggi pada klien bekerja dibandingkan dengan klien tidak bekerja. Hasil uji bivariat menunjukkan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol terlihat ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku antara klien yang bekerja dengan tidak bekerja ( $P\text{ value} < 0,05$ ).

Hasil penelitian ini didukung pernyataan 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 perasaan tidak berdaya.

Hal ini didukung penelitian Vega et al (1999, dalam Stuart & Laraia, 2005), melaporkan kelompok klien dengan status ekonomi rendah lebih rentan dengan masalah kesehatan jiwa dalam kehidupan sehari-hari. 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 besar terhadap kesehatan jiwa seseorang. Masalah ini merupakan faktor risiko membuat seseorang jatuh ke depresi dan skizofrenia. Brenner (2000, dalam Hidayat, 2005), melaporkan setiap kenaikan penggangguran 1%, tercatat kenaikan angka gangguan jiwa 4,1 % dan butuh perawatan rumah sakit jiwa 4,3%.

Berdasarkan hasil penelitian diatas dan penelitian sebelumnya kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien dipengaruhi oleh status pekerjaan. Pekerjaan merupakan bentuk pengakuan status sosial dalam kehidupan sehari-hari. Klien yang bekerja memungkinkan lebih sering bertemu dan berinteraksi dengan banyak orang, saling tukar pengalaman dan lebih terbuka dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi. Dapat disimpulkan pekerjaan merupakan

*confounding* terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial.

#### **e. Status Perkawinan**

Hasil analisis univariat menunjukkan sebagian besar klien tidak kawin pada kedua kelompok. Hasil uji statistik kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi terlihat tidak ada perbedaan yang signifikan rerata kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien yang kawin dengan tidak kawin ( $P \text{ value} > 0,05$ ).

Hasil penelitian tidak mendukung pernyataan Widya (2007) bahwa gangguan jiwa lebih sering dialami individu bercerai atau pernah menikah dibandingkan individu yang lajang. Status perceraian akan menempatkan seseorang pada risiko tinggi mengalami gangguan jiwa. Sebaliknya masalah kejiwaan menempatkan seseorang pada risiko dicerai. Berbagai masalah kejiwaan merupakan sumber stress yang dialami seseorang seperti pertengkaran, perpisahan, perceraian, kematian salah satu pasangan dan ketidaksetian.

Tidak adanya pengaruh status perkawinan terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien dikarenakan sebagian besar berstatus tidak kawin dan sudah mengalami gangguan jiwa cukup lama. Dapat disimpulkan status perkawinan tidak mempengaruhi kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial.

#### **f. Lama Sakit.**

Hasil analisa univariat menunjukkan klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kontrol sebagian besar telah sakit lebih dari 2 tahun. Hasil analisis bivariat pada kelompok intervensi, ada hubungan lama sakit klien terhadap kemampuan kognitif ( $P\ value < 0,05$ ), dan untuk kemampuan perilaku tidak ada hubungan lama sakit dengan kemampuan perilaku klien ( $P\ value > 0,05$ ).

Hal ini sesuai dengan pendapat 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. Keliat (2003), menyatakan semakin singkat klien sakit dan terpapar dengan lingkungan pelayanan rumah sakit akan memberikan keuntungan bagi klien dan keluarga. Hal ini akan meminimalkan kemungkinan kemunduran fungsi sosial. Klien lebih mudah diarahkan dalam pemberian intervensi sehingga peningkatan kemampuan klien lebih cepat.

Hasil analisis disimpulkan lama sakit klien berpengaruh terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial. Hal ini disebabkan pada klien sakitnya belum terlalu lama (belum kronis) proses penyakit belum berlangsung lama dan motivasi keluarga masih tinggi untuk merawat dan mengunjungi klien selama di rumah sakit. Oleh karena itu pelayanan keperawatan perlu diupayakan lebih efektif pada klien yang belum terlalu lama mengalami isolasi sosial.

#### **D. Keterbatasan Penelitian.**

Peneliti menyadari keterbatasan penelitian ini disebabkan beberapa faktor, meliputi;

##### **a. Instrumen penelitian**

Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini belum mempunyai nilai baku.

Instrumen disusun berdasarkan teori-teori yang peneliti kembangkan pada tinjauan pustaka. Beberapa item pertanyaan dalam instrumen yang digunakan peneliti kembangkan dari kuesioner Sasmita (2007), yang kemudian dimodifikasi.

Keterbatasan penelitian lain terkait uji validitas instrumen baru dilakukan satu kali uji coba. Setelah dilakukan uji coba ditemukan 3 (tiga) item pernyataan yang tidak valid untuk instrumen kemampuan kognitif dan 2 (dua) item pernyataan untuk instrumen kemampuan perilaku. Peneliti merevisi instrumen yang tidak valid dengan merevisi kalimat yang lebih sederhana dan mudah dipahami oleh klien sehingga instrumen tetap bisa dipakai.

Modul yang digunakan untuk membantu pelaksanaan *social skills training* pada penelitian disusun peneliti sendiri dengan mengacu pada berbagai literatur. Meskipun modul *social skills training* belum dilakukan uji coba pada klien lain diluar penelitian, untuk validitas isi (*construct validity*) modul *social skills training* ini telah dilakukan dengan mengkonsultasikan kepada pakar Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Uji coba modul sebelum dilakukan pada klien isolasi sosial di RSJ HB. Saanin Padang, telah diberikan pada klien isolasi sosial di Ruang Bratasena Rumah Sakit Jiwa dr.



Mahzoeki Mahdi dengan *peer* mahasiswa Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia.

#### **b. Variabel penelitian**

Variabel yang diteliti terbatas kepada kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien sebagai variabel *dependen* dan *social skills training* sebagai variabel *independen*. Sebenarnya masih ada variabel lain yang perlu diteliti, yakni kemampuan fisik dan afektif klien. Menurut Dochterman (2004); Keliat (2006) dan Stuart (2007) ada 4 (empat) tanda dan gejala isolasi sosial, yakni fisik, kognitif, perilaku dan afektif. Karakteristik klien yang mempengaruhi kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku terbatas pada usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit. Perlu diteliti rutinitas klien berobat, jumlah kekambuhan klien, dan kunjungan keluarga selama klien dirawat di rumah sakit.

#### **c. Proses pelaksanaan penelitian**

Tenaga untuk pelaksanaan *social skills training* peneliti sendiri, sehingga peneliti agak kesulitan membagi waktu untuk interaksi. Masing-masing sesi dalam pelaksanaan *social skills training* dilakukan 3 (tiga) kali, terkadang klien terlihat jenuh dilatih kemampuan yang sama. Kejenuhan juga ditemukan saat interaksi, karena klien dikelola banyak mahasiswa secara bergantian karena Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang merupakan satu-satunya rumah sakit pendidikan di Sumatera Barat.

## **E. Implikasi Hasil Penelitian.**

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh *social skill training* terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

### **1. Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Jiwa**

Perawat yang bekerja di rumah sakit jiwa dapat menerapkan *social skill training* pada saat merawat klien isolasi sosial dengan catatan mereka telah mendapatkan pelatihan terlebih dahulu. Kepala bidang perawatan di rumah sakit jiwa memperlakukan *social skill training* sebagai panduan asuhan keperawatan bagi klien isolasi sosial. Pimpinan rumah sakit menyediakan perangkat untuk mendukung pelaksanaan *social skill training* dan ruangan tempat pelaksanaan.

### **2. Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan**

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh *social skill training* terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial, merupakan pembuktian *social skill training* salah satu intervensi yang dapat diberikan kepada klien isolasi sosial. Pada kurikulum pendidikan perawat khususnya mata ajar keperawatan jiwa *social skill training* dapat diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa.

### **3. Kepentingan Penelitian**

Hasil penelitian ini terbatas pada satu rumah sakit jiwa. Untuk dapat digeneralisasi dapat diulang di beberapa rumah sakit jiwa lain. Penelitian kualitatif diperlukan untuk meneliti proses pelaksanaan *social skill training*. Hasil penelitian merupakan data awal untuk melakukan penelitian *social skill training* dimasyarakat.

## BAB VII

### SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini ditarik kesimpulan dan saran dari penelitian yang telah dilakukan. Secara rinci dijelaskan sebagai berikut:

#### A. Simpulan

Klien yang didiagnosis skizofrenia dengan isolasi sosial yang telah mengikuti *social skill training* mempunyai perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku dibandingkan dengan klien yang tidak mengikuti *social skill training*. Secara rinci simpulan hasil penelitian adalah sebagai berikut:

1. Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang mengikuti *social skill training* meningkat secara bermakna. Hal ini menunjukkan *social skill training* dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial.
2. Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang mengikuti *social skill training* lebih tinggi dibandingkan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial yang tidak mengikuti *social skill training* setelah intervensi penelitian.
3. Kemampuan kognitif klien isolasi sosial pada kelompok yang mengikuti *social skill training* meningkat secara bermakna pada klien yang berpendidikan tinggi.

4. Kemampuan kognitif dan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok yang mengikuti *social skill training* meningkat secara bermakna pada klien yang berkerja.
5. Kemampuan kognitif klien isolasi sosial pada kelompok yang mengikuti *social skill training* meningkat secara bermakna pada klien yang sakitnya kurang dari 6 bulan.
6. Kemampuan kognitif dan perilaku klien isolasi sosial pada kelompok yang tidak mengikuti *social skill training* meningkat secara bermakna pada klien yang berkerja.

## **B. Saran**

Hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan oleh berbagai pihak untuk meningkatkan pelayanan keperawatan, pendidikan dan ilmu keperawatan, dan penelitian keperawatan. Berikut dijelaskan secara rinci:

### **1. Aplikasi Keperawatan**

- a. Perawat yang bekerja di rumah sakit jiwa perlu mendapatkan pelatihan tentang *social skill training* agar dapat menerapkannya pada saat merawat klien isolasi sosial, dengan berpedoman kepada modul *social skill training* yang telah ada.
- b. Bagi klien yang telah pulang perlu diberikan penyuluhan kesehatan bagi klien dan keluarga sendiri guna mencegah kambuh kembali.

- c. Kepala bidang keperawatan di rumah sakit jiwa memperlakukan *social skill training* sebagai salah satu intervensi pada klien isolasi sosial.
- d. Pimpinan rumah sakit jiwa menyediakan perangkat untuk mendukung pelaksanaan *social skill training* seperti modul *social skill training* dan ruangan tempat pelaksanaan
- e. Rumah sakit membangun kerjasama dengan puskesmas untuk pelaksanaan keperawatan berkelanjutan.

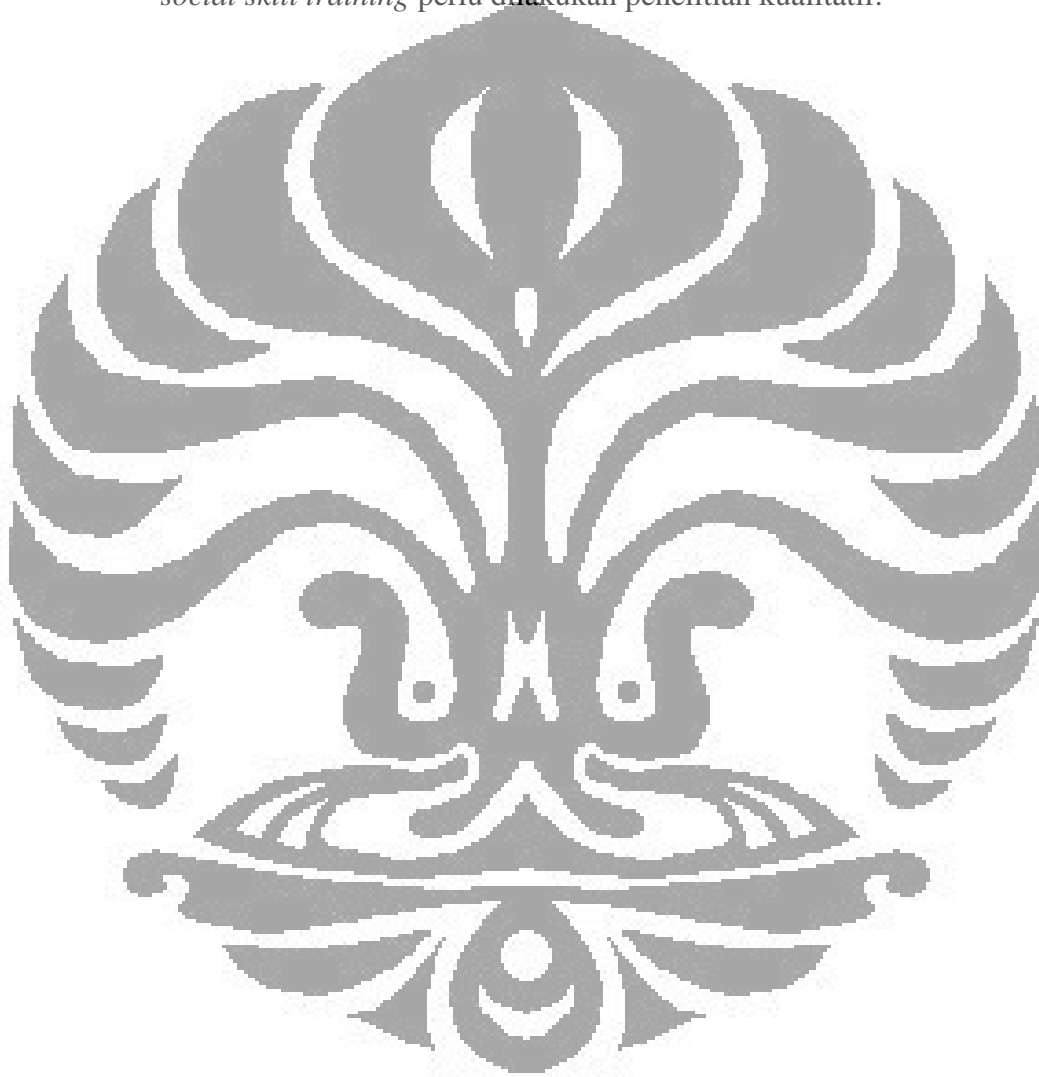
## 2. Keilmuan

- a. Pada kurikulum pendidikan perawat khususnya mata ajar keperawatan jiwa *social skill training* dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan jiwa.
- b. Penerapan hasil penelitian ini perlu dievaluasi secara terus menerus agar keyakinan dan kemampuan dari *social skills training* pada klien isolasi sosial dapat dibuktikan.

## 3. Metodologi

- a. Hasil penelitian merupakan data awal untuk melakukan penelitian *social skill training* dimasyarakat dengan klien isolasi sosial.
- b. Hasil penelitian terbatas dilakukan pada satu rumah sakit jiwa sehingga tidak dapat digeneralisasikan, diharapkan dapat diulang di beberapa rumah sakit jiwa yang lain.

- c. Penyempurnaan modul *social skill training* perlu dilakukan sebagai salah satu intervensi pada pelaksanaan asuhan keperawatan.
- d. Perlu diteliti variabel *confounding* lain yang mempengaruhi kemampuan kognitif dan perilaku klien isolasi sosial. Guna melihat proses pelaksanaan *social skill training* perlu dilakukan penelitian kualitatif.



## DAFTAR PUSTAKA

- Amir, N. (2005). *Depresi: aspek neurobiologi diagnosis dan tatalaksana*, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Anonim. (2007). *Kesehatan jiwa*. [http://www.faperta.ugm.ac.id/articles/kesehatan jiwa, pdf](http://www.faperta.ugm.ac.id/articles/kesehatan_jiwa.pdf), diperoleh tanggal 8 September 2007.
- \_\_\_\_\_. (2006). *Gangguan jiwa rugikan ekonomi Rp 32 triliun*, <http://www.pikiran-rakyat>, dipeoleh tanggal 8 September 2007.
- \_\_\_\_\_. (2001). *Hari kesehatan jiwa sedunia tahun 2001*, [http:// www.gizi.net](http://www.gizi.net), diperoleh tanggal 8 September 2007.
- \_\_\_\_\_. (2006). *Berbagai indikator kesehatan jiwa masyarakat*, <http://.Pdskjijaya.org/indek.php>, diperoleh tanggal 8 September 2007.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*, Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Arikunto, S. (2005). *Managemen Penelitian*, Jakarta: Rineka Cipta.
- \_\_\_\_\_. (1998). *Metodelogi penelitian kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Arden, J. (2002). *Bekerja tanpa stres*, Jakarta: PT Buana Ilmu Populer.
- Beaunded, M. (2004). *Vocational social skills training for schizofrenia*. <http://www.otcats.com>, diperoleh tanggal 9 Nofember 2007.
- Bellack, A.S., Hersen, M & Himmelhoch, J (1981). *Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in treatment of unipolar depression*. As: Ibid. The American Journal of psychiatry 138: 12, December 1981, diperoleh tanggal 15 Desember 2007.
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Ginerich, S & Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizofrenia*, [www.pubmedcentral nih.gov/articelender.fcgi.?artid](http://www.pubmedcentral.nih.gov/articelender.fcgi.?artid), diperoleh tanggal 12 Februari 2008.
- Boyd, M.A, and Nihart, M.A. (1998). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*, Philadelphia: Lippincott.
- Bradi, J.P. (1984). *Behavior therapy, in comprehensive texbook of psychiatric*. (3<sup>rd</sup> ed) Edited by: Kaplan & Sandock. Baltimore: Williams and Wilkins. The American Journal of psychiatry 141:3, Maret 1984, diperoleh tanggal 15 Desember 2007.

- Bulkeley, R, and cramer, D. (1990). *Social skills training with young adolescent*, Journal of youth and adolecence, 19 (5), 451-463.
- Burn, DD. (1988). *Terapi kognitif: pendekatan baru bagi penanganan depresi*, Jakarta: Erlangga.
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The nurse-patient journey*. (2<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Cartledge, G., Milbun, J.F.(1995). *Teaching social skills to children and youth: Innovative Approach*, (3<sup>rd</sup> ed), Boston: Allyn and Bacon.
- Chandra, SL (2003). *Psikosis, depresi dan bunuh diri*, <http://www.JiwaSehat.com/artikel>, diperoleh tanggal 10 September 2007.
- Chen, K and Walk. (2006). *Social skills training intervension for students with emotional/behavioral disorders: A literature review from the American perspective*, [www.ccbd.net/documents/bb/BB.15\(3\)%20social % 20 skills pdf.](http://www.ccbd.net/documents/bb/BB.15(3)%20social%20skills.pdf), diperoleh tanggal 15 Desember 2007.
- Darwis. (2007). *Kondisi Indonesia berpotensi tingkatkan gangguan jiwa*, [http//tempo.interaktif.com/hg/nasional](http://tempo.interaktif.com/hg/nasional) , diperoleh tanggal 3 Januari 2008.
- Dochterman, J.M., & Bulechek, G.M. (2004). *Nursing Intervention Classification (NIC)*, (4<sup>th</sup> ed.), St. Louis: Mosby.
- Depkes .RI.(1992). *Undang-undang Republik Indonesia no 23 tahun 1992 tentang Kesehatan*, Jakarta: Depkes RI.
- \_\_\_\_\_ (2001). *Gangguan kesehatan jiwa*, [http// www.Litbang.depkes.go.id](http://www.Litbang.depkes.go.id), diperoleh tanggal 8 September 2007.
- Eikens, C. (2000). *Social skills training*, [www.patneal.org./TBI.pdf](http://www.patneal.org/TBI.pdf), diperoleh tanggal 15 Desember 2007.
- Farid. ( 2007). *Kesehatan jiwa*, [http//www.kompas.com](http://www.kompas.com), diperoleh tanggal 4 ebruari 2008.
- Fahmi. (2007). *Gangguan jiwa tertinggi di Indonesia*, [http// mediaindonesia.com](http://mediaindonesia.com), diperoleh tanggal 3 Januari 2008.
- Fortinash, K.M. dan Worret, P.A.H. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing*. (3<sup>rd</sup> ed.). St. Louis: Mosby.
- Gitosudarmo, I dan Sudita, I.Y. (2000). *Perilaku keorganisasian*, Yogyakarta: BPFE.



- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*, Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hawari, D. (2001). *Pendekatan holistik pada gangguan jiwa skizofrenia*, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hidayat, D. (2007). *Pelayanan kesehatan jiwa integratif*, [http://www.idijakbar.com/prosiding/pelayanan kesehatan](http://www.idijakbar.com/prosiding/pelayanan_kesehatan), diperoleh 15 Desember 2007.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (1997). *Synopsis of psychiatry*. Alih bahasa: Kusuma, W. *Sinopsis Psikiatri: ilmu pengetahuan psikiatri klinis*. (Edisi 7) (Jilid1). Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Keliat, B.A., Akemat. (2005). *Keperawatan jiwa terapi aktivitas kelompok*, Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A, dkk. (2006). *Modul IC CMHN: Manajemen kasus gangguan jiwa dalam keperawatan kesehatan jiwa komunitas*, Jakarta: WHO-FIK UI
- \_\_\_\_\_. (2006). *Modul model praktek keperawatan profesional jiwa*, Jakarta: WHO-FIK UI
- \_\_\_\_\_. (2004). *Perawatan berkelanjutan pasien gangguan jiwa*, Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Pemberdayaan klien dan keluarga dalam perawatan klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan di rumah sakit jiwa pusat Bogor*, Jakarta : tidak dipublikasikan
- \_\_\_\_\_. (1999). *Pengaruh model terapi aktivitas kelompok (TAKS) terhadap kemampuan komunikasi verbal dan non verbal pada klien menarik diri di Rumah Sakit Jiwa*, *Jurnal Keperawatan Indonesia* volume II, no 8 Desember 1999 ( 277-282), Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Kinsep, P & Nathan, P. (2004). *Social skills training for severe mental disorders*, <http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/Socialskills%20Pt-intrao.pdf>, diperoleh tanggal 12 Februari 2008.
- Kneisl, C.R., Wilson, H.S & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary psychiatric mental health nursing*, New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Kuntjoro, Z. (2006). *Mengenal gangguan jiwa*, [http:// e-psikologi. com](http://e-psikologi.com), diperoleh tanggal 3 April 2008.

- Lazarus, R.S., DeLongis, A, Folkman., & Gruen, R.(1985). *Stress and adaptation outcome*, American Psychologist, 40, 770-779, diperoleh tanggal 8 September 2007.
- Liberman, M.D., Kassel, K.H ., Mosk, M.D & Wong, S.E.(1985). *Social skills training for chronic mental patients*, <http://www.psychrehab.co./publications>. html, diperoleh tanggal 12 Januari 2008.
- Lwanga,S.K & Lemeshow. (1998). *Sample size determination in health studies*, WHO: Genewa.
- Maramis, A. (2006). *Fakultas kedokteran Universitas Indonesia: Membangun kesadaran baru tentang kesehatan jiwa*, <http://www.suarakarya-online.com>, diperoleh tanggal 12 Januari 2008.
- Maslim, R. (2003). *Diagnosis gangguan jiwa*, Jakarta: FK. Unika Atmajaya.
- Miller, M. (2001). *Antisocial personality part II*, The Harvard Mental Health Letter, 17, 1, diperoleh tanggal 12 September 2007.
- Michelson, L., Sugai, P.D & Wood, R.P.(1985). *Social skills assesment*, New York: Plenum press.
- Mercer, Y; Rubin, K.H.(1997). *Social withdrawal, inhibition*, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Nanda. (2005). *Nursing Diagnoses: Definitions & Clacification 2005-2006*, Philadelphia USA: NANDA International.
- Notoadmodjo, S.(2002). *Metodologi penelitian kesehatan (edisi revisi)*, Jakarta: Reneka Cipta.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*, Yogyakarta: Andi offset.
- Nursalam. (2000). *Metode riset keperawatan*, Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Prawitasari, J.E., Rochman, M;. Ramdhani, N dan Utami, M.S. (2002). *Psikoterapi: Pendekatan konvensional dan kontemporer*, Yogyakarta: Pustaka pelajar offset.
- Prawirohardikusumo, S. (2003). *Pengaruh faktor genetik pada pasien gangguan jiwa*, <http://www.republika.com.id>, diperoleh tanggal 18 Januari 2008.
- Pollit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2006). *Essential of nursing research: Methods appraisal, and utilization* (6<sup>th</sup> ed), Philadelphia: Lippincott. Williams & Walkins.

- Potter, Anne Griffin Perry . (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.
- Raine, A, et al. (2000). *Reduced prefrontal gray matter volume and reduce d autonomic activity in antisocial personality disorder*. *Arc gen Psychiatry*, 57, 119, diperoleh tanggal 8 September 2007.
- Ramdhani, N.(2002). *Pelatihan keterampilan sosial untuk terapi kesulitan bergaul*, <http://lib-ugm.ac.id/data/pubdata/ketsos pdf>, diperoleh tanggal 7 Desember 2007.
- Rawlin, R.P., Williams, S.R., and Beck, C.K. (1993). *Mental Health psychiatric nursing: A holistic life-cycle approach*, St. Louis: Mosby.
- Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons, Incorporated.
- Sasmita, H. (2007). *Efektifitas kognitif behavior therapy pada klien dengan harga diri rendah di rumah sakit marzoeke mahdi bogor 2007*, Jakarta: Tesis, tidak dipublikasikan.
- Sastroasmoro, S dan Ismael, S. (2002). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*, (2<sup>th</sup> ed), Jakarta: CV. Sagung Seto.
- Scott, J.C & Lisa, B, (1995). *Psychological intervention for schizophrenia*, <http://schizophrenia bulletin exford journal org>, diperoleh tanggal 12 Februari 2008.
- Setiawan, P. (2006). *Produktivitas surut*, <http://suarakarya-online.com>, diperoleh tanggal 4 Januari 2008.
- Siswono. (2006). *Membangun kesadaran dan mengurangi resiko gangguan mental dan bunuh diri*, <http://www.rsjlawang.com.artikel> , diperoleh tanggal 4 Januari 2008.
- Sugiyono. (2006). *Metode penelitian: Pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*, Bandung: Alfabeta.
- Sulistiwati, dkk. (2002). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*, Jakarta: EGC.
- Sunaryo. (2004). *Psikologi untuk keperawatan*, Cetakan I. Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W., & Laraia M.T (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*, (8<sup>th</sup> ed), St. Louis: Mosby.
- Stuart, G.W, & Sundeen, S,J. (2005). *Buku saku keperawatan jiwa*, (4<sup>th</sup> ed), Jakarta: EGC.

- Stuart, G.W. (2007). *Pocket guide to psychiatric nursing*, Alih bahasa. Ramona,P dan Yuda, E.K. Buku saku keperawatan jiwa (Edisi 5), Jakarta: EGC.
- Tawnsend, M.C (2005). *Essensial of psychiatric mental health nursing*, (3<sup>th</sup> ed), Philadelphia: F.A.Davis Company.
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of psychiatric mental health nursing: A clinical approach*, (5<sup>th</sup> ed), St. Louis: Elsevier.
- Waltz, M. (1999). *Pervasive developmental disorder: Finding a diagnosis and getting help*, <http://www.bbbautisism.com>, diperoleh tanggal 7 Desember 2007.
- Widya. (2007). *Gangguan jiwa afektif tertinggi di Indonesia*, <http://mediaindonesia.com>, diperoleh tanggal 3 Januari 2008.
- Wilkinson, Judith,M. (2007). *Nursing diagnosis handbook with interventions and NOC Outcomes*. Alih bahasa. Buku saku keperawatan dengan intervensi NIC dan criteria hasil NOC. Widyawati, Edisi Indonesia (edisi 7), Jakarta: EGC.
- WHO. (2005). *Mental health and psychosocial relief effort after the tsunami in South-East Asia, India*: World Health Organization Regional Office for South-East Asia.
- Wing, H., Tsang, H & Pearson, V. (2001). *Social skills training for people with Schizofrenia in Hongkong*, Buletin Schizofrenia (22: 139-148,2001), <http://www.hkjpsych.com/journal>, diperoleh tanggal 20 Oktober 2007.

## LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

---

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan jiwa.

Persetujuan yang saya tanda tangani menyatakan bahwa saya berpartisipasi dalam penelitian.

Padang, ..... 2008

Responden

.....  
Tanda tanganBapak/Ibu/  
Suami/Istri/Sdr kandung

## INSTRUMEN A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

**Nomor Responden /kode :**

**(diisi oleh peneliti)**

**Petunjuk Pengisian:**

1. Semua pertanyaan diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur
2. Silahkan menulis nomor sesuai pilihan bapak/ibu pada kotak yang tersedia ATAU menuliskan jawaban bapak/ibu pada titik-titik yang disediakan

Tanggal dirawat :

Tanggal pulang:

Tanggal dirawat ulang :

Tanggal pulang kembali :

Ruangan :

**A. SOSIO DEMOGRAFI PASIEN**

1. Nama pasien : .....
2. Jenis Kelamin : 1. Pria  2. Perempuan
3. Usia : ..... tahun (ulang tahun terakhir)
4. Pendidikan terakhir (pasien) 
  1. SD
  2. SLTP
  3. SMU
  4. D III
  5. Perguruan Tinggi
5. Pekerjaan terakhir 
  1. Pelajar/mahasiswa
  2. Pegawai negeri
  3. TNI/polisi
  4. Wiraswasta
  5. Tidak bekerja
  6. Lain-lain, Sebutkan : .....
6. Status perkawinan (pasien)
  1. Kawin
  2. Janda/duda
  3. Cerai
  4. Tidak kawin
7. Lama Sakit
  1. Kurang dari 6 bulan
  2. 6 bulan sampai 2 tahun
  3. Lebih dari 2 tahun
8. Diagnosa medik (saat ini) : .....
9. Terapi medik (saat ini) : .....

**KUESIONER PENELITIAN**  
**PENGARUH *SOCIAL SKILLS TRAINING* PADA KLIEN ISOLASI SOSIAL**  
**DIRUMAH SAKIT JIWA HB. SAANIN PADANG**

**Nama pasien** : ..... **Tanggal Observasi** : .....

**RS. Jiwa** : ..... **Observasi ke** : .....

**Ruangan** : ..... **Observer** : .....

**Petunjuk Pengisian Instrumen B( kognitif).**

1. Berilah tanda cek ( √ ) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan pendapat Ibu/ Bapak.
2. Semua pertanyaan diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur.

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Saya kebingungan ketika mengambil suatu keputusan.		
2	Ketika merasa bingung saya mencari teman untuk ngobrol.		
3	Saya merasa tidak aman berada dekat orang lain		
4	Saya merasa orang lain mendengarkan saya		
5	Saya bisa memusatkan perhatian terhadap apa yang saya kerjakan		
6	Saya merasa mudah menyesuaikan diri dengan lingkungan baru		
7	Saya merasa pemikiran-pemikiran saya dapat diterima oleh orang lain		
8	Saya merasa tidak mampu konsentrasi terhadap apa yang saya lakukan		
9	Saya tidak merasa kesulitan menemukan bahan pembicaraan bila berada ditengah banyak orang		
10	Saya merasa kesulitan mengatakan ketidaksetujuan saya apabila berbeda pendapat dengan orang lain		
11	Saya merasa tidak sendiri		
12	Saya merasa hidup saya berguna		
13	Saya merasa tidak yakin dengan apa yang saya lakukan		
14	Saya merasa saya mempunyai sesuatu yang dapat dibanggakan		
15	Saya tidak malu mengungkapkan kesulitan saya kepada orang lain		
16	Saya mudah putus asa		
17	Saya menganggap rendah diri saya sendiri		

### Petunjuk Pengisian Instrumen C ( Perilaku)

1. Berilah tanda cek ( √ ) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan pendapat Ibu/Bapak.
2. Jika jawaban Ibu/Bapak adalah:
  - Tidak pernah memikirkan /melakukan sesuatu, isilah pada kolom **T (TidakPernah)**
  - Jarang memikirkan /melakukan, isilah pada kolom **J (Jarang)**
  - Pernah memikirkan /melakukan (2-3 kali perhari), isilah pada kolom **P (pernah)**
  - Selalu memikirkan/melakukan (lebih dari 3 kali perhari), isilah pada kolom **S(Selalu)**
3. Semua pertanyaan diharapkan dapat diisi semuanya dengan jujur.

No	Pernyataan	TidakPernah (T)	Jarang (J)	Pernah (P)	Selalu (S)
1	Saya malas melakukan kegiatan diruangan				
2	Saya dapat menyelesaikan tugas saya kerjakan dengan tepat waktu				
3	Tugas yang diserahkan kepada saya, saya kerjakan dengan sungguh-sungguh				
4	Saya mengikuti terapi aktifitas kelompok				
5	Saya berpenampilan bersih dan rapi				
6	Dalam percakapan saya lebih banyak menjadi pendengar saja				
7	Saya mengajak bicara orang lain tanpa memandang siapa dirinya				
8	Saya memperkenalkan diri kepada orang lain yang belum saya kenal				
9	Saya menyampaikan pendapat saya tanpa ragu-ragu				
10	Saya bicara dengan orang lain dengan nada suara yang jelas dan bisa dimengerti orang lain				
11	Saya menatap lawan bicara saat melakukan percakapan				
12	Saya tersenyum bila bertemu dengan orang lain				
13	Saya lebih suka menyendiri				
14	Saya tidak mempunyai teman dekat				
15	Saya malas memulai suatu pembicaraan dengan orang				



## INSTRUMEN PENELITIAN

### **PENGARUH *SOCIAL SKILLS TRAINING* PADA KLIEN ISOLASI SOSIAL DI RUMAH SAKIT JIWA PROF HB SAANIN PADANG SUMATERA BARAT**

Kriteria Klien:

1. Laki-laki dan perempuan.
2. Usia 18 sampai 55 tahun
3. Dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang
4. Diagnosa medis Skizofrenia.
5. Diagnosa keperawatan Isolasi sosial, ditandai dengan 4 (empat) tanda dan gejala dari 8 (delapan) gejala:
  - a. Tidak/jarang berkomunikasi
  - b. Menolak berhubungan dengan orang lain.
  - c. Tidak ada/jarang kontak mata
  - d. Menjauh dari orang lain.
  - e. Berdiam diri dikamar
  - f. Malas melakukan kegiatan sehari-hari.
  - g. Tidak memiliki teman dekat.
  - h. Tampak sedih.

**SELEKSI RESPONDEN ISOLASI SOSIAL  
DI RUMAH SAKIT JIWA PROF HB SAANIN  
PADANG SUMATERA BARAT**

Nama: .....

Kode.....

No	Tanda dan Gejala	Ada	Tidak Ada	Keterangan
1	Tidak/jarang berkomunikasi			
2	Menolak berhubungan dengan orang lain			
3	Tidak ada/jarang kontak mata			
4	Menjauh dari orang lain			
5	Berdiam diri dikamar			
6	Malas melakukan kegiatan sehari-hari			
7	Tidak memiliki teman dekat			
8	Tampak sedih			

**KISI-KISI PENELITIAN**  
**PENGARUH *SOCIAL SKILLS TRAINING* PADA KLIEN ISOLASI SOSIAL**  
**DI RUMAH SAKIT JIWA PROF HB SAANIN**  
**PADANG SUMATERA BARAT**

Tujuan Penelitian	Variabel Penelitian	Aspek yang diukur	No Item	Jumlah Item
Mengetahui pengaruh <i>social skills training</i> terhadap perubahan kemampuan kognitif dan perilaku klien isolasi sosial di Rumah sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang	Kognitif klien isolasi sosial	1. Kebingungan	1,2	2
		2. Merasa sepi	3,4,11	3
		3. Merasa ditolak orang lain	6,7	2
		4. Tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan	5,8	2
		5. Kesulitan menangkap informasi dan memberikan respon terhadap informasi	9,10	2
		6. Merasa tidak berdaya	12,13	2
		7. Merasa tidak berguna	14,15	2
		8. Merasa putus asa	16,17	2
	Perilaku klien isolasi sosial	1. Kurang aktifitas	1,2,3	3
		2. Menarik diri	13,15	2
		3. Kurang sosialisasi	4,8	2
		4. Ketidakmampuan berkomunikasi	6,9,10	3
		5. Tidak ada kontak mata	11	1
		6. Kehilangan gerak dan minat	5	1
		7. Tidak ada teman dekat	14	1
		8. Menolak hubungan dengan orang lain	7	1

