



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI SUPORTIF TERHADAP
KEMAMPUAN BERSOSIALISASI PADA KLIEN ISOLASI SOSIAL
DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr AMINO GONDOHUTOMO
SEMARANG**

TESIS

**ANJAS SURTININGRUM
0906620556**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH TERAPI SUPORTIF TERHADAP
KEMAMPUAN BERSOSIALISASI PADA KLIEN ISOLASI SOSIAL
DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr AMINO GONDOHUTOMO
SEMARANG**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

**ANJAS SURTINGRUM
0906620556**

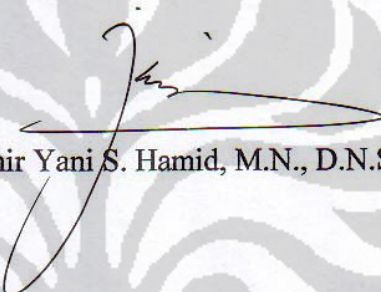
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
DEPOK
JULI 2011**

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Progam Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

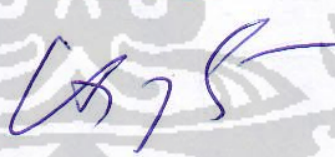
Depok, Juli 2011

Pembimbing I



Prof. Achir Yani S. Hamid, M.N., D.N.Sc

Pembimbing II



Agung Waluyo, PhD

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Anjas Surtiningrum
NPM : 0906620556
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Jiwa
Judul Tesis : Pengaruh Terapi Suportif terhadap Kemampuan Bersosialisasi pada klien isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.Amino Gondohutomo Semarang

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Prof.Achir Yani S.Hamid, M.N., DN.Sc

Pembimbing II : Agung Waluyo, Ph.D

Penguji : Mustikasari, S.Kp., MARS

Penguji : Ns. Fauziah, MKep, Sp.Kep.J

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 11 Juli 2011

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
Dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
Telah Saya nyatakan dengan benar

Nama : Anjas Surtiningrum

NPM : 0906620556

Tanda Tangan :

Tanggal : 12 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Tuhan yang Maha Esa, karena atas taufik dan hidayah-Nya, penelitian dengan judul “ Pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi social di RSJD Amino Gondohutomo Semarang” dapat diselesaikan. Penelitian ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

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

1. Dewi Irawaty, M.A, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Astuti Yuni Nursasi, SKp, MM selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Achir Yani S. Hamid, M.N. D.N.Sc, selaku pembimbing I tesis yang telah memberikan bimbingan, arahan dengan sabar, dan sangat cermat memberikan masukan untuk perbaikan serta memotivasi dalam penyelesaian tesis ini
4. Agung Waluyo, S.Kp, MSc, Ph.D, selaku pembimbing II tesis, yang dengan penuh perhatian membimbing dan memotivasi penulis serta memberikan masukan yang dibutuhkan penulis
5. Direktur dan Staf Keperawatan Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.Amino Gondohutomo Semarang sebagai tempat penelitian
6. Klien isolasi sosial pada RSJD Dr Amino Gondohutomo sebagai responden pada kegiatan penelitian ini.

7. Suamiku, Ir. Budi Sudarwanto, M.Sc , yang dengan penuh perhatian dan kasih sayang yang sangat besar membantu , memotivasi dan memberikan dukungan baik moril dan materiil , terima kasih suamiku tercinta
8. Bagus Andi Pratama dan Rifqi Andi Firmansyah, kedua permata hatiku yang dengan sabar memberikan dukungan dan doanya.
9. Rekan-rekan angkatan V Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian penelitian ini.
10. Semua pihak yang tidak bisa peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian penelitian ini

Semoga penelitian ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan dan khususnya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Amin ya Robbal'alamin

Depok, Juli 2011

Penulis

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2011
Anjas Surtiningrum

Pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr.Amino Gondohutomo Semarang.
xi + 120 hal + 15 tabel + 3 skema + 10 lampiran

Abstrak

Klien isolasi sosial memiliki jaringan sosial yang kecil, sehingga klien membutuhkan suport sistem yang mendukung terbentuknya jaringan sosial yang kondusif. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui pengaruh terapi suportif terhadap peningkatan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang. Desain penelitian *quasi experimental, pre-post test with control group*. Tempat penelitian di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang. Sampel penelitian adalah seluruh klien isolasi sosial yang memenuhi kriteria inklusi. Hasil penelitian membuktikan adanya pengaruh terapi suportif yang signifikan terhadap perubahan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi . Disarankan terapi suportif digunakan sebagai terapi keperawatan dalam merawat klien isolasi sosial.

Kata kunci : isolasi sosial, kemampuan bersosialisasi, terapi suportif
Daftar pustaka : 52 (1993-2010)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
POST GRADUATE PROGRAM
NURSING FACULTY**

Thesis, July 2011
Anjas Surtiningrum

THE EFFECT OF SUPPORTIVE THERAPY TO SOCIAL ABILITY OF SOCIAL ISOLATION'S CLIENTS AT REGIONAL MENTAL HEALTH HOSPITAL DR. AMINO GONDHUTOMO SEMARANG.

xi + 120 p. + 15 tables + 3 schemes + 10 attachments

Abstract

Social isolation's clients has a narrow space of social network that make them need a support system which supports the creation of a conducive social networks. The purpose of this study was to determine the effect of supportive therapy toward the increase of social ability of social isolation's clients. This research conducted a quasi-experimental, pre-post test with control group design. Research site was at Regional Mental Health Hospital dr. Amino Gondohutomo Semarang. The samples were all clients of social isolation who met the inclusion criteria. Result showed that there was a significant effect of supportive therapy to client's social skill ability in the intervention group. The recommendation of this study that can be applied for the next research was a supportive therapy for the social isolation's clients.

Key words : social isolation, social skill ability, supportive therapy
Bibliography : 52 (1993-2010)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK.....	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Perumusan Masalah	9
1.3 Tujuan Penelitian	11
1.4 Manfaat Penelitian	12
2. TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Skizofrenia	14
2.2 Isolasi Sosial	18
2.3 Tindakan keperawatan	32
2.4 Terapi suportif.....	35
2.5 Metode Riset Kuantitatif	41
2.6 Kerangka Teori Penelitian	42
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	44
3.1 Kerangka Konsep	44
3.2 Hipotesis Penelitian	46
3.3 Definisi Operasional	47
4. METODE PENELITIAN	52
4.1 Desain Penelitian	52
4.2 Populasi dan Sampel	54
4.3 Tempat Penelitian	58
4.4 Waktu Penelitian	58
4.5 Etika Penelitian	59
4.6 Alat Pengumpul Data	61
4.7 Uji coba instrumen.....	63
4.8 Prosedur Pelaksanaan Penelitian	64
4.9 Analisa Data	68

5.	HASIL PENELITIAN	74
5.1	Kesetaraan karakteristik klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum terapi.....	74
5.2	Perbedaan kemampuan bersosialisasi sebelum mendapatkan terapi suportif klien kelompok intervensi & kontrol.....	77
5.3	Perbedaan kemampuan bersosialisasi sesudah mendapatkan terapi suportif klien kelompok intervensi & kontrol.....	80
5.4	Perbedaan kemampuan bersosialisasi klien kelompok intervensi (sebelum & sesudah kelompok intervensi mendapat terapi).....	82
5.5	Perbedaan kemampuan bersosialisasi klien kelompok kontrol (sebelum & sesudah kelompok intervensi mendapat terapi).....	84
5.6	Hubungan karakteristik klien terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif....	88
6.	PEMBAHASAN.....	94
6.1	Interpretasi hasil penelitian	94
6.1.1	Perbedaan kemampuan afektif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.....	94
6.1.2	Perbedaan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.....	96
6.1.3	Perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.....	101
6.1.4	Perbedaan kemampuan sosial klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.....	104
6.1.5	Hubungan karakteristik klien terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial	107
6.2	Keterbatasan penelitian	115
6.3	Implikasi hasil penelitian	116
7.	SIMPULAN DAN SARAN.....	
7.1	Simpulan.....	118
7.2	Saran	119

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Kerangka Teori Penelitian	43
Skema 3.1. Kerangka Konsep Area Penelitian.....	46
Skema 4.1. Desain Penelitian Quasi Eksperimental.....	53



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Confounding	48
Tabel 3.2. Definisi Operasional Variabel Dependen.....	49
Tabel 3.3. Definisi Operasional Variabel Independen	51
Tabel 4.1. Pemetaan responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada penelitian pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial.....	58
Tabel 4.2 Kisi-kisi Kuesioner Kemampuan Bersosialisasi.....	62
Tabel 4.3. Rincian pelaksanaan terapi suportif . pada penelitian pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial.....	67
Tabel 4.4 Analisis Bivariat Variabel Penelitian.....	72
Tabel 5.1 Analisis usia dan lama sakit klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.....	76
Tabel 5.2 Analisa karakteristik jenis kelamin,pendidikan,pekerjaan, status perkawinan klien isolasi sosial.....	78
Tabel 5.3 Analisis perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif.....	79
Tabel 5.4 Analisis perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif.....	81
Tabel 5.5 Analisis perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapatkan terapi suportif.....	83
Tabel 5.6 Analisis perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum dan sesudah mendapatkan terapi suportif.....	86
Tabel 5.7 Analisa hubungan usia dan lama sakit terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial	89

Tabel 5.8 Analisis hubungan karakteristik klien : jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial

92



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 Alur kerangka kerja pelaksanaan penelitian
- Lampiran 3 Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 4 Lembar Persetujuan
- Lampiran 5 Instrumen Kuesioner
- Lampiran 6 Instrumen Observasi
- Lampiran 7 Modul Terapi Suportif
- Lampiran 8 Riwayat hidup peneliti
- Lampiran 9 Keterangan lolos kaji etik
- Lampiran 10 Surat ijin FIK & Rumah Sakit



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Manusia merupakan makhluk sosial, dimana untuk mempertahankan kehidupannya manusia memerlukan hubungan interpersonal yang positif baik dengan individu lainnya maupun dengan lingkungannya. Hubungan interpersonal yang positif dapat terjadi apabila masing-masing individu merasakan kedekatan, saling membutuhkan dan saling tergantung untuk membangun jati diri individu dalam lingkungan sosial yang kondusif. Individu tidak akan mampu memenuhi kebutuhan hidupnya tanpa adanya hubungan dengan lingkungan sosial. Kepuasan hubungan dapat dicapai jika individu terlibat secara aktif dalam proses interpersonal. Peran serta yang tinggi dalam berhubungan disertai respon lingkungan yang positif akan meningkatkan rasa memiliki, kerjasama, hubungan timbal balik yang sinkron (Stuart & Sundeen 1996 dalam Dalami, 2009).

Pemutusan proses hubungan terkait erat dengan ketidakmampuan individu terhadap proses hubungan yang disebabkan oleh kurangnya peran serta, respon lingkungan yang negatif. Ketidakmampuan individu di dalam mempertahankan hubungan interpersonal yang positif dapat mengakibatkan terjadinya stres. Stres yang meningkat dapat mengakibatkan reaksi yang negatif dan dapat mengakibatkan terjadinya gangguan dalam kehidupan sehari-hari, sehingga dapat menurunkan produktivitas individu tersebut, hal ini dapat mengakibatkan munculnya gejala gangguan kesadaran dan gangguan perhatian. Kumpulan tanda dan gejala tersebut disebut sebagai gangguan psikiatri atau gangguan jiwa (Stuart & Sundeen, 1995). Menurut Townsend (2005) 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.

Salah satu jenis gangguan jiwa berat adalah skizofrenia. Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk fungsi berpikir dan berkomunikasi, menerima dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi dan berperilaku yang dapat diterima secara rasional (Stuart & Laraia, 2005). Gejala skizofrenia dibagi dalam dua kategori utama : gejala positif atau gejala nyata dan gejala negatif atau gejala samar. Gejala positif sering tampak diawal fase skizofrenia dan biasanya menjadi alasan klien dirawat di rumah sakit. Gejala positif terdiri dari delusi (waham) yaitu keyakinan yang keliru, yang tetap dipertahankan sekalipun dihadapkan dengan cukup bukti tentang kekeliruannya, serta tidak serasi dengan latar belakang pendidikan dan sosial budaya klien; halusianasi, yaitu penghayatan (seperti persepsi) yang dialami melalui panca indera dan terjadi tanpa adanya stimulus eksternal; dan perilaku aneh (*bizarre*) (Videbeck, 2008). Dapat disimpulkan bahwa gejala positif menunjukkan adanya gangguan pikiran, komunikasi, persepsi, dan perilaku.

Gejala negatif (defisit perilaku) meliputi afek tumpul dan datar, menarik diri dari masyarakat, tidak ada kontak mata, tidak mampu mengekspresikan perasaan, tidak mampu berhubungan dengan orang lain, tidak ada spontanitas dalam percakapan, motivasi menurun dan kurangnya tenaga untuk beraktifitas. Gejala negatif pada skizofrenia menyebabkan klien mengalami gangguan fungsi sosial dan isolasi sosial. Gejala negatif seringkali menetap sepanjang waktu dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. Gejala positif dapat dikontrol dengan pengobatan, tetapi gejala negatif seringkali menetap setelah gejala psikotik berkurang dan sering kali gejala negatif menetap sepanjang waktu dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari klien (Videbeck, 2008). Gejala negatif pada skizofrenia menyebabkan klien mengalami gangguan fungsi sosial dan isolasi sosial.

Stuart & Laraia (2005) 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). Isolasi sosial sebagai salah satu gejala negatif pada skizofrenia digunakan oleh klien untuk menghindari dari orang lain agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang lagi. Maramis (2006) mengatakan klien mengalami isolasi sosial sebesar 72% dari kasus Skizofrenia dan 64% mengalami penurunan kemampuan memelihara diri (makan, mandi, dan berpakaian). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa 72 % klien mengalami masalah isolasi sosial sebagai akibat dari kerusakan kognitif dan afektif.

Isolasi sosial atau menarik diri adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain (NANDA, 2007). Sedangkan menurut Keliat, dkk (1999) dalam keperawatan jiwa menarik diri merupakan salah satu perilaku pada klien dengan gangguan hubungan sosial. Menarik diri digunakan klien untuk menghindari dari orang lain agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang lagi. Dengan demikian isolasi sosial adalah kegagalan individu untuk menjalin interaksi dengan orang lain sebagai akibat dari pengalaman-pengalaman yang tidak menyenangkan sebagai ancaman terhadap individu. Perilaku yang sering ditampilkan klien isolasi sosial adalah menunjukkan 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, dan mengungkapkan perasaan tidak dimengerti orang lain (NANDA, 2007).

Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang merupakan rumah sakit jiwa yang didirikan pada tahun 1986, memiliki kasus yang cukup bervariasi. Pada saat ini Rumah Sakit Jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang memiliki 14 ruang rawat inap psikiatri, termasuk ruang rawat NAPZA, memiliki poli klinik baik umum maupun poli klinik psikiatri dan UGD. Berdasarkan data survey yang diperoleh dari Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo, data pasien rawat inap adalah sebagai berikut: pada tahun 2005 total pasien rawat inap adalah 2.207 pasien. Jumlah pasien yang mempunyai riwayat pernah masuk ke rumah sakit jiwa sebelumnya (pasien lama) mencapai 1.980 pasien atau 90%, pada tahun 2006 total pasien rawat inap adalah 4.274 pasien dengan jumlah pasien lama mencapai 3.194 pasien atau 74%, pada tahun 2007 total pasien rawat inap adalah 4.544 pasien dengan jumlah pasien lama mencapai 3.006 pasien atau 66%, pada tahun 2008 total pasien rawat inap adalah 3.768 pasien dengan jumlah pasien lama mencapai 2.222 pasien atau 59%, dan pada tahun 2009 total pasien rawat inap adalah 4.034 pasien dengan jumlah pasien lama mencapai 2.156 pasien atau 53% (Bidang Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondohutomo, 2010). Dari data di atas nampak bahwa 68% pasien rawat inap dari tahun 2005 sampai 2009 adalah pasien yang punya riwayat pernah masuk ke rumah sakit jiwa sebelumnya (pasien lama).

Hal ini menunjukkan fenomena bahwa tingkat kekambuhan pada pasien gangguan jiwa di wilayah kota Semarang sangat tinggi jika dibandingkan dengan jumlah pasien baru yang belum pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya. Dari informasi beberapa keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan masalah gangguan jiwa, bahwa apabila klien berada di rumah dibiarkan melakukan kegiatan yang disenangi, klien malas melakukan kegiatan di rumah dengan alasan capek, hanya menonton TV di rumah, sesekali melakukan kegiatan (bekerja),

jarang melakukan interaksi yang efektif dengan lingkungan, keluarga merasa khawatir kalau memaksakan klien untuk melakukan kegiatan, klien akan kambuh kembali.

Klien dengan masalah kurangnya keterampilan sosial, tidak dapat berkomunikasi dengan orang secara efektif, tidak mudah berteman, atau secara efektif tidak dapat memecahkan masalah mereka, sulitnya menemukan dan mempertahankan pekerjaan, akan semakin mengisolasi diri dari masyarakat. Keterampilan sosial yang buruk ini terkait erat dengan berulangnya kekambuhan penyakit dan kembalinya klien ke rumah sakit, hal ini telah dilaporkan sebagai faktor yang penting yang mempengaruhi prognosis (Granholm dkk, 2005 dalam Seo Min Ji dkk, 2007). Sebuah program pelatihan keterampilan sosial dikembangkan untuk meningkatkan keterampilan sosial pasien dengan masalah isolasi sosial dan akhirnya berhasil membantu mereka untuk kembali ke masyarakat. Pelatihan ini telah terbukti efektif dalam meningkatkan kemampuan adaptasi sosial, mengurangi gejala kejiwaan sehingga mengurangi tingkat *rehospitalization*, selain untuk meningkatkan harga diri klien (Lieberman dkk, 1998)

Klien dengan masalah isolasi sosial mengalami penurunan fungsi kognitif, sehingga disamping program keterampilan sosial yang dilatih pada klien, klien juga membutuhkan suport sistem baik dari dalam maupun dari luar keluarga. Peran keluarga tidak dapat dipisahkan dalam perawatan pada klien dengan masalah isolasi sosial. Namun, terkadang pengetahuan dan sikap keluarga klien masih kurang dalam menangani anggota keluarganya yang baru saja pulang dari rumah sakit. Klien masih sering dicurigai akan munculnya tanda dan gejala gangguan jiwa oleh keluarganya sehingga klien sering terisolir dan akhirnya cenderung menutup diri. Kondisi klien sering terabaikan karena tidak secara nyata mengganggu atau merusak lingkungan dan hal ini akan semakin memperparah isolasi sosial (Keliat, dkk, 1999). Klien akan semakin tenggelam dalam dunianya

sendiri dan perilaku yang tidak sesuai dengan kenyataan, sehingga berakibat lanjut menjadi halusinasi (Dalami, 2009).

Penanganan utama untuk kasus isolasi sosial adalah psikofarmakologi. Antipsikotik yang juga dikenal sebagai neuroleptik, diprogramkan karena keefektifannya dalam mengurangi gejala psikotik. Antipsikotik tipikal yang lebih dulu digunakan adalah antagonis dopamin mengatasi tanda-tanda positif skizofrenia, tetapi tidak memiliki efek yang tampak pada tanda-tanda negatif. Antipsikotik atipikal adalah antagonis serotonin dan antagonis dopamin, antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi untuk banyak klien, obat-obatan ini juga mengurangi tanda-tanda negatif seperti tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri dari masyarakat (Littrell & Littrell, 1998 dalam Videbeck, 2008).

Sekitar 70% klien yang diberikan beberapa antipsikotik mencapai kesembuhan. Terapi antipsikotik yang diberikan pada fase pemeliharaan (*maintenance*) bertujuan untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan fungsi yang dimiliki klien. Pada fase pemeliharaan, klien yang menggunakan antipsikotik secara teratur mengalami kekambuhan sekitar 16-23%, sedangkan klien yang tidak mendapatkan antipsikotik secara teratur mengalami kekambuhan lebih tinggi yaitu 53-72% (Sadock & Sadock, 2007). Berdasarkan uraian di atas, antipsikotik dapat menyembuhkan beberapa klien skizofrenia, namun beberapa klien lainnya mengalami kekambuhan dan memiliki gejala negatif yang menetap sehingga perlu upaya untuk mengatasinya. Dengan demikian maka untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan fungsi kemampuan yang dimiliki oleh klien tidak cukup hanya pemberian antipsikotik saja, namun diperlukan terapi lain yang mendukung tingkat kesembuhan klien.

Faktor dukungan sosial berpengaruh terhadap status kesehatan mental klien. Kurangnya perhatian yang diberikan dalam suatu hubungan interaksi sosial dan

minimnya dukungan sosial akan berpengaruh terhadap kesejahteraan psikologis klien (Knisely & Northouse, 1994). Tolsdorf (1976) menemukan bahwa klien cenderung memiliki jaringan dukungan sosial yang kecil sesuai dengan kurangnya hubungan interpersonal yang intim (Henderson dkk, 1978 dalam Knisely & Northouse, 1994). Kurangnya hubungan sosial, khususnya hubungan keluarga sangat terkait dengan munculnya gejala neurotik. Dukungan sosial secara positif berkaitan dengan indeks keterampilan sosial, harga diri, dampak yang positif, keterbukaan, ketegangan. Melihat temuan tersebut maka dukungan sosial diidentifikasi sebagai kontribusi untuk meningkatkan fungsi sosial yang lebih baik, peningkatan psikoterapi akan mengurangi rawat inap klien. Terapi lain yang bermanfaat bagi klien isolasi sosial adalah terapi kelompok dan individual, terapi lingkungan dan terapi keluarga yang dapat dilakukan di lingkungan rawat inap maupun di masyarakat. Sesi terapi kelompok dan individual seringkali bersifat suportif, dengan memberikan kesempatan kepada klien untuk kontak sosial dan menjalin hubungan yang bermakna dengan orang lain (Fenton & Cole, 1995 dalam Videbeck, 2008).

Berbagai riset telah dilakukan untuk mengetahui efektifitas psikoterapi terhadap klien isolasi sosial. Penelitian Keliat, dkk (1999) tentang pengaruh Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) terhadap kemampuan komunikasi verbal dan non verbal pada klien menarik diri di RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor dan RSJP Jakarta menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan komunikasi pada kelompok intervensi. Renidayati (2008) melakukan penelitian tentang pengaruh *Social Skills Training* (SST) pada klien isolasi sosial di RSJ HB. Sa'anin Padang Sumatera Barat dengan hasil penelitian terdapat peningkatan kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku pada kelompok yang mengikuti SST dan yang tidak mengikuti SST, dimana pada kelompok yang mengikuti SST mengalami peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku yang lebih tinggi dibandingkan kelompok yang tidak mengikuti SST. Jumaini (2010) dalam penelitiannya tentang pengaruh *cognitive behaviour social skills training* (CBSST) terhadap

kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS Dr H. Marzoeki Mahdi Bogor dengan hasil penelitian menunjukkan kemampuan kognitif dan psikomotor klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, lingkungan dan bersosialisasi pada kelompok intervensi sesudah diberikan terapi CBSST meningkat secara bermakna dan termasuk dalam rentang baik, sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan tidak bermakna dan masih tetap termasuk dalam rentang cukup. Berdasarkan beberapa penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa latihan keterampilan sosial dapat dilakukan untuk meningkatkan kemampuan keterampilan sosial pada klien dengan isolasi sosial.

Intervensi psikososial dilakukan dengan menurunkan stressor lingkungan atau mempertinggi kemampuan penderita untuk mengatasinya, dan adanya dukungan sosial. Tindakan keperawatan psikososial yang dapat diberikan pada klien isolasi sosial melalui terapi generalis dan terapi spesialis (psikoterapi) baik diberikan secara individu maupun kelompok. Psikoterapi yang dapat diberikan secara individu adalah terapi kognitif, terapi perilaku, terapi kognitif, perilaku, *social skill training*, psikoterapi yang ditujukan secara kelompok adalah terapi aktivitas kelompok dan terapi suportif.

Terapi Suportif termasuk salah satu model psikoterapi yang sering digunakan di masyarakat dan di rumah sakit. Terapi ini merupakan terapi yang dikembangkan oleh Lawrence Rockland (1989) dengan istilah Psychodynamically Oriented Psychotherapy (POST), namun ada pula istilah lain yang diperkenalkan yaitu Supportive Analytic Therapy (SAT) (Rockland, 1989 dalam Holmes,1995). Hasil survey di Amerika menunjukkan bahwa psikoterapi suportif menduduki peringkat ke delapan dalam psikoterapi yang penting (Langsey & Yager , 1988 dalam Holmes 1995)

Penelitian tentang pengaruh terapi suportif terhadap klien Schizophrenia dilakukan oleh Klingberg dkk, (2010) menunjukkan hasil hubungan terapeutik

pada klien sangat memuaskan. Klingberg dkk,(2010) didalam penelitiannya mengungkapkan terapi suportif digunakan sebagai terapi pendukung agar dapat mengendalikan elemen-elemen non spesifik dari kontak terapi. Hasil psikoterapi secara umumnya terdiri atas dampak-dampak spesifik dan non spesifik. Dampak non spesifik adalah dukungan emosional, perhatian terapis, pendengar yang empati, optimasi aplikasi terapi dan hasil lain yang terkait dengan setiap keberhasilan hubungan interpersonal yang terapeutik .

Berdasarkan data survey di RSJD Dr.Amino Gondihutomo Semarang pada bulan Januari sampai dengan Desember 2010, masalah keperawatan isolasi sosial menempati urutan ketiga setelah perilaku kekerasan dan halusinasi dengan perilaku isolasi sosial dari total klien yang dirawat pada rentang waktu tersebut. , Fenomena yang ada, dari hasil wawancara dengan beberapa keluarga klien diperoleh data bahwa keluarga cenderung kurang memperhatikan kegiatan yang dilakukan oleh klien. Klien dengan isolasi sosial seringkali diabaikan oleh keluarga dan masyarakat sehingga diperlukan intervensi psikoterapi yang dapat memberikan peningkatan kemampuan individu dalam menggunakan sumber kopingnya, sehingga mampu meningkatkan kemandirian klien dalam bersosialisasi. Peneliti akan menerapkan terapi keperawatan terapi suportif pada klien isolasi sosial yang dirawat di ruang rawat inap RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang.

1.2 Rumusan Masalah

Isolasi sosial adalah suatu kondisi individu yang mengalami ketidakmampuan untuk mengadakan hubungan dengan orang lain dan dengan lingkungan sekitarnya secara wajar dalam khalayaknya sendiri yang tidak realistis. Klien sebagian besar mengalami masalah isolasi sosial yang diakibatkan kerusakan fungsi kognitif dan afektif

Klien dengan isolasi sosial sering terabaikan karena tidak secara nyata merusak atau mengganggu orang lain maupun lingkungan, pada kenyataannya isolasi sosial yang ditemukan pada klien skizofrenia merupakan tanda penting terjadinya kekambuhan dan perlunya dirawat di rumah sakit. Untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan fungsi kemampuan yang dimiliki oleh klien tidak cukup hanya pemberian psikofarmaka saja, namun diperlukan terapi lain yang mendukung tingkat kesembuhan klien. Terapi lain yang bermanfaat bagi klien dengan masalah isolasi sosial adalah psikoterapi yang terdiri dari terapi kelompok dan individual, terapi lingkungan dan terapi keluarga yang dapat dilakukan di lingkungan rawat inap maupun di masyarakat.

Di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang, kasus isolasi sosial menempati urutan ketiga sebagai masalah keperawatan terbanyak pada klien yang dirawat inap di unit psikiatri. Klien yang mengalami isolasi sosial masih mendapatkan tindakan keperawatan secara umum (generalis) baik secara individu klien dan keluarga maupun terapi kelompok, sedangkan tindakan keperawatan spesialis (terapi psikososial/psikoterapi) belum pernah diberikan dikarenakan tidak adanya spesialis keperawatan jiwa yang praktik. Upaya untuk meningkatkan asuhan keperawatan kepada klien dengan masalah isolasi sosial perlu dilakukan dengan tujuan adanya peningkatan kemampuan individu menggunakan sumber kopingnya dan mampu menggunakan support sistem yang ada baik secara internal maupun eksternal, sehingga mampu meningkatkan kemandirian klien dalam bersosialisasi dan menjalin hubungan yang bermakna dengan orang lain. Pencapaian upaya ini dapat dilakukan melalui pemberian terapi keperawatan spesialis (terapi psikososial) diantaranya terapi suportif.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas didapatkan dua masalah penelitian yaitu, pertama isolasi sosial merupakan masalah keperawatan yang menempati urutan ke-tiga sebagai kasus terbanyak pada klien yang dirawat inap di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang , dan kedua berdasarkan beberapa

hasil penelitian tentang manfaat psikoterapi (SST, CBSST, CBT, Supportif Terapi) baik di luar negeri maupun di Indonesia memberikan dampak yang positif terhadap peningkatan kemampuan komunikasi pada klien isolasi sosial. Adapun pertanyaan penelitian pada penelitian ini adalah “Bagaimanakah pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang ?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui pengaruh terapi suportif terhadap peningkatan kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

1.3.2. Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diketuainya karakteristik klien isolasi sosial di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang,

1.3.2.2 Diketuainya kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang,

1.3.2.3 Diketuainya perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapatkan terapi suportif di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang,

1.3.2.4 Diketuainya perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang,

1.3.2.5 Diketuainya perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok kontrol dan kelompok intervensi sesudah kelompok intervensi mendapatkan intervensi terapi suportif di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

1.3.2.6 Diketuainya hubungan antara karakteristik klien dengan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang,

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

1.4.1.1 Terapi suportif dapat digunakan sebagai pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan bagi klien isolasi sosial agar klien mampu meningkatkan kemampuan beradaptasi sosial secara mandiri.

1.4.1.2 Terapi suportif dapat digunakan sebagai terapi spesialis bagi klien isolasi sosial yang sebelumnya hanya diberikan terapi generalis yang ada di RSJD Amino Gondohutomo Semarang.

1.4.1.3 Terapi suportif dapat digunakan sebagai model terapi didalam kerangka proses keperawatan dengan klien isolasi sosial, sehingga model terapi ini dapat diimplementasikan pada klien dengan masalah kerusakan komunikasi sosial.

1.4.1.4 Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar dalam praktek mandiri perawat spesialis keperawatan jiwa diberbagai tatanan

1.4.2 Manfaat Keilmuan

1.4.2.1 Terapi suportif merupakan bentuk terapi yang dapat digunakan sebagai salah satu implementasi terapi praktek spesialis keperawatan jiwa.

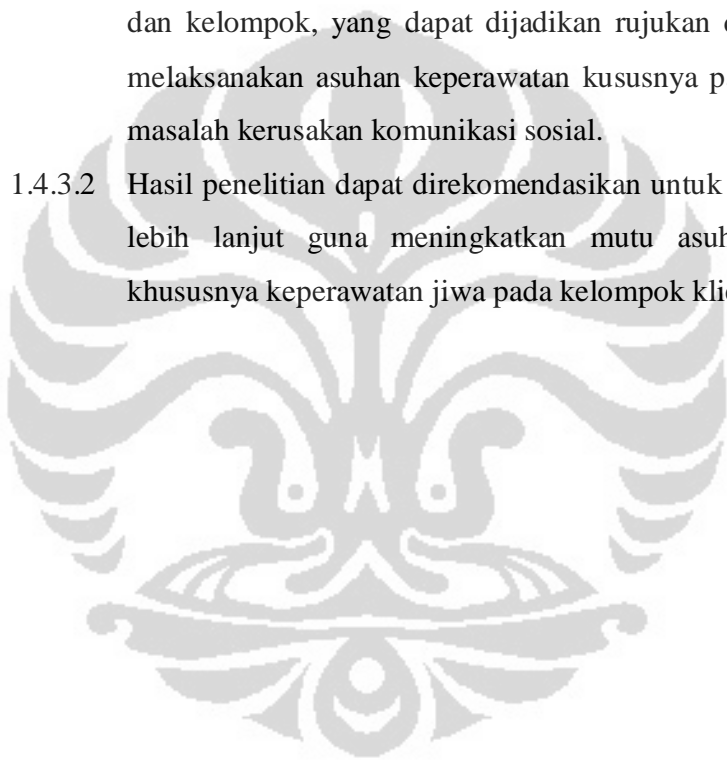
1.4.2.1 Terapi suportif dapat digunakan sebagai acuan pengembangan konsep keperawatan jiwa pada klien isolasi sosial.

1.4.2.2 Terapi suportif sebagai alat untuk pengembangan intervensi lanjutan khususnya intervensi yang diberikan oleh perawat spesialis jiwa dalam bidang keperawatan jiwa

1.4.3 Manfaat metodologi

1.4.3.1 Terapi suportif dapat memberikan gambaran bagi penelitian berikutnya khususnya dari pelayanan keperawatan jiwa yang berkaitan dengan terapi psikososial pada lingkungan keluarga dan kelompok, yang dapat dijadikan rujukan dan acuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan khususnya pada klien dengan masalah kerusakan komunikasi sosial.

1.4.3.2 Hasil penelitian dapat direkomendasikan untuk penelitian terkait lebih lanjut guna meningkatkan mutu asuhan keperawatan khususnya keperawatan jiwa pada kelompok klien gangguan,



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Pengertian

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, dan perilaku yang aneh dan terganggu (Videbeck, 2008). Skizofrenia biasanya terdiagnosis pada masa remaja akhir dan dewasa awal, insiden puncak awitannya adalah 15 sampai 25 tahun pada pria dan 25 sampai 35 tahun untuk wanita (DSM-IV-TR, 2000). Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecahkan masalah (Stuart, 2006). Gangguan skizofrenia adalah sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu, termasuk berpikir dan berkomunikasi, menerima, dan menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi, dan berperilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Isaacs, 2005). Dari beberapa definisi di atas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia merupakan gangguan pada otak yang biasanya terjadi pada usia remaja atau dewasa awal dan mempengaruhi pikiran (persepsi), perasaan (emosi), dan perilaku (sosial) seseorang.

Diagnostic and Statistic Standard Manual of Mental Disorders Fourt Edition Text Revised (DSM IV TR) membagi skizofrenia atas sub tipe secara klinik, berdasarkan kumpulan simptom yang paling dominan (Isaacs, 2005 ; Videbeck, 2008). Pembagian ini meliputi:

1. Tipe paranoid, ditandai dengan waham kebesaran, waham kejar, waham agama, halusinasi, dan perilaku agresif atau bermusuhan.

2. Tipe tidak terorganisasi (Skizofrenia hebefrenik), ditandai dengan afek datar atau afek yang tidak sesuai secara nyata, inkohereni, perilaku kacau, menunjukkan perilaku menarik diri secara sosial yang ekstrim, mengabaikan perawatan diri dan penampilan diri.
3. Tipe katatonik, ditandai dengan gangguan psikomotor yang nyata, baik dalam bentuk tanpa gerakan atau aktivitas motorik yang berlebihan, negativisme yang ekstrim, mutisme, gerakan volunter yang aneh, ekolalia atau ekopraksia.
4. Tipe tidak dapat dibedakan, ditandai dengan gejala-gejala skizofrenia campuran (atau tipe lain) disertai gangguan pikiran, perasaan, dan perilaku.
5. Tipe residual, ditandai dengan setidaknya satu episode skizofrenia sebelumnya, tetapi saat ini tidak psikotik, menarik diri dari masyarakat, afek datar, serta asosiasi longgar.

2.1.2 Gejala Skizofrenia

Skizofrenia secara umum terdiri dari dua kategori gejala, yaitu gejala positif dan gejala negatif (Townsend, 2009; Videbeck, 2008; Stuart & Laraia; 2005). Menurut Ho, Black, dan Andreasen (2003, dalam Townsend, 2009) gejala positif berhubungan dengan struktur otak yang tampak pada CT scan dan relatif berespon baik terhadap pengobatan, sedangkan gejala negatif tidak hanya sulit diatasi dengan pengobatan tetapi juga mengganggu klien karena menyebabkan klien tidak berdaya, malas, dan tidak memiliki motivasi.

Pengelompokan gejala positif dan negatif berdasarkan fungsi 8 (delapan) area, yaitu isi pikir, bentuk pikir, persepsi, afek, kesadaran/perasaan diri, kemauan, kerusakan fungsi interpersonal dan hubungan dengan dunia di luar dirinya, serta perilaku psikomotor (Townsend, 2009). Gejala positif meliputi delusi (waham) yaitu keyakinan yang keliru, yang tetap dipertahankan sekalipun dihadapkan dengan cukup bukti tentang kekeliruannya, serta tidak serasi

dengan latar belakang pendidikan dan sosial budaya klien; halusianasi, yaitu penghayatan (seperti persepsi) yang dialami melalui panca indera dan terjadi tanpa adanya stimulus eksternal; ilusi, yaitu mispersepsi atau misinterpretasi terhadap stimulus eksternal yang nyata.

Gejala negatif meliputi afek tumpul dan datar, afek tidak sesuai, apatis, menarik diri dari masyarakat, tidak ada kontak mata, tidak mampu mengekspresikan perasaan, tidak mampu berhubungan dengan orang lain, tidak ada spontanitas dalam percakapan, motivasi menurun dan kurangnya tenaga untuk beraktifitas. Gejala positif dapat dikontrol dengan pengobatan, tetapi gejala negatif seringkali menetap setelah gejala psikotik berkurang. Gejala negatif sering kali menetap sepanjang waktu dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. Perawat harus jeli dan teliti serta memiliki pemahaman yang baik tentang gejala-gejala yang terjadi pada klien skizofrenia sehingga mampu melakukan pengkajian secara adekuat dan akurat sebagai langkah awal dalam memberikan pelayanan/asuhan keperawatan.

2.1.3 Terapi Medis

Obat antipsikotik atau yang dikenal sebagai neuroleptik, diprogramkan terutama keefektifannya dalam mengurangi gejala psikotik. Antipsikotik bekerja dengan menyekat reseptor neurotransmitter dopamin. Antipsikotik merupakan terapi medis utama untuk skizofrenia dan juga digunakan dalam episode psikotik mania akut, depresi psikotik (Hyman, Arana & Rosenbaum, 1995 dalam Videbeck, 2008). Obat-obatan ini tidak menyembuhkan skizofrenia, tetapi digunakan untuk mengatasi gejala penyakit tersebut. Interval antara munculnya gejala dengan perawatan/pengobatan pertama berhubungan dengan kecepatan dan kualitas respon pengobatan dan gejala negatif yang muncul, semakin cepat klien mendapat pengobatan setelah terdiagnosis maka semakin cepat dan bermakna responnya. Semakin efektif

respons klien dan kepatuhannya terhadap program pengobatan ini, semakin baik hasil akhir yang dicapai. Kunci keberhasilan pengobatan skizofrenia ada pada deteksi dini, semakin dini diketahui penyakit skizofrenia, semakin besar kemungkinan bisa disembuhkan (Prawirohadikusumo, 2003). Pada sebagian besar klien, pemberian psikofarmaka dikombinasi dengan terapi psikososial dan rehabilitasi, psikoterapi, konseling vokasional, program-program untuk meningkatkan kemampuan klien di masyarakat, serta pada beberapa klien diberikan terapi kejang listrik /ECT. Terapi kejang listrik / ECT dapat bermanfaat untuk mengontrol dengan cepat beberapa psikotik akut. Sangat sedikit pasien skizofrenia yang tidak merespon obat-obatan, dapat membaik dengan ECT (Tomb, 2004).

Antipsikotik tipikal yang lebih dulu digunakan adalah antagonis dopamin. Antipsikotik tipikal mengatasi tanda-tanda positif skizofrenia seperti waham, halusinasi, gangguan pikir dan gejala psikotik lain, tetapi tidak memiliki efek yang tampak pada tanda-tanda negatif. Antipsikotik atipikal adalah antagonis serotonin dan antagonis dopamin. Antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi untuk kebanyakan klien, obat-obatan ini juga mengurangi tanda-tanda negatif seperti tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri dari masyarakat, dan anhedonia (Littrell & Littrell, 1998 dalam Videbeck, 2008). Antipsikotik atipikal meliputi olanzapine (zyprexa), quetiapine (seroquel), risperidone (risperdal), ziprasidone (geodon). Antipsikotik atipikal dapat mengatasi gejala positif sekaligus gejala negatif.

Efek samping antipsikotik signifikan dan dapat berkisar dari ketidanyamanan ringan sampai gangguan gerakan yang permanen (Marder, 2000 dalam Shives, 2005). Efek samping antipsikotik yang muncul dapat berupa terjadinya gerakan involunter abnormal (Diskinesia tardif) seperti bibir yang mengerut, menjulurkan lidah, mengunyah, mata yang berkedip- kedip, gerakan involunter

ini sering membuat klien merasa malu dan dapat membuat klien lebih terisolasi secara sosial. Efek samping inilah yang sering menjadi alasan utama klien menghentikan minum obat ataupun mengurangi dosis obat. Dalam hal ini pentingnya perawat untuk memberikan informasi kepada klien tentang pemberian terapi, dosis obat, waktu yang panjang untuk mendapatkan hasil terapi yang efektif, serta efek samping yang mungkin terjadi, dan diharapkan klien dapat melaporkan kondisinya bila terjadi gejala-gejala efek samping dari obat antipsikotik, sehingga dapat segera diatasi (Shives, 2005).

2.2 Isolasi Sosial

2.2.1 Pengertian

Isolasi sosial adalah keadaan dimana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain disekitarnya. Klien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain (Yosep, 2009). Menurut Keliat (1998 dalam Yosep, 2009) mengatakan isolasi sosial merupakan upaya klien untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain maupun komunikasi dengan orang lain.

Isolasi sosial adalah suatu gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang tidak fleksibel yang menimbulkan perilaku maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam berhubungan (Dalami, dkk, 2009). Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa isolasi sosial adalah gangguan dalam berhubungan yang merupakan mekanisme individu terhadap sesuatu yang mengancam dirinya dengan cara menghindari interaksi dengan orang lain dan lingkungan. Klien mengalami kesulitan dalam berhubungan secara spontan dengan orang lain yang dimanifestasikan dengan mengisolasi diri, tidak ada perhatian dan tidak sanggup berbagi pengalaman.

2.2.2 Proses Terjadinya Isolasi Sosial

Setiap individu akan menghadapi berbagai stressor di setiap proses tumbuh kembang sepanjang kehidupannya. Kegagalan yang terjadi secara terus menerus dalam menghadapi stresor dan penolakan dari lingkungan akan mengakibatkan individu tidak mampu berpikir logis dimana individu akan berpikir bahwa dirinya tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan perannya sesuai tahap tumbuh kembang. Kondisi ini apabila dibiarkan akan menyebabkan individu mengalami harga diri rendah yang kronis sehingga individu akan merasa tidak berguna, malu untuk berinteraksi dengan orang lain serta tidak percaya diri yang dimanifestasikan dengan perilaku menarik diri.

Yosep (2009) mengemukakan beberapa stressor yang mengakibatkan harga diri rendah dan berdampak terhadap timbulnya kondisi isolasi sosial antara lain :

- a. Pola asuh keluarga, misal: pada anak yang kelahirannya tidak dikehendaki, akibat kegagalan KB, hamil diluar nikah, jenis kelamin yang tidak diinginkan, bentuk fisik yang kurang menawan yang menyebabkan keluarga mengeluarkan komentar-komentar negatif, merendahkan dan menyalahkan anak.
- b. Koping individu yang tidak efektif, misal : saat individu menghadapi kegagalan , menyalahkan orang lain, ketidakberdayaan, menyangkal tidak mampu menghadapi kenyataan dan menarik diri dari lingkungan, terlalu tingginya ideal diri dan tidak mampu menerima realitas dengan rasa syukur
- c. Gangguan tugas perkembangan, misal : kegagalan menjalin hubungan intim dengan sesama jenis atau lawan jenis, tidak mampu mandiri dan menyelesaikan tugas, bekerja, bergaul, sekolah, menyebabkan ketergantungan pada orang tua, rendahnya ketahanan terhadap berbagai kegagalan

- d. Stress internal dan eksternal, misal : stress terjadi akibat ansietas yang berkepanjangan dan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan individu untuk mengatasinya. Ansietas terjadi akibat berpisah dengan orang terdekat, hilangnya pekerjaan atau orang yang dicintai

Kegagalan-kegagalan yang terjadi sepanjang daur kehidupan dapat mengakibatkan perilaku menarik diri. Isolasi sosial merupakan salah satu respon maladaptif dalam rentang respon neurobiologi selain delusi, halusinasi, gangguan emosi dan gangguan perilaku (Stuart & Laraia, 2005). Proses terjadinya isolasi sosial dapat digambarkan dengan menganalisa faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan mekanisme koping yang digunakan individu sehingga menghasilkan respon bersifat konstruktif dan destruktif dalam rentang adaptif sampai maladaptif sebagai berikut (Stuart & Laraia, 2005).

2.2.2.1 Faktor predisposisi

Berbagai faktor dapat menimbulkan respon sosial yang maladaptif. Walaupun banyak penelitian telah dilakukan pada gangguan yang mempengaruhi hubungan interpersonal, belum ada suatu kesimpulan yang spesifik tentang penyebab gangguan ini. Beberapa faktor yang mendukung terjadinya gangguan hubungan interpersonal :

- a. Faktor biologi

Faktor genetik dapat berperan dalam respon sosial maladaptif. Bukti terdahulu menunjukkan keterlibatan neurotransmitter dalam perkembangan gangguan ini. Studi yang lain menunjukkan adanya hubungan genetik untuk masalah isolasi sosial dan hipotesis biologis yang perilaku impulsif dan kekerasan dapat disebabkan oleh disfungsi otak, rendahnya ambang rangsang dari sistem limbik, rendahnya tingkat serotonin.

Riset lain menunjukkan bahwa terjadi abnormalitas anatomi, fisiologis, dan neurokimia pada klien dengan skizofrenia, dimana terjadi penurunan volume otak, fungsi otak, dan gangguan jumlah dan regulasi neurotransmitter (dopamin, serotonin, dan glutamat). Gangguan pada korteks frontal mengakibatkan gejala negatif dan gangguan pada sistem limbik mengakibatkan gejala positif (Bartzokis, 2002, dalam Stuart & Laraia, 2005).

Cannon, Jones, dan Muray (2002, dalam Stuart & Laraia, 2005) menyatakan perkembangan janin dalam rahim belum dapat dideteksi kemungkinan menderita skizofrenia, tetapi beberapa riset menunjukkan pada sebagian besar klien dengan skizofrenia memiliki riwayat komplikasi prenatal dan perinatal seperti pre-eklampsia, trauma, asfiksia, prematur, dan masalah-masalah yang dialami ibu selama masa kehamilan seperti nutrisi yang buruk, stress, menggunakan alkohol/obat-obat terlarang, infeksi virus, hipertensi, dan penggunaan zat-zat kimia berbahaya.

Berbagai faktor predisposisi di atas dapat menyebabkan gangguan bentuk, fungsi maupun regulasi neurotransmitter otak khususnya pada korteks frontal sehingga menimbulkan gejala negatif diantaranya isolasi sosial. Sebaliknya, isolasi sosial berkaitan dengan pengolahan otak yang abnormal, kata-kata yang emosional, rendahnya pemberian penghargaan dan pemberian hukuman sejak usia dini.

b. Faktor perkembangan

Setiap gangguan dalam pencapaian tugas perkembangan disetiap tahap perkembangan dapat mempengaruhi respon sosial maladaptif pada individu. Sistem keluarga yang terganggu dapat berperan dalam perkembangan respon sosial maladaptif. Beberapa orang percaya bahwa individu yang mengalami masalah ini adalah orang yang tidak berhasil

memisahkan dirinya dari orang tua, norma keluarga yang tidak mendukung hubungan dengan lingkungan di luar keluarga, peran keluarga yang tidak jelas. Orangtua pecandu alkohol dan penganiaya anak juga mempengaruhi respon sosial maladaptif pada individu.

Sekitar 25% pasien dengan masalah isolasi sosial juga diberi diagnosis stress pasca trauma, serangan psikologis yang luar biasa (Brown & Dodson, 1999 dalam Stuart & Laraia, 2005). Oleh karena itu perawat dalam melakukan pengkajian harus mengkaji sifat interaksi keluarga dan mengumpulkan informasi yang terkait dengan perilaku anak sejak usia dini, penganiayaan anak, penyalahgunaan alkohol sebagai data yang komprehensif.

c. Faktor sosiokultural

Faktor predisposisi sosial budaya meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan, pekerjaan, status sosial, pengalaman sosial, latar belakang budaya, agama dan keyakinan, dan kondisi politik (Stuart & Laraia, 2005). Pendidikan dapat dijadikan tolak ukur kemampuan seseorang berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Faktor pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang didalam menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi. Sedangkan pada faktor usia Stuart & Laraia (2005) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan ketrampilan dalam mekanisme coping.

Stuart & Laraia, 2005 mengemukakan bahwa keyakinan merupakan pandangan terhadap kehidupan dunia, agama dan spiritual yang 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.

Stuart (2007); Townsend (2009) menjelaskan faktor sosial budaya dikaitkan dengan terjadinya isolasi sosial meliputi; umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan keyakinan. Kondisi sosial ekonomi yang rendah 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.

Isolasi sosial merupakan faktor utama dalam gangguan hubungan. Hal ini akibat dari transiensi, norma yang tidak mendukung pendekatan terhadap orang lain, atau tidak menghargai anggota masyarakat yang kurang produktif, seperti lanjut usia, orang cacat dan penyakit kronis. Isolasi sosial dapat terjadi karena mengadopsi norma, perilaku dan sistem nilai yang berbeda dari yang dimiliki budaya mayoritas. Harapan yang tidak realistis terhadap hubungan merupakan faktor lain yang berkaitan dengan masalah isolasi sosial.

2.2.2.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi pada umumnya mencakup peristiwa kehidupan yang menimbulkan stress seperti kehilangan, yang mempengaruhi kemampuan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan menyebabkan ansietas. Faktor presipitasi dapat bersifat stresor biologis, psikologis, serta sosial

budaya yang berasal dari dalam diri individu (internal) maupun dari lingkungan eksternal individu. Selain sifat dan asal stresor, waktu dan jumlah stresor juga merupakan komponen faktor presipitasi. Dimensi waktu meliputi kapan stressor terjadi, seberapa lama terpapar stressor, dan frekuensi terpapar stressor.

a. Stresor Biologis

Stresor biologis yang berkaitan dengan isolasi sosial meliputi penyakit infeksi, penyakit kronis dan adanya kelainan struktur otak. Ini terkait juga dengan interaksi beberapa neuroendokrin, hormon pertumbuhan, prolaktin, ACTH, LH/FSH, vasopressin, hormon tiroid, insulin, oksitosin, epinefrin, norepinefrin dan beberapa neurotransmitter lain di otak. Dapat disimpulkan stresor biologis berkaitan dengan adanya gangguan struktur dan fungsi tubuh serta sistem hormonal yang abnormal.

b. Stresor Psikologis

Respon sosial maladaptif merupakan hasil pengalaman negatif yang mempengaruhi pertumbuhan emosi seseorang. Stresor psikologis dapat berupa kondisi seperti hubungan keluarga tidak harmonis, ketidakpuasan kerja dan kesendirian. Tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau kegagalan orang lain untuk memenuhi kebutuhan ketergantungan dapat menimbulkan ansietas tingkat tinggi. Ansietas berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan kemampuan untuk mengatasinya dapat menyebabkan gangguan berhubungan dengan orang lain. Sikap atau perilaku tertentu seperti harga diri rendah, tidak percaya diri, merasa dirinya gagal, merasa dirinya lebih dibandingkan orang lain, tidak memiliki keterampilan sosial, dan perilaku agresif merupakan presipitasi terjadinya skizofrenia.

c. Stresor Sosial Budaya

Stres dapat ditimbulkan oleh menurunnya stabilitas keluarga, misalnya kurangnya *support* sistem dalam keluarga dan kontak/hubungan yang kurang antar anggota keluarga, berpisah dari orang yang berarti misalnya

karena dirawat dirumah sakit. Stresor lain yang dapat menjadi pencetus terjadinya perilaku isolasi sosial adalah kondisi lingkungan yang bermusuhan, lingkungan penuh dengan kritik, tekanan di tempat kerja atau kesulitan mendapatkan pekerjaan, kemiskinan, dan stigma yang ada di lingkungan tempat tinggal seseorang.

2.2.2.3 Penilaian Terhadap Stresor

Individu dewasa yang dapat melakukan hubungan interpersonal yang sehat tetap dapat mengalami kerentanan terhadap efek stres psikologis. Rasa sedih karena suatu kehilangan dapat berdampak besar sehingga individu tidak mau menghadapi kehilangan di masa depan, bukan mengambil resiko mengalami lebih banyak kesedihan. Penilaian terhadap stresor menggambarkan arti dan makna sumber stres pada suatu situasi yang dialami individu (Stuart & Laraia, 2005). Penilaian terhadap stressor dapat dilihat melalui respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial.

a. Respon kognitif

Respon kognitif memegang peran sentral dalam proses adaptasi, dimana faktor kognitif mempengaruhi dampak suatu kejadian yang penuh dengan stress, memilih coping yang akan digunakan, dan reaksi emosi, fisiologi, perilaku, dan sosial seseorang. Penilaian secara kognitif merupakan mediator fisiologis antara individu dengan lingkungannya terhadap suatu stressor. Terdapat tiga tipe utama penilaian terhadap stresor yang bersifat kognitif yaitu: 1) stresor dinilai sebagai bahaya yang akan terjadi, 2) stresor dinilai sebagai ancaman sehingga perluantisipasi, dan 3) stresor dinilai sebagai peluang/tantangan untuk tumbuh menjadi lebih baik. Individu yang menilai stresor sebagai suatu tantangan akan mengubah stresor menjadi peristiwa yang menguntungkan bagi dirinya sehingga menurunkan tingkat stres yang dialami.

Menurut Townsend (2009); NANDA (2007); Keliat (2005) pada klien isolasi sosial penilaian terhadap stresor secara kognitif berupa merasa kesepian, merasa ditolak orang lain/lingkungan, dan merasa tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak berguna, merasa putus asa dan tidak memiliki tujuan hidup, merasa tidak aman berada diantara orang lain, serta tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan.

b. Respon afektif

Respon afektif menunjukkan suatu perasaan. Penilaian terhadap stresor secara afektif tidak spesifik dan umumnya berupa reaksi cemas yang diekspresikan sebagai emosi. Respon afektif meliputi gembira, sedih, takut, marah, menerima, tidak percaya, antisipasi, dan terkejut. Pengetahuan yang baik, optimis, dan sikap positif dalam menilai peristiwa kehidupan yang dialami diyakini dapat menimbulkan perasaan sejahtera dan memperpanjang usia (Danner dkk, 2001; Lazarus, 1991; Seligman, 2000, dalam Stuart & Laraia, 2005). Respon afektif dipengaruhi oleh kegagalan individu dalam menyelesaikan tugas perkembangan di masa lalu terutama terkait dengan pengalaman berinteraksi dengan orang lain. Menurut Townsend (2009); NANDA (2007); Keliat (2005) secara afektif klien dengan isolasi sosial merasa bosan dan lambat dalam menghabiskan waktu, sedih, afek tumpul, dan kurang motivasi.

c. Respon fisiologis

Respon fisiologis merefleksikan interaksi beberapa neuroendokrin seperti hormon pertumbuhan, prolaktin, ACTH, *luteinizing* dan *follicle-stimulating hormone*, TSH, vasopresin, oksitosin, insulin, epineprin, norepineprin, dan beberapa neurotransmitter dalam otak. Respon fisiologis *fight-or-flight* menstimulasi sistem saraf otonom yaitu saraf simpatis dan meningkatkan aktivitas adrenal pituitari. Respon fisiologis yang terjadi pada klien isolasi sosial berupa lemah, penurunan/peningkatan nafsu makan, malas beraktivitas, lemah, kurang energi (NANDA, 2007; Fortinash, 1999).

d. Respon perilaku

Perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri dan mempunyai bentangan yang luas meliputi berjalan, berbicara dan bereaksi, dimana semua itu dapat diamati, bahkan dipelajari (Notoatmodjo, 2010). Skinner(1938, dalam Notoatmodjo, 2010) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar).

Respon perilaku merefleksikan respon emosi dan fisiologis sebagai hasil analisis kognitif dalam menghadapi suatu situasi yang penuh stress. Caplan (1981, dalam Stuart & Laraia, 2005) mengemukakan 4 (empat) fase respon perilaku individu terhadap suatu stresor, yaitu 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.

Menurut Townsend (2009); NANDA (2007); Keliat (2005) perilaku yang ditunjukkan klien isolasi sosial meliputi menarik diri, menjauh dari orang lain, tidak atau jarang melakukan komunikasi, tidak ada kontak mata, kehilangan gerak dan minat, malas melakukan kegiatan sehari-hari, berdiam diri di kamar, menolak hubungan dengan orang lain, dan sikap bermusuhan.

e. Respon sosial

Respon sosial individu dalam menghadapi stressor terdiri dari tiga kegiatan, yaitu 1) Mencari makna, individu mencari informasi tentang masalah yang dihadapi. Dalam hal ini perlu memikirkan strategi koping yang akan digunakan untuk merespon masalah yang dihadapi secara rasional; 2) Atribut sosial, individu mencoba mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap masalah yang ada. Individu yang memandang masalahnya sebagai akibat dari kelalaiannya mungkin tidak dapat melakukan suatu respon koping. Dalam hal ini individu akan lebih menyalahkan diri sendiri, bersikap pasif, dan menarik diri; 3) Perbandingan sosial, individu akan membandingkan ketrampilan dan kemampuan yang dimiliki dengan orang lain yang memiliki masalah yang sama. Hasil perbandingan sosial ini tergantung pada siapa yang dibandingkan dengan tujuan akhir untuk menentukan kebutuhan *support system*, sedangkan *support system* yang dibutuhkan tergantung usia, tahap perkembangan, latar belakang sosial budaya.

2.2.2.4 Sumber Koping

Sumber koping merupakan pilihan atau strategi yang dapat membantu menentukan apa yang dapat dilakukan dalam menghadapi suatu masalah. Sumber koping meliputi asset ekonomi, kemampuan dan ketrampilan, teknik pertahanan diri, dukungan sosial, dan motivasi (Stuart & Laraia, 2005). Sumber koping dapat bersifat internal maupun eksternal. Hubungan antara individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat merupakan sesuatu yang penting sebagai sumber koping seseorang. Sumber koping individu yang lain dalam menghadapi stresor adalah kesehatan dan energi, keyakinan/spiritual, keyakinan positif, keterampilan sosial dan pemecahan masalah, sumber-sumber sosial dan material, dan kesejahteraan secara fisik.

Spiritual/keyakinan dan aspek positif pada diri sendiri dijadikan sebagai dasar dan mendukung usaha koping seseorang dalam menghadapi kenyataan yang kurang menguntungkan. Keterampilan pemecahan masalah meliputi kemampuan mencari informasi, identifikasi masalah, memilih alternatif, dan melaksanakan tindakan sesuai perencanaan. Keterampilan sosial membantu penyelesaian masalah yang melibatkan orang lain, meningkatkan kerjasama dan dukungan dari orang lain, dan memberikan kontrol sosial pada individu.

Sedangkan aset material diartikan sebagai kondisi keuangan dan jangkauan terhadap pelayanan kesehatan. Kondisi keuangan yang adekuat meningkatkan pilihan koping individu pada sebagian besar situasi yang penuh dengan stress. Pekerjaan merupakan salah satu sumber stress pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi yang bersangkutan dapat jatuh sakit (Hawari, 2001). Menurut Townsend (2009) status ekonomi yang adekuat merupakan sumber koping dalam menghadapi situasi yang penuh dengan stress. Kondisi sosial ekonomi rendah berhubungan dengan hidup dalam kemiskinan, tinggal di pemukiman padat, nutrisi tidak adekuat, tidak ada perawatan pre natal, dan perasaan putus asa serta tidak berdaya untuk mengubah kondisi hidup dalam kemiskinan.

Sumber koping yang lain yaitu pengetahuan dan kecerdasan, identitas ego yang kuat, komitmen dengan jaringan sosial, stabilitas budaya, sistem nilai dan keyakinan yang stabil, orientasi pada pencegahan kesehatan, dan genetik atau tubuh yang sehat.

2.2.2.5 Mekanisme Koping

Mekanisme koping merupakan suatu usaha yang dilakukan untuk mengatasi stres (Stuart & Laraia, 2005). Terdapat 3 (tiga) tipe utama mekanisme koping, yaitu :

- a. Mekanisme koping berfokus pada masalah (*problem-focused*), merupakan mekanisme koping yang meliputi tugas dan usaha langsung dalam mengatasi masalah yang mengancam individu, seperti negosiasi, konfrontasi, dan meminta nasihat.
- b. Mekanisme koping berfokus pada kognitif (*cognitively-focused*), mekanisme koping dimana seseorang berusaha untuk mengontrol arti permasalahan dan berusaha menetralkannya, seperti membuat perbandingan positif, pemberian hadiah, mengabaikan, dan evaluasi terhadap keinginan.
- c. Mekanisme koping yang berpusat pada emosi (*emotion-focused*), mekanisme koping dimana individu diorientasikan untuk menenangkan emosi yang mengancam, seperti penggunaan mekanisme pertahanan ego misalnya denial, supresi, atau proyeksi.

Mekanisme koping yang digunakan untuk menyelesaikan masalah dapat bersifat konstruktif dan destruktif. Mekanisme koping bersifat konstruktif jika individu menganggap stressor sebagai tanda peringatan dan menerimanya sebagai tantangan untuk mengatasi masalahnya, sebaliknya bersifat destruktif jika stressor yang dihadapi tidak diatasi/diselesaikan atau lari dari masalah.

Klien isolasi sosial ketika menghadapi stresor tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang efektif. Mekanisme koping yang digunakan yaitu denial, regresi, proyeksi dan identifikasi yang berakhir dengan koping maladaptif berupa terjadi episode awal psikosis atau serangan ulang skizofrenia dengan munculnya gejala-gejala skizofrenia termasuk isolasi sosial (Townsend, 2009).

2.2.2.6 Tanda dan Gejala Isolasi Sosial

Tanda dan gejala isolasi sosial menurut Townsend, (2009); NANDA, (2007); Keliat, dkk (2005), dapat dikelompokkan meliputi: fisik, kognitif, perilaku dan afektif. Berikut ini dijelaskan tanda dan gejala isolasi sosial secara rinci:

a. Tanda dan gejala fisik

Tanda dan gejala fisik merupakan manifestasi respon fisiologis tubuh terhadap masalah isolasi sosial ditandai dengan kurang energi, lemah, insomia/hipersomia, penurunan atau peningkatan nafsu makan. Klien malas beraktivitas, kurang tekun bekerja dan sekolah, dan kesulitan melaksanakan tugas yang kompleks. Kondisi fisik berupa keterbatasan atau kecacatan fisik/mental dan penyakit fisik juga akan menunjukkan perilaku yang maladaptif pada klien yaitu isolasi sosial.

b. Tanda dan gejala kognitif

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 orang lain tidak bisa mengerti dirinya, merasa tidak aman berada dengan orang lain, merasa hubungan tidak berarti dengan orang lain, tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan, merasa tidak memiliki tujuan hidup. Klien menjadi kebingungan, kurangnya perhatian, merasa putus asa, merasa tidak berdaya, dan merasa tidak berguna.

c. Tanda dan gejala perilaku

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/jarang berkomunikasi dengan orang lain, tidak memiliki teman dekat, melakukan tindakan berulang dan tidak bermakna, kehilangan gerak dan minat, menjauh dari orang lain, menunjukkan perilaku bermusuhan, menolak berhubungan dengan orang lain, menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima oleh kultur, mengulang-ulang tindakan, tidak ada kontak mata, berdiam diri di kamar.

d. Tanda dan gejala afektif

Tanda dan gejala afektif terkait dengan respon emosi dalam menghadapi masalah (Stuart & Laraia, 2005). Respon emosi sangat bergantung dari lama dan intensitas stresor yang diterima dari waktu ke waktu. Tanda dan gejala yang ditunjukkan klien isolasi sosial meliputi merasa sedih, afek tumpul, kurang motivasi, serta merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu. Rasa sedih karena kehilangan terutama terhadap sesuatu yang berarti dalam kehidupan sering kali menyebabkan seseorang menjadi takut untuk menghadapi kehilangan berikutnya.

2.3 Tindakan Keperawatan pada Klien Isolasi Sosial

Tindakan keperawatan klien isolasi sosial terintegrasi dengan profesi kesehatan lain termasuk tindakan medis. Tindakan medis yang diberikan yaitu dengan pemberian terapi psikofarmaka (antipsikotik), peran perawat dalam pemberian psikofarmaka adalah memberikan informasi kepada klien tentang pemberian terapi, dosis obat, waktu yang panjang untuk mendapatkan hasil terapi yang efektif, serta efek samping yang mungkin terjadi, dan diharapkan klien dapat melaporkan kondisinya bila terjadi gejala-gejala efek samping dari obat antipsikotik, sehingga dapat segera diatasi (Shives, 2005).

Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien isolasi sosial bertujuan: 1) klien dapat memulai hubungan atau interaksi dengan orang lain; 2) klien dapat

mengembangkan dan meningkatkan hubungan/interaksi sosial dengan orang lain; 3) klien mengikuti program pengobatan secara optimal (Workshop Keperawatan Jiwa, 2008). Setelah mendapatkan terapi medis dan keperawatan diharapkan klien dapat meningkatkan keterampilan interaksi sosial, partisipasi/terlibat dalam kegiatan sosial, mengurangi rasa kesendirian, dan menciptakan iklim sosial dalam keluarga.

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada klien dilakukan secara komprehensif meliputi terapi individu, kelompok, keluarga, maupun komunitas, baik berupa terapi generalis maupun terapi psikososial (psikoterapi). Terapi generalis ditujukan pada klien sebagai individu, keluarga, dan kelompok. Terapi generalis yang dapat dilakukan pada kelompok klien adalah terapi aktivitas kelompok. Menurut Keliat dan Akemat (2005) terapi aktivitas kelompok merupakan terapi modalitas keperawatan yang ditujukan pada kelompok klien dengan masalah yang sama serta memfasilitasi pengalaman seseorang, meningkatkan respon sosial dan harga diri.

Terapi aktivitas kelompok yang diberikan pada klien isolasi sosial adalah terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) yang terdiri dari 7 (tujuh) sesi. TAKS merupakan upaya memfasilitasi kemampuan sosialisasi sejumlah klien dengan masalah hubungan sosial. Tujuan umum TAKS yaitu klien dapat meningkatkan hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap, sehingga pada TAKS klien dibantu untuk melakukan sosialisasi dengan individu yang ada disekitar klien. Tujuan khususnya adalah klien mampu untuk memperkenalkan diri, mampu berkenalan dengan anggota kelompok, mampu bercakap-cakap dengan anggota kelompok, mampu menyampaikan dan membicarakan topik percakapan, mampu menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain, mampu bekerja sama dalam permainan sosialisasi kelompok serta mampu menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS yang telah dilakukan (Keliat & Akemat, 2005).

Psikoterapi lain yang dapat mengatasi masalah isolasi sosial adalah melalui latihan keterampilan sosial (SST). Latihan keterampilan sosial merupakan salah satu intervensi dengan teknik modifikasi perilaku yang didasarkan pada prinsip-prinsip bermain peran, praktek dan umpan balik guna meningkatkan kemampuan klien dalam menyelesaikan masalah pada klien depresi, skizofrenia, klien dengan gangguan perilaku kesulitan berinteraksi, mengalami fobia sosial dan klien yang mengalami kecemasan (Kneisl 2004; Stuart & Laraia, 2005; Varcarolis, 2006). Landeen (2001, dalam Kneisl, 2004) mengemukakan tujuan keterampilan sosial adalah meningkatkan kemampuan sosial, meningkatkan keterampilan interpersonal dengan melatih keterampilan klien yang selalu digunakan dalam hubungan dengan orang lain dan lingkungan.

Program pelatihan keterampilan sosial dikembangkan untuk meningkatkan keterampilan sosial klien serta untuk membantu mereka berhasil kembali ke masyarakat. Pelatihan ini telah terbukti efektif dalam meningkatkan kemampuan adaptasi sosial, mengurangi gejala kejiwaan dan sehingga mengurangi tingkat kekambuhan, selain untuk meningkatkan harga diri (Lieberman et al, 1998, dalam Seo Ji-Min dkk, 2007)

MqQuaid (2000) menyatakan ada tiga kelompok keterampilan sosial yang diajarkan bagi individu yang mengalami hambatan dalam hubungan interpersonal dengan orang lain, yakni; 1) Kemampuan berkomunikasi, yaitu; kemampuan menggunakan bahasa tubuh yang tepat, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, menginterupsi pertanyaan dengan baik, kemampuan bertanya dan 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, meminta dan memberikan pertolongan; 3) Kemampuan dalam menghadapi situasi sulit, yakni; memberikan dan menerima kritik, menerima penolakan, bertahan dalam tekanan kelompok dan minta maaf.

Townsend (2009) berpendapat psikoterapi bertujuan untuk meningkatkan efek pengobatan, meningkatkan fungsi sosial, dan mencegah kekambuhan. Pada pemberian terapi psikososial sangat penting mempertimbangkan pendekatan yang digunakan sehingga proses terapi dapat dilakukan secara efektif dan tujuan tercapai secara optimal. Tindakan keperawatan berupa terapi psikososial yang dapat diberikan pada klien isolasi sosial meliputi terapi perilaku (Fortinash & Worret, 2004; Townsend, 2009), *social skills training/SST* (Warren, 1993; Ramdhani, 2002; Townsend, 2009; Turkington, dkk, 2004, Fontaine, 2003; Herbert ,dkk, 2005, Renidayati, 2008), *cognitive behavioral social skills training/CBSST* (McQuaid, dkk, 2000, Jumaini, 2010), terapi keluarga (Townsend, 2009), *self help groups* (Warren, 1993).

Berdasarkan hasil Workshop Keperawatan Jiwa (2009), intervensi keperawatan pada klien isolasi sosial meliputi psikoterapi secara individu yang berupa terapi kognitif, terapi perilaku, dan terapi kognitif-perilaku (*cognitive behaviour therapy/CBT*); *social skills training/SST*, terapi assertive training/AT, terapi kelompok, seperti terapi suportif, psikoedukasi kelompok, dan *Logotherapy*; terapi keluarga, berupa terapi psikoedukasi keluarga; dan terapi komunitas, berupa terapi asertif komunitas (*assertif community therapy/ACT*)

2.4 Terapi Suportif

2.4.1 Pengertian

Terapi suportif merupakan terapi psikoterapi yang ditujukan kepada klien baik secara individu maupun secara berkelompok. Terapi suportif

merupakan bentuk terapi kelompok yang dapat dilakukan pada berbagai situasi dan kondisi diantaranya pada klien dengan masalah isolasi sosial. Kelompok suportif merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap isue-isue dan tekanan yang khusus maupun yang merugikan. Tujuan awal dari kelompok ini adalah memberikan suport dan menyelesaikan pengalaman isolasi dari masing-masing anggotanya (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt,2004).

Menurut Heller ,dkk 1997 dalam Chien, Chan & Thompson (2006) hasil penelitian mengindikasikan *peer support* berhubungan dengan peningkatan fungsi secara psikologis, sedangkan *mutual support* (dukungan yang bermanfaat) adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktifitas berbagi berbagai pengalaman , situasi, dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima, mengaplikasikan keterampilan sosial dan pengembangan pengetahuan dari masing-masing anggota kelompok. Dengan demikian terapi suportif ini diberikan pada sekumpulan klien yang memiliki permasalahan yang sama yaitu isolasi sosial dengan cara mengklarifikasi permasalahan yang dihadapi sehingga klien mampu memanfaatkan *support system* yang dimilikinya dan mengekspresikan pikiran serta perasaannya melalui ekspresi verbal.

2.4.2 Tujuan terapi suportif

Klingberg, dkk (2010) dalam penelitiannya mengungkapkan terapi suportif digunakan sebagai pendukung dari psikoterapi yang lain agar dapat mengendalikan elemen-elemen non spesifik dari kontak terapi. Hasil psikoterapi secara umumnya terdiri atas dampak-dampak spesifik dan non spesifik. Dampak non spesifik adalah dukungan emosional, perhatian terapis, pendengar yang empati, optimasi aplikasi terapi dan

hasil lain yang terkait dengan setiap keberhasilan hubungan interpersonal yang terapeutik. Tujuan utama terapi suportif adalah mengurangi stress dengan melakukan 5 prinsip intervensi yaitu; 1). mengangkat harga diri/ dukungan internal; 2) mengaktifkan dukungan eksternal ; 3). menasehati dan memberi saran/arahan ; 4). memecahkan masalah yang ada ; 5). *Structuring* .

Berdasarkan pemahaman tersebut, tujuan terapi suportif ini adalah memberikan suport terhadap klien sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien dan terapis, meningkatkan kekuatan dan keterampilan dalam menggunakan sumber kopingnya , meningkatkan kemampuan klien mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi distres subyektif dan respon koping yang maladaptif. Pada penelitian ini, terapi suportif bertujuan mengetahui kemampuan positif dari sistem pendukung dalam keluarga dan luar keluarga, meningkatkan kemampuan klien isolasi sosial di dalam menggunakan sistem pendukung yang ada baik dari dalam keluarga maupun di luar keluarga serta mampu megidentifikasi hambatan di dalam penggunaan sistem pendukung yang ada.

2.4.3 Indikasi

Pada penelitian Klingberg (2010) terapi suportif digunakan sebagai kontrol suatu kondisi. Terapi supportif ini digunakan pada klien dengan masalah potensial pertumbuhan dan perkembangan, masalah keperawatan resiko, serta masalah gangguan kesehatan jiwa dan fisik. Pada penelitian ini dikhususkan sebagai pedoman pelaksanaan terapi suportif yang ditujukan pada klien isolasi sosial.

2.4.4 Kriteria Terapis

Seorang terapis harus memiliki kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor dalam memberikan terapinya sehingga terjadi perubahan pada klien sesuai dengan yang diharapkan. Keterampilan komunikasi verbal dan non verbal harus benar-benar diperhatikan. Komunikasi verbal 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 (Prawitasari, 2002). Seorang terapis harus mampu menyediakan lingkungan yang tenang bagi klien sehingga tumbuh rasa percaya pada klien karena pada dasarnya psikoterapi merupakan proses persuasi.

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 tanpa syarat apapun; (5) Sikap penuh penerimaan dan perhatian tulus terhadap klien; (6) sikap penuh kepedulian dan kerjasama dalam usaha menolong klien; dan (7) sikap yang nyata dan disadari, tanpa kepura-puraan dan keterpaksaan dihadapan klien.

Mohlenkamp(1999) dalam Klingberg (2010) menyatakan prinsip seorang terapis adalah; a. aktif, upaya empatik terapis untuk mencapai hubungan terapeutik yang positif; b. terapis menyampaikan orientasi kognitif kepada klien dan membantu memahami perilaku klien; c. terapis memberi saran dan panduan dalam mengatasi krisis dan masalah keseharian; d. meningkatkan harga diri klien melalui penguatan positif dan dukungan; e. bekerja dalam orientasi sumber daya, contohnya

menolong klien untuk menemukan kemampuan menolong dirinya; f. menahan diri dari pendekatan konfrontasi dan bujukan regresi.

2.4.5 Teknik Pelaksanaan

Terapi suportif diberikan secara berkelompok dengan jumlah klien 8–10 orang tiap kelompok. Kelompok berfungsi sebagai tempat berbagi pengalaman dan saling membantu satu sama lain untuk menemukan cara menyelesaikan masalah. Kelompok merupakan laboratorium tempat mencoba dan menemukan hubungan interpersonal yang baik, serta mengembangkan perilaku yang adaptif. Anggota kelompok merasa dimiliki, diakui, dan dihargai eksistensinya oleh anggota kelompok yang lain (Keliat & Akemat, 2005).

Hernawaty (2009) menerapkan terapi suportif pada keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan gangguan jiwa dalam 4 (empat) sesi. Keempat sesi pada terapi suportif keluarga ini merupakan pengembangan dari berbagai aktifitas *support system enhancement* yang dijelaskan oleh McCloskey & Bulechek (1996, dalam Stuart Laraia, 1998) dan *mutual support group* bagi keluarga menurut Chien, Chan dan Thompson (2006). Berbagai aktifitas di dalam *supportif system enhancement* meliputi : 1). mengakses respon psikologis ; 2). menentukan jejaring sosial yang ada dan adekuat; 3). mengidentifikasi family support; 4). mengidentifikasi family financial support; 5). menentukan *support system* yang biasa digunakan; 6). menentukan hambatan dalam menggunakan *support system*; 7). memonitor situasi keluarga saat ini; 8). menganjurkan klien berpartisipasi dalam aktifitas sosial dan masyarakat; 9). menganjurkan berinteraksi dengan orang lain yang sama-sama tertarik dan memiliki tujuan; 10). mengarahkan pada *self help group* sebagai terapi yang dapat dilakukan secara mandiri; 11). mengakses sumber masyarakat yang adekuat untuk mengidentifikasi

kelemahan dan kelebihan; 12).mengarahkan pada masyarakat berdasarkan pada hal peningkatan, pencegahan, pengobatan, atau program rehabilitasi yang tepat; 13). menyediakan layanan perawatan dan cara yang suportif; 14).melibatkan keluarga , pihak lain dan teman dalam hal perawatan dan perencanaan; 15).menjelaskan pada yang lain bagaimana cara mereka dapat membantu.

Teknik pelaksanaan terapi suportif disusun berdasarkan modifikasi yang dikembangkan oleh Hernawati (2009) dan Klingberg (2010).

Sesi 1 : Mengidentifikasi kemampuan klien dalam bersosialisasi

Pada sesi ini, yang dilakukan mendiskusikan dengan anggota kelompok (klien) mengenai apa yang diketahuinya mengenai isolasi sosial, kemampuan klien didalam bersosialisasi, cara yang biasa dilakukan dan hambatannya dalam bersosialisasi. Selain itu memberi motivasi pada klien untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang diketahui, memberi umpan balik positif kepada klien mengenai cara bersosialisasi yang sudah benar dilakukannya selama ini, dan memberikan masukan serta penjelasan mengenai cara bersosialisasi yang belum diketahui.

Sesi 2 : Menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor, dan hambatannya.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan klien mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta klien untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya.

Sesi 3 : Menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, monitor, dan hambatannya.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan klien mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung di

luar keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta klien untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya.

Sesi 4 : Mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung yang ada.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah melatih kemampuan klien mengemukakan pendapat tentang manfaat kegiatan yang telah dilakukan, mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan pencapaian tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun di luar keluarga, dan cara memenuhi kebutuhan tersebut, serta mendiskusikan kelanjutan dari perawatan setelah program terapi.

Terapi suportif memiliki 4(empat) sesi dan 45–60 menit setiap sesinya. Pada setiap sesi klien menggunakan catatan atau buku kerja untuk keberlangsungan latihan yang diberikan pada klien. Pelaksanaan terapi suportif sesi 1-3 klien diarahkan untuk dapat mengidentifikasi kemampuan bersosialisasi klien dan sistem pendukung yang ada baik didalam maupun di luar keluarga, selanjutnya klien mempraktekkan cara penggunaan sistem pendukung yang ada di dalam keluarga maupun di luar keluarga serta diarahkan untuk membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada, mengidentifikasi hambatan dalam penggunaan sistem pendukung didalam dan di luar keluarga. sesi 4 (empat) klien mengevaluasi pengalaman dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dan mengungkapkan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung baik dalam keluarga maupun di luar keluarga .

2.5 Metode Riset Kuantitatif

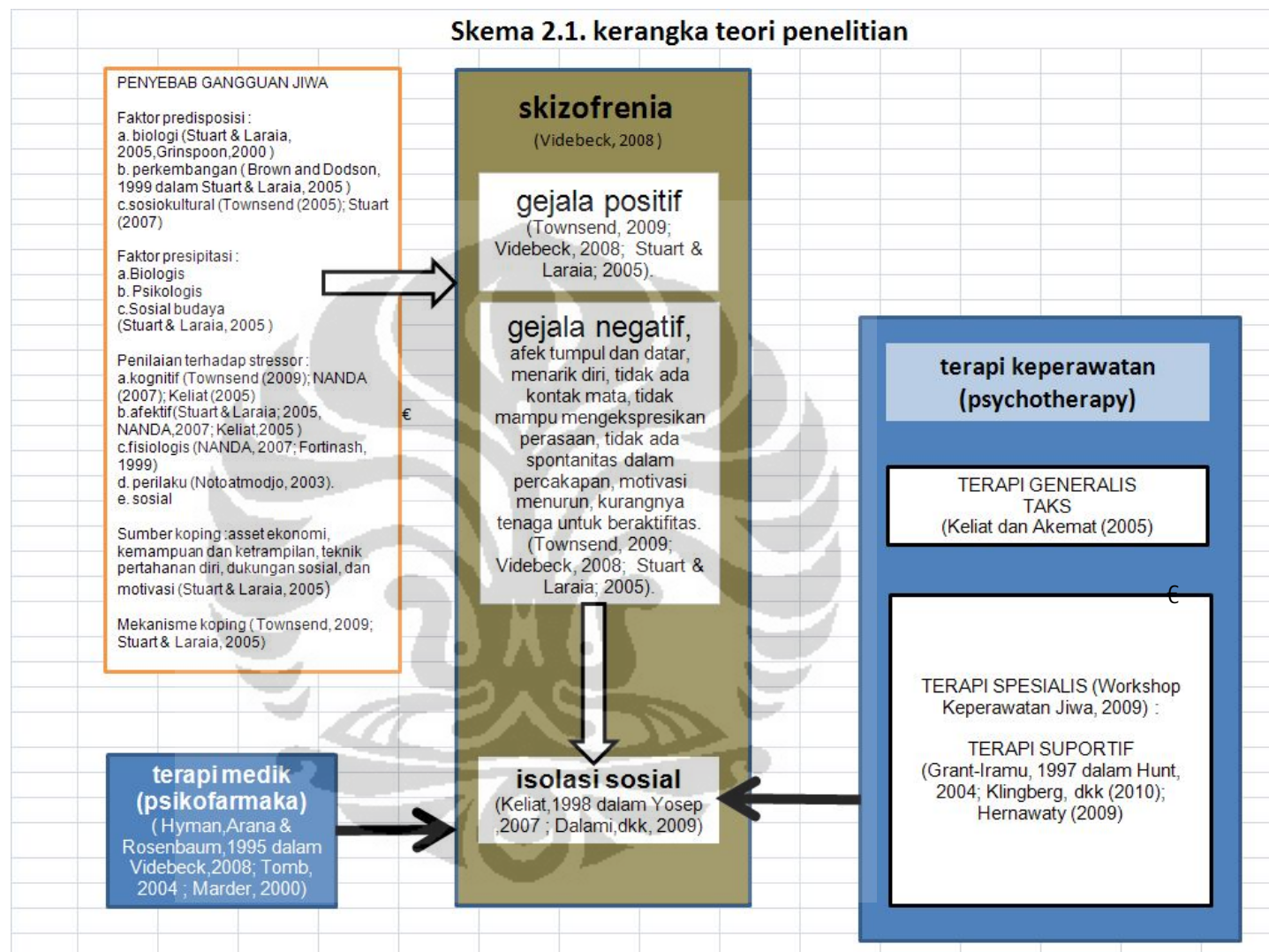
Metode penelitian kuantitatif ini menggunakan *design "Quasi experimental pre-post test with control group"* dengan intervensi terapi suportif. Penelitian kuantitatif ini merupakan jenis penelitian yang akan menghasilkan data berupa angka yang akan diproses secara matematis.

Peneliti menggunakan *design quasi experimental pre-post test with control group*, karena penguji ingin menguji pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial dalam menggunakan sumber suport internal dan eksternal. Dalam rancangan ini penulis menggunakan kelompok subjek yang diambil dari populasi klien isolasi sosial yang berada di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang dikelompokkan menjadi dua kelompok yaitu kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Kelompok kontrol hanya mendapatkan terapi medik dan terapi keperawatan secara generalis sedangkan kelompok intervensi mendapatkan terapi medik, terapi keperawatan secara generalis dan psikoterapi terapi suportif dengan empat sesi. Rancangan pre-post test ini akan bermanfaat untuk mengetahui perbedaan kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Penelitian ini tepat menggunakan jenis penelitian kuantitatif, karena kalau jenis kualitatif tidak akan dapat mengukur kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial setelah mendapatkan suatu terapi. Dengan kuantitatif perubahan kemampuan bersosialisasi akan dapat diukur secara matematis, sehingga menghasilkan pengukuran yang sebenarnya.

2.6 Kerangka Teori Penelitian

Kerangka teori merupakan landasan penelitian yang telah disusun berdasarkan konsep dan teori dari model stress adaptasi Stuart dan Laraia. Kerangka teori pada penelitian ini dapat dilihat pada skema 2.1. berikut :



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

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

3.1 Kerangka Konsep

Konsep adalah suatu istilah yang secara abstrak menguraikan nama objek atau fenomena yang memberi identitas dan arti tersendiri (Hamid, 2008).

Kerangka konsep merupakan tahapan penting dalam satu penelitian. Konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti) (Nursalam, 2008). Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan.

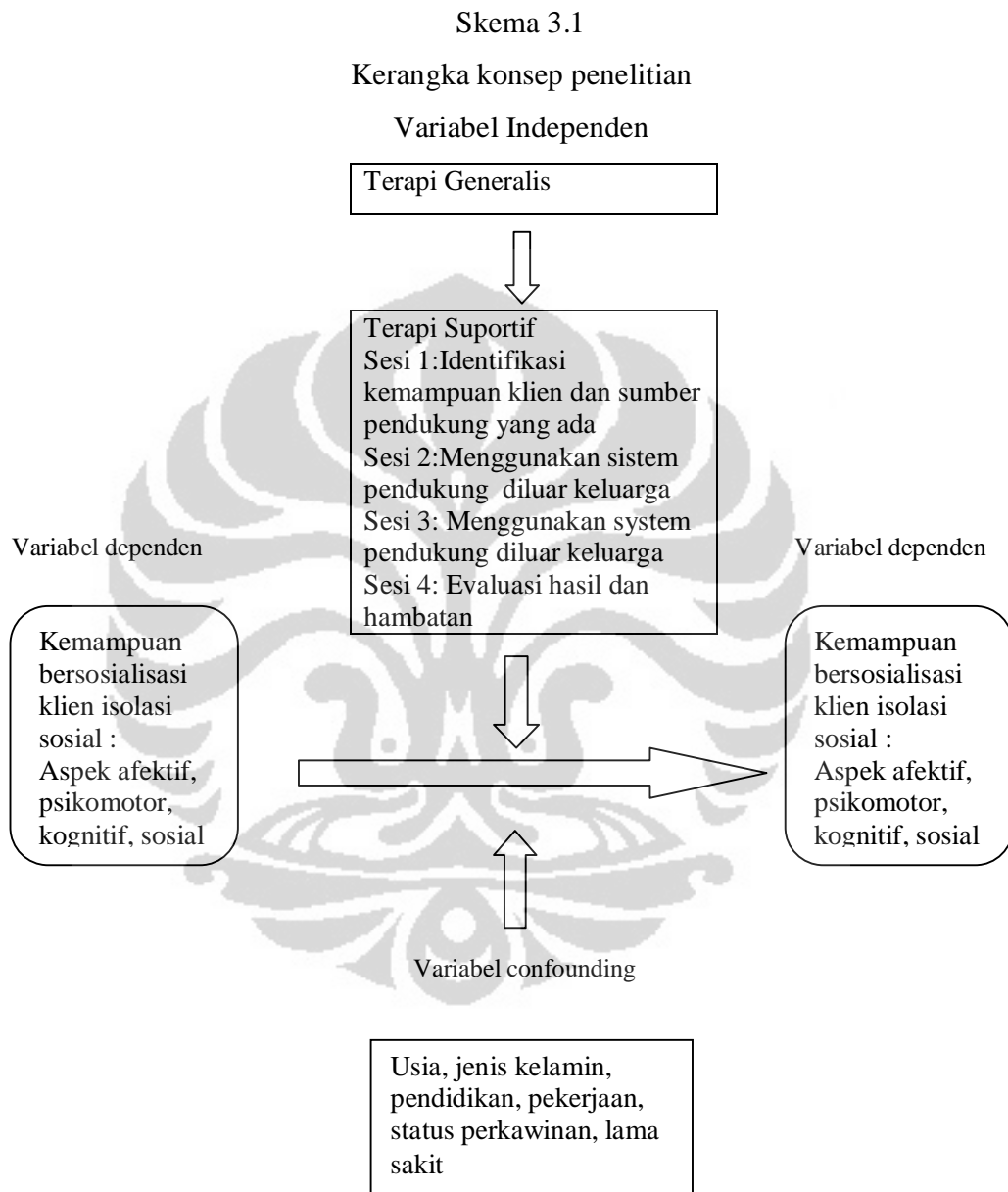
Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas (*independen*), variabel terikat (*dependen*) dan variabel perancu (*confounding*) (Nursalam, 2008). Isolasi sosial merupakan variabel terikat (*dependen*) yang diukur berdasarkan instrumen kuesioner.

Variabel bebas (*independen*) dalam penelitian ini adalah terapi suportif yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial dan meningkatkan kekuatan dan keterampilan dalam menggunakan sumber suportnya. Teknik pelaksanaan terapi suportif disusun berdasarkan modifikasi yang dikembangkan oleh Hernawati (2008) & Klingberg (2010). Pelaksanaan terapi ini berdasarkan pendekatan kelompok yang terdiri dari 4 (empat) sesi, dimana setiap sesinya membutuhkan waktu 60 menit. Pada setiap sesi klien menggunakan

catatan atau buku kerja untuk keberlangsungan latihan yang diberikan pada klien. Pada pelaksanaan terapi suportif sesi 1-3 klien diarahkan untuk dapat mengidentifikasi kemampuan berkomunikasi klien dan mengidentifikasi sistem pendukung yang ada baik didalam maupun di luar keluarga, selanjutnya klien mempraktekkan cara penggunaan sistem pendukung yang ada di dalam keluarga maupun di luar keluarga serta diarahkan untuk membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada, mengidentifikasi hambatan dalam penggunaan sistem pendukung didalam dan di luar keluarga. Sesi 4 (empat) klien dilatih mengevaluasi pengalaman dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dan mengungkapkan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung baik dalam keluarga maupun di luar keluarga .

Variabel perancu (*confounding*) pada penelitian ini meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, lama sakit, dan terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS). Menurut Stuart dan Laraia (2005) status kesehatan secara umum merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya skizofrenia ataupun isolasi sosial, sedangkan faktor predisposisi sosial budaya meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pendapatan/pekerjaan, dan status perkawinan.

Kerangka konsep pada penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1 berikut :



3.2 Hipotesa Penelitian

Hipotesa adalah jawaban sementara dari rumusan dan pertanyaan penelitian, yang harus diuji validitasnya secara empiris (Notoatmojo,2005; Sastroasmoro & Ismael, 2008; Nursalam,2008). Untuk mengetahui signifikansi (p) dari suatu hasil statistik (Hypothesis test), maka kita dapat menentukan tingkat signifikansi (p) 0,05. Dengan menentukan signifikansi ini maka kita dapat menentukan apakah hipotesis akan diterima atau ditolak (jika $p < 0,05$) (Voelker & Orton, 1993 dalam Nursalam, 2008)

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

1. Ada pengaruh yang bermakna terhadap peningkatan kemampuan bersosialisai klien isolasi sosial pada kelompok intervensi sesudah mendapatkan terapi suportif di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang
2. Ada perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang
3. Ada hubungan antara karakteristik (usia, jenis kelamin, lama sakit) klien terhadap kemampuan dalam bersosialisasi klien isolasi sosial di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

3.3 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut, karakteristik yang dapat diamati / diukur itulah yang merupakan kunci definisi operasional (Nursalam, 2008).

Tabel 3.1
Definisi Operasional Variabel *Confounding*

No	Variabel	Definisi operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Usia	Lama hidup seseorang sampai hari ulang tahun terakhir	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Usia dalam tahun	Rasio
2	Jenis kelamin	Kondisi perbedaan jenis kelamin klien.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Tingkat pendidikan terakhir dan tertinggi yang dicapai klien.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan responden	1. Rendah (SD, tidak tamat SD) 2. Menengah (SLTP, SLTA)	Ordinal
4	Pekerjaan	Kegiatan klien yang dapat menghasilkan uang (pendapatan).	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	Nominal
5	Status perkawinan	Kondisi perkawinan antara laki-laki dan perempuan dalam suatu ikatan resmi yang disahkan oleh kantor urusan agama.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan responden	1. Kawin 2. Tidak kawin (belum kawin, janda, duda)	Nominal
6	Lama sakit	Saat pertama kali pasien menderita gangguan jiwa sampai dilakukan penelitian.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama sakit responden	Lama sakit dalam bulan atau tahun	Rasio

Tabel 3.2
Definisi Operasional Variabel *Dependent*

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1	Kemampuan afektif klien isolasi sosial	Kemampuan bersosialisasi dalam hal mengekspresikan perasaan klien isolasi sosial terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan	Wawancara dengan kuesioner terdiri atas 8 item pertanyaan dengan pilihan jawaban : 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu Jawaban untuk pertanyaan positif diberi nilai 1, untuk pernyataan tidak pernah; 2 untuk jawaban kadang-kadang; 3 untuk jawaban sering dan nilai 4 untuk jawaban selalu, dan sebaliknya untuk pertanyaan negatif	Kuesioner pertanyaan mengetahui kemampuan afektif klien dg menjawab 8 pertanyaan. Skor dari item pernyataan psikomotor dari rentang 8 sampai 32 Jumlah nilai dari item pernyataan afektif dinyatakan dalam mean, median, SD, dengan CI 95 %	Interval
2	Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial	Kemampuan bersosialisasi dalam hal tingkah laku yang ditampilkan atau kegiatan yang dilakukan klien isolasi sosial dalam bersosialisasi berkaitan dengan pandangannya terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan.	Wawancara dengan kuesioner terdiri atas 9 item pernyataan dengan pilihan jawaban : 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu Jawaban untuk pertanyaan positif diberi nilai 1, untuk pernyataan tidak pernah; 2 untuk jawaban kadang-kadang; 3 untuk jawaban sering dan nilai 4 untuk jawaban selalu, dan sebaliknya untuk pertanyaan negatif.	Kuesioner pertanyaan mengetahui kemampuan psikomotor klien dg menjawab 9 pertanyaan. Skor dari item pernyataan psikomotor dari rentang 9 sampai 36 Jumlah nilai dari item pernyataan afektif dinyatakan dalam mean, median, SD, dengan CI 95 %	Interval

3	Kemampuan kognitif klien isolasi sosial	Kemampuan bersosialisasi dalam hal berfikir, ide-ide, tanggapan dan pendapat klien isolasi sosial terhadap dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan.	Wawancara dengan kuesioner terdiri atas 10 item pernyataan dengan pilihan jawaban : 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu Jawaban untuk pertanyaan positif diberi nilai 1, untuk pernyataan tidak pernah; 2 untuk jawaban kadang-kadang; 3 untuk jawaban sering dan nilai 4 untuk jawaban selalu, dan sebaliknya untuk pertanyaan negatif	Kuesioner pertanyaan mengetahui kemampuan kognitif klien dg menjawab 10 pertanyaan..Skor dari item pernyataan kognitif dari rentang 10 sampai 40 Jumlah nilai dari item pernyataan afektif dinyatakan dalam mean, median, SD, dengan CI 95 %	Interval
4	Kemampuan sosial klien isolasi sosial	Kemampuan bersosialisasi dalam hal mempergunakan dukungan sosial klien isolasi sosial terhadap dirinya keluarga, orang lain dan lingkungan.	Wawancara dengan kuesioner terdiri atas 17 item pernyataan dengan pilihan jawaban : 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu Jawaban untuk pertanyaan positif diberi nilai 1, untuk pernyataan tidak pernah; 2 untuk jawaban kadang-kadang; 3 untuk jawaban sering dan nilai 4 untuk jawaban selalu, dan sebaliknya untuk pertanyaan negatif	Kuesioner pertanyaan mengetahui kemampuan sosial klien dg menjawab 15 pertanyaan..Skor dari item pernyataan sosial dari rentang 17 sampai 68 Jumlah nilai dari item pernyataan afektif dinyatakan dalam mean, median, SD, dengan CI 95 %	Interval

Tabel 3.3
Definisi Operasional Variabel *Independent*

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Terapi suportif	Kegiatan terapi yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial, terdiri dari 4 sesi yaitu : mengidentifikasi kemampuan bersosialisasi klien, menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor, dan hambatannya; menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, monitor, dan hambatannya; mengevaluasi hasil dan hambatan komunikasi dan penggunaan sumber pendukung yang ada.	<i>Checklist</i>	1. Dilakukan terapi suportif 2. Tidak dilakukan terapi suportif	Nominal

BAB 4

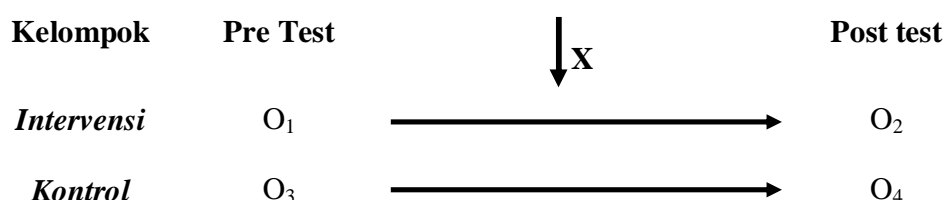
METODA PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Metoda penelitian yang digunakan pada masalah penelitian ini adalah pendekatan kuantitatif. Metoda kuantitatif menurut Burns & Grove (1993, dalam Hamid , 2008) digunakan untuk menguraikan variabel, memeriksa hubungan antar variabel, dan menentukan interaksi sebab akibat antara variabel yang diteliti. Dan untuk membuktikan hipotesa yang telah dijelaskan di bab III, pada penelitian ini ditetapkan rancangan penelitian *quasi experimental pre-post test with control group*” dengan intervensi terapi suportif. Pendekatan *pre-post test with control group design* digunakan untuk melihat efektivitas perlakuan melalui perbedaan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol (Arikunto, 2009).

Tipe penelitian ini mengungkapkan dampak perubahan setelah pemberian intervensi dengan cara melibatkan dua kelompok subjek yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi dan kelompok kontrol diobservasi sebelum kelompok intervensi dilakukan terapi suportif, kemudian diobservasi lagi setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif. Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan dan perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial sebelum dan sesudah kelompok intervensi diberikan perlakuan berupa terapi suportif pada klien yang dirawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Skema 4.1 berikut ini memberikan gambaran tentang desain penelitian yang telah dilaksanakan.

Skema 4.1
Desain Penelitian *Quasi Experimental*
Pendekatan *Pre-Post Test Design*



Keterangan:

- X** : Intervensi terapi suportif
- O1** : Kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum mengikuti terapi suportif (*pre test*).
- O2** : Kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok intervensi sesudah mengikuti terapi suportif (*post test*).
- O3** : Kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi suportif (*pre test*).
- O4** : Kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi suportif (*post test*).
- O2 - O1** Perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok intervensi setelah mengikuti terapi suportif (*post test*) dan sebelum mengikuti terapi suportif (*pre test*).
- O4 - O3** Perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok kontrol sesudah dan sebelum kelompok intervensi mengikut terapi suportif (*post - pre test*).
- O1 - O3** Perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi suportif (*pre test*).
- O2 - O4** Perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan terapi suportif (*post test*).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subjek (Nursalam, 2008), juga dapat disebutkan sebagai jumlah keseluruhan dari unit analisa yang ciri-cirinya akan diduga (Kasjono, 2009). Sedangkan menurut Sastroasmoro & Ismael (2008) yang dimaksud dengan populasi adalah sekelompok subjek atau data dengan karakteristik tertentu. 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 klien isolasi sosial di provinsi Jawa Tengah, sedangkan populasi terjangkau pada penelitian ini adalah seluruh klien isolasi sosial yang dirawat di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang diselidiki atau diukur yang merupakan kumpulan dari satuan atau unit informasi yang mewakili populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2007). Teknik pengambilan sampel yang digunakan sesuai dengan rancangan penelitian *quasi experimental with control pre-post test design* adalah *purposive sample*. Sampel yang digunakan dalam penelitian harus memenuhi kriteria inklusi, yakni karakteristik umum subjek penelitian pada populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2007)

Sampel penelitian ini adalah klien isolasi sosial dengan kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Usia dewasa (18-55 tahun)
- b. Bisa membaca dan menulis

- c. Klien dirawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang
- d. Diagnosa medis skizofrenia
- e. Diagnosa keperawatan isolasi sosial dengan kemampuan TAKS sesi satu

Penghitungan besar sampel minimal berdasarkan hasil perhitungan menggunakan uji perbedaan antara dua rata-rata dengan derajat kemaknaan 5%, kekuatan uji 95% dan uji hipotesis dua sisi (Lemeshow, dkk, 1997) dihitung berdasar rumus besar sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan:

n : besar sampel

σ : standar deviasi 2 (Trihadi, 2009)

μ_1 : rata-rata setelah dilakukan intervensi

μ_2 : rata-rata sebelum dilakukan intervensi

$\mu_1 - \mu_2$: selisih rata-rata setelah dan sebelum intervensi adalah 1,5 (Trihadi, 2009)

$Z_{1-\alpha}$: harga kurva normal tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian ($\alpha : 5 \% = 1,96$).

$Z_{1-\beta}$: nilai z pada kekuatan uji $1 - \beta$ adalah 0,84

$$n = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n = \frac{2 \times 2^2 [(1,96 + 0,84)]^2}{1,5^2} = 27,9 = 28$$

Dalam studi *quasi experimental*, untuk mengantisipasi adanya *drop out* dalam proses penelitian, maka kemungkinan berkurangnya sampel perlu diantisipasi dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Adapun rumus untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2008) ini adalah :

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

Keterangan :

n' : Ukuran sampel setelah revisi

n : Ukuran sampel asli

$1 - f$: Perkiraan proporsi *drop out*, yang diperkirakan 10% ($f = 0,1$)

maka :

$$n = \frac{28}{1-0.1} = \frac{28}{0.9} = 31,11 \text{ dibulatkan menjadi } 32$$

Berdasarkan rumus tersebut diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 32 responden untuk setiap kelompok (32 responden kelompok intervensi dan 32 responden untuk kelompok kontrol), jadi total responden berjumlah 64 orang.

Distribusi sampel pada penelitian ini terdiri dari laki-laki dan perempuan baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Sampel yang di gunakan adalah klien dengan masalah isolasi sosial yang dirawat inap di ruang RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Teknik pengambilan sampel untuk masing-masing ruangan melalui seleksi klien berdasarkan kriteria inklusi kemudian dari kelompok klien yang memenuhi kriteria inklusi akan ditetapkan sebagai sampel (*purposive sampling*)

Pada kelompok intervensi merupakan kelompok klien isolasi sosial yang dirawat di ruang Kresna, Endotenoyo, Arimbi dan untuk kelompok kontrol dilakukan di ruang Brotojoyo, Citro Anggodo, Hudowo, Dewaruci, Gatotkaca. Berikutnya peneliti menyeleksi klien di ruangan yang telah ditentukan sesuai dengan kriteria inklusi. Pengambilan sampel menggunakan total sampling yaitu seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi dijadikan responden, karena hasil seleksi klien yang sesuai kriteria inklusi jumlah sampel tidak melebihi jumlah perhitungan sampel minimal pada setiap periodenya. Teknik ini digunakan untuk mengambil sampel baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hasil seleksi total sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 76 responden yang terdiri 40 responden untuk kelompok intervensi dan 36 responden untuk kelompok kontrol. Jumlah sampel drop out selama proses penelitian berlangsung adalah 10 responden pada kelompok intervensi dan 5 responden pada kelompok kontrol dengan alasan pulang dijemput keluarga dan meninggalkan rumah sakit tanpa izin, sehingga pada akhir penelitian berjumlah 61 responden yang terdiri dari 30 responden pada kelompok intervensi dan 31 responden kelompok kontrol. Pemetaan jumlah responden dari hasil seleksi klien tertuang dalam tabel 4.1

Tabel 4.1
Pemetaan responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada penelitian pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial di RSJD Amino Gondohutomo Semarang tahun 2011

Periode	Kelompok	Ruang	Jumlah awal	Drop out	Jumlah	
I	Intervensi	Kresna	5	-	5	
		Endotenoyo	7	2	5	
		Arimbi	10	4	6	
	Total			22	6	16
	Kontrol	Brotojoyo	5	1	4	
		Citro	7	-	7	
		Anggodo				
		Hudowo	7	2	5	
		Gatatkaca	5	1	4	
	Total			24	4	20
<hr/>						
Periode	Kelompok	Ruang	Jumlah awal	Drop out	Jumlah	
II	Intervensi	Kresna	5	2	3	
		Endotenoyo	3	-	3	
		Arimbi	10	2	8	
	Total			18	4	14
	Kontrol	Dewaruci	4	1	3	
		Gatatkaca	8	0	8	
Total			12	1	11	

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat inap Kresna, Endotenoyo, Arimbi, Dewaruci, Gatatkaca, Brotojoyo, citro Anggodo di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Rumah sakit ini sangat maju dalam pelayanan dan mau menerima inovasi baru, disamping itu RSJD ini milik Pemerintah Propinsi Jawa Tengah dengan tipe A yang berfungsi sebagai pelayanan rujukan di Jawa Tengah serta merupakan rumah sakit pendidikan.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian telah dilaksanakan pada tanggal 14 April sampai dengan 9 Mei 2011. Pelaksanaan penelitian dilaksanakan dalam 2 (dua) periode, periode pertama dilaksanakan pada tanggal 14 April sampai tanggal 25 April 2011 dan periode

kedua pada tanggal 26 April sampai tanggal 9 Mei 2011. Penelitian ini diawali dengan kegiatan penyusunan proposal, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian. Pengambilan data dan intervensi dilaksanakan selama ± 2 (dua) minggu pada setiap periode atau 12 hari efektif. Alasan pemilihan waktu karena terapi suportif dilakukan dalam 4 (empat) sesi, masing-masing sesi dilakukan 1 (satu) kali.

4.5 Etika Penelitian

Mendapatkan persetujuan (*informed consent*) dari subjek penelitian (responden) merupakan suatu hal yang sangat penting dalam melakukan penelitian yang beretika (Hamid, 2008). Responden yang menjadi subyek penelitian diberikan informasi tentang rencana, tujuan, dan manfaat penelitian (*informed consent*) bagi responden. Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Responden adalah klien gangguan jiwa, sehingga klien yang tidak bisa menandatangani *informed consent* maka akan ditandatangani oleh keluarga atau kepala ruangan.

Etika penelitian yang sangat mendasar terhadap subjek penelitian adalah *beneficence*, yang pada dasarnya adalah tidak membahayakan, hak dan martabat klien dihormati, jika klien menolak atau timbul respon negatif maka hak tersebut dihargai, privasi klien dihormati, anonimitas (kerahasiaan data demografi) dan kerahasiaan (*confidentiality*) data hasil penelitian lainnya. Seluruh data dalam penelitian hanya diketahui oleh peneliti dan jika sudah selesai digunakan, maka data akan dimusnahkan.

Penelitian ini juga memenuhi beberapa prinsip etik yaitu :

a. *Autonomy* (Kebebasan)

Memberikan penawaran dan kebebasan kepada responden penelitian untuk menentukan apakah bersedia atau tidak mengikuti kegiatan penelitian secara

sukarela. Kebersediaan responden dilegalkan dengan memberikan tanda tangan pada lembar *informed consent*. Tujuan, manfaat dan resiko yang mungkin terjadi pada pelaksanaan penelitian dijelaskan sebelum responden memberikan persetujuan. Responden juga diberi kebebasan untuk mengundurkan diri setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti atau pada saat penelitian.

b. Anonymity (Kerahasiaan)

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak menuliskan nama sebenarnya tetapi dengan kode sehingga responden merasa aman dan tenang.

c. Confidentially

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikan. Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumentasi penelitian.

d. Non maleficence

Responden penelitian diusahakan bebas dari rasa tidak nyaman baik ketidaknyamanan fisik (nyeri, panas, dingin) ataupun ketidaknyamanan psikologis (rasa tertekan, cemas).

e. Justice

Penelitian ini tidak melakukan diskriminasi pada kriteria yang tidak relevan saat memilih subyek penelitian, namun berdasarkan alasan yang berhubungan langsung dengan masalah penelitian. Setiap subyek penelitian mendapat perlakuan yang sama selama pelaksanaan intervensi.

Dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian, maka sebelum penelitian ini dilakukan peneliti telah mengajukan uji kaji etik terlebih dahulu oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk memenuhi ketentuan etika penelitian dan mendapat persetujuan untuk pelaksanaan penelitian ini dan dinyatakan lolos kaji etik.

4.6 Alat pengumpul data

Atribut dasar instrumen pengumpulan data harus dipertimbangkan dalam proses pengumpulan data. Atribut tersebut meliputi: a) validitas, b) reliabilitas, dan c) ketergunaan. Validitas adalah kemampuan alat pengumpul data untuk mengukur apa yang harus diukur, untuk mendapatkan data yang berkaitan dengan apa yang sedang diukur. Reliabilitas adalah kemampuan untuk mendapatkan hasil yang konsisten saat dipergunakan kembali. Ketergunaan lebih melihat pada aspek pragmatis dalam mengoperasional alat pengumpul data tersebut.

Alat utama didalam mengumpulkan data adalah dengan membuat kuesioner penelitian yang didukung dengan teknik wawancara antara sampel dengan pengumpul data. Dalam penelitian ini yang melakukan wawancara adalah peneliti dengan dibantu oleh perawat di ruang rawat inap RSJD Dr Amino Gondohutomo yang sebelumnya peneliti mengadakan persamaan persepsi tentang cara menggali data sampel untuk mengisi kuesioner penelitian dan perlindungan kerahasiaan dari responden. Instrumen atau alat pengumpul data dalam penelitian diklasifikasikan sebagai berikut :

4.6.1 Kuesioner A (Karakteristik Responden)

Merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit. Data karakteristik responden masuk dalam lembar kuesioner A, terdiri dari 6 (enam) pertanyaan dan diisi dengan cara melingkari pada jawaban yang dipilih oleh responden atau mengisi titik-titik yang telah disediakan

4.6.2 Kuesioner B (Kemampuan bersosialisasi klien)

Merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial yang ditinjau berdasarkan kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial responden terkait dengan isolasi sosial, kemampuan afektif sebanyak 8 pertanyaan, kemampuan psikomotor 9 pertanyaan, kemampuan kognitif 10 pertanyaan dan kemampuan sosial

sebanyak 17 pertanyaan, sehingga total pertanyaan ada 44 pertanyaan. Kuesioner ini dibuat oleh peneliti sendiri dengan mengacu kepada teori dan konsep Townsend, 2009; Hawthorne, 2005; NANDA, 2007; Keliat, 2005; Fortinash, 1999, serta kuesioner kemampuan kognitif dan psikomotor Jumaini, 2010. Kuesioner dikembangkan menggunakan skala likert (1-4) dengan rentang nilai 4–68. Pada pernyataan *favourable* jika responden memilih pernyataan tidak pernah melakukan diberi nilai 1, jarang memikirkan/melakukan 2, pernah melakukan (2-5 kali perminggu) diberi nilai 3, selalu melakukan (lebih dari 5 kali minggu) diberi nilai 4. Sedangkan pada pernyataan *unfavourable* jika responden memilih pernyataan tidak pernah melakukan diberi nilai 4, jarang memikirkan/melakukan 3, pernah melakukan (2-5 kali perminggu) diberi nilai 2, selalu melakukan (lebih dari 5 kali minggu) diberi nilai 1. Instrumen akan diisi oleh responden dan dibantu oleh peneliti (lampiran 4). Tabel 4.2 berikut ini memaparkan kisi-kisi kuesioner kemampuan bersosialisasi:

Tabel 4.2
Kisi-kisi kuesioner kemampuan bersosialisasi

No	Variabel	Sub variabel	Item pertanyaan	
			<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>
1	Afektif	Merasa bosan	4	1
		Senang melamun	7	2,3
		Malu saat bercakap-cakap	8	5,6,
2	Psikomotor	Suka menyendiri	12	9,10
		Tidak ada kontak mata	11,15	
		Malas melakukan ADL	13,16	
		Malas beraktifitas	17,14	
3	Kognitif	Kurang percaya diri	25,22,18,27	
		Mudah putus asa		23,
		Merasa tidak berguna	19,29	26
		Kurang konsentrasi	20,21	
4	Sosial	Merasa kesepian	30,43	29
		Merasa ditolak orang lain & lingkungan	41	28,31,37,38
		Bermusuhan atau menolak hubungan dengan orang lain	32,33,34,35, 42, 36,	44
		Menyalahkan diri sendiri	39,40	

4.7 Uji coba instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba instrumen telah dilakukan pada 30 orang klien yang memiliki karakteristik yang sama dengan responden yaitu klien yang mengalami isolasi sosial di Panti Salam Sari Boja Semarang. Klien yang dipakai untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden.

4.7.1 Uji Validitas

Untuk mengetahui uji validitas suatu instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor totalnya. Pengujian validitas instrumen pada sampel dilakukan menggunakan uji *Pearson Product Moment* (Hastono, 2007). Rumus *Pearson Product Moment* dengan keputusan uji: bila r hitung lebih besar dari r tabel \rightarrow artinya valid dan bila r hitung lebih kecil dari r tabel \rightarrow artinya variabel tidak valid.

Uji validitas kuesioner penelitian atas kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan kemampuan sosial dalam klien bersosialisasi menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment*, hasil valid apabila nilai r hasil (kolom *corrected item- total correlation*) antara masing-masing item pernyataan lebih besar dari r tabel (Hastono, 2007). Hasil yang diperoleh dari 44 item pertanyaan terdapat 11 item tidak valid, dimana r hasil $<$ r tabel (r tabel = 0,367) dan 33 item pernyataan lain dinyatakan valid dimana r hasil $>$ r tabel. 11 item yang tidak valid terdiri dari aspek afektif 2 item, aspek psikomotor 3 item, aspek kognitif 3 item, aspek social 3 item. Item pertanyaan yang tidak valid kemudian diperbaiki bahasanya namun tetap memiliki makna yang sama dan tetap diikutkan dalam penelitian ini.

4.7.2 Uji Reliabilitas

Setelah semua pertanyaan valid semua, analisis dilanjutkan dengan uji reliabilitas. Untuk mengetahui reliabilitas dengan cara membandingkan nilai r hasil dengan r tabel. Dalam uji reliabilitas sebagai nilai r hasil adalah nilai "Alpha". Ketentuannya adalah bila r alpha $>$ r tabel, maka pertanyaan tersebut reliabel (Hastono, 2007). Pada penelitian ini seluruh item pernyataan yang valid kemudian dilakukan uji reliabilitas dan hasilnya semua pernyataan reliabel dengan nilai *Alfa Cronbach* 0,929.

4.8 Prosedur Pengumpulan Data

Proses penelitian ini dimulai dengan pelaksanaan uji etik, Uji etik dilakukan oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Setelah dinyatakan lolos uji etik, maka peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang untuk melakukan penelitian. Penelitian dilakukan di beberapa ruang rawat inap psikiatri, yaitu ruang Arimbi, Brotojoyo, Citro Anggodo, Dewaruci, Endro Tenoyo, Gatotkaca, Hudowo dan Kresna. Responden pada penelitian ini berjumlah 61 responden, terdiri dari 30 responden kelompok intervensi dan 31 responden kelompok kontrol. Seluruh klien yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia sebagai responden dalam penelitian ini selanjutnya diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan konsekuensi menjadi responden penelitian serta diminta persetujuannya dengan menandatangani *informed consent*. Persiapan selanjutnya adalah peneliti melakukan diskusi untuk menyamakan persepsi dengan kolektor data (kepala ruang dan koordinator CI) tentang kuesioner yang akan diberikan kepada responden. Kedua kelompok dilakukan pre test dan post test yang hasilnya diperbandingkan. Selanjutnya pelaksanaan penelitian dimulai dengan tahapan sebagai berikut:

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

- a. Melakukan pemilihan dan kontrak kerja dengan kepala ruang masing-masing ruang rawat inap yang dipakai dalam penelitian untuk membantu pengumpulan data awal klien isolasi sosial, serta menetapkan kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi ruang Kresna, Endotenoyo, Arimbi dan pada kelompok kontrol ruang Brotojoyo, Citro Anggodo, Hudowo, Gatotkaca, Dewaruci.
- b. Melakukan pengambilan data responden klien isolasi sosial sesuai dengan tanda dan gejala yang ditetapkan. Peneliti dibantu numerator yang sebelumnya telah diadakan persamaan persepsi tentang kuesioner.
- c. Memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan, proses, harapan penelitian dan memberi kesempatan bertanya bila ada yang kurang jelas. Responden menandatangani *informed consent* sebagai bukti persetujuan menjadi responden dalam penelitian. Penandatanganan *informed consent* dilakukan oleh klien.
- d. Responden dibagi menjadi 2 (dua) kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dimana kedua kelompok diberikan terapi generalis, terapi medik dan pada kelompok intervensi mendapat tambahan terapi suportif

4.8.2 Pelaksanaan intervensi pada responden

Dalam penelitian ini, kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial diharapkan meningkat setelah intervensi.

Langkah-langkahnya meliputi :

a. *Pre test*

Pre test dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol untuk mengetahui data karakteristik klien, mengukur kemampuan bersosialisasi yang ditinjau dari kemampuan secara afektif, psikomotor, kognitif dan sosial klien isolasi sosial. *Pre test* dilakukan sebelum kelompok intervensi diberikan terapi suportif. Pengisian kuesioner klien didampingi oleh peneliti mengingat klien mengalami gangguan jiwa sehingga membutuhkan konsentrasi di dalam mengisi kuesioner. Peneliti menjelaskan tiap item yang ada untuk memudahkan klien mengisi kuesioner yang sesuai dengan kondisi klien. Hasil *pre test* dibandingkan dengan hasil *post test* dari kedua kelompok responden.

b. Pelaksanaan Terapi Suportif

Pelaksanaan pemberian terapi suportif dilakukan sendiri oleh peneliti. Pelaksanaan penelitian secara keseluruhan dilaksanakan selama 4 (empat) minggu. Pelaksanaan terapi generalis, peneliti dibantu oleh mahasiswa profesi dan pembimbing ruangan yang sebelumnya telah diadakan persamaan persepsi. Pelaksanaan pemberian terapi suportif dilakukan setelah tindakan keperawatan generalis selesai dilakukan. Kegiatan terapi suportif dilakukan setiap hari sesuai dengan kesepakatan yang dibuat bersama responden. Pada periode pertama dilaksanakan di ruang Arimbi untuk kelompok pertama dilakukan pada jam 8.30 – 9.30 wib dan kelompok kedua dilakukan pada jam 10.00 – 11.00 wib di ruang Endotenoyo. Pada periode kedua terdiri dari 2 (dua) kelompok yang dilakukan dengan waktu yang sama seperti pada periode pertama. Dilaksanakan di ruang Arimbi (satu kelompok) dan di ruang Kresna (satu kelompok).

Kegiatan terapi suportif pada setiap periode dilakukan secara keseluruhan selama 4 (empat) hari untuk 4 (empat) sesi dengan rata-rata kegiatan dilakukan dalam waktu 60 menit tiap sesinya. Pelaksanaan terapi suportif pada tiap sesi terinci pada tabel 4.3

Tabel 4.3
Rincian pelaksanaan terapi suportif pada penelitian pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang 2011

Sesi	Kegiatan	Frekuensi
1	Mengidentifikasi kemampuan klien dalam bersosialisasi	1 kali
2	Menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor, dan hambatannya	1 kali
3	Menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, monitor, dan hambatannya	1 kali
4	Mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung yang ada	1 kali

Selama kegiatan terapi suportif dilaksanakan, perhatian dan partisipasi peserta baik dan merasa senang dengan kegiatan tersebut serta menyatakan banyak manfaat yang didapat. Selama kegiatan terapi suportif berlangsung, baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol tetap mendapatkan terapi medis dan tindakan keperawatan dari rumah sakit.

Responden yang drop out pada penelitian ini untuk kelompok intervensi adalah sebanyak 10 (sepuluh) orang, sedangkan pada kelompok kontrol sebanyak 5 (lima) orang, sehingga jumlah sampel pada akhir penelitian untuk kelompok intervensi sebanyak 30 responden dan pada kelompok kontrol sebanyak 31 responden. Responden yang drop out dengan alasan pulang dijemput keluarga dan meninggalkan rumah sakit tanpa ijin.

Kendala selama pelaksanaan terapi suportif adalah tempat pelaksanaan terapi suportif di beberapa ruang rawat inap kurang kondusif, terapi dilaksanakan diruang makan karena tidak ada ruangan khusus, dimana kondisi yang ramai sehingga mengganggu konsentrasi. Diharinya berikutnya peneliti mencari tempat lain, dengan sejijin kepala ruang dan bidang keperawatan menggunakan ruang diklat, sehingga klien dapat menerima dan melatih terapi yang diberikan oleh peneliti dengan baik. Pada saat klien melakukan pendokumentasian pada buku kerja klien dibantu oleh peneliti dan fasilitator, ada klien yang tidak mau menulis sehingga dibantu fasilitator didalam penulisan dokumentasi. Kendala lain yang ditemukan adalah pada saat akan dilakukan terapi ada beberapa peserta sedang mengikuti kegiatan lain seperti kegiatan rehabilitasi, mendapat terapi medis atau sedang berinteraksi dengan mahasiswa profesi yang sedang praktek, sehingga pelaksanaan kegiatan tidak tepat waktu.

c. *Post test*

Kegiatan post test dilaksanakan bersamaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah tindakan terapi suportif selesai . *Post test* dilaksanakan untuk mengukur kemampuan afektif, kognitif, psikomotor dan sosial dalam bersosialisasi baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, setelah kelompok intervensi diberikan terapi suportif.

4.9 Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data (Hastono, 2007). Ada empat tahapan dalam pengolahan data agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, yaitu :

a. *Editing*

Dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Peneliti memberi kode pada setiap responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan yang dilakukan, setelah data diedit kemudian diberi kode terutama untuk membedakan kelompok intervensi dan kontrol. Seluruh variabel yang ada diberi kode dan dilakukan pengkategorian data.

c. *Processing*

Setelah semua kuesioner terisi penuh serta sudah melewati pengkodean maka langkah peneliti selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan cara meng-*entry* dari data kuesioner ke paket program computer.

d. *Cleaning*

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

4.9.2 Analisa Data

Analisis data yang dilakukan pada penelitian ini adalah:

a. 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 afektif, psikomotor, kognitif, dan sosial klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi. Untuk data numerik yaitu usia dan lama sakit, dihitung : mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan 95% *confidence interval*. Untuk karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, yang berbentuk data kategorik dengan menghitung prosentase atau proporsi. Untuk kemampuan kognitif, perilaku, afektif, dan sosial 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.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji apakah ada pengaruh dan hubungan yang signifikan antara dua variabel. Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu: 1) melihat pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial, 2) mengetahui perbedaan kemampuan afektif, psikomotor, kognitif, dan sosial klien isolasi sosial sebelum dan sesudah mengikuti terapi suportif pada kelompok responden, 3) mengetahui hubungan antara karakteristik klien terhadap kemampuan dalam bersosialisasi klien isolasi sosial di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang

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, lama sakit. Karakteristik klien usia dan lama sakit dianalisis dengan uji *independent t-test*, sedangkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dianalisis dengan uji *chi-square*. Bila *p-value* lebih besar dari alpha maka kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat disimpulkan setara/ homogen.

Kemampuan bersosialisasi kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan uji analisis *independent t-test* dan uji *dependent t-test*. Perbedaan kemampuan dilihat atas hasil nilai beda/selisih mean, standar deviasi dan nilai signifikansi perbedaan tersebut atas *p-value* < 0,05 pada level 95 % confidence interval.

Untuk mengetahui hubungan karakteristik klien: usia dan lama sakit terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial dilakukan analisis korelasi pearson. Sedangkan hubungan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan dengan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial dilakukan analisis uji *independent t-test*.

Tabel 4.4
Analisis Bivariat Variabel Penelitian

A. Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara analisis
1	Usia (rasio)	Usia (rasio)	<i>Independent sample t-Test</i>
2	Jenis kelamin (data nominal)	Jenis kelamin (data nominal)	<i>Chi Square</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Pendidikan (data ordinal)	<i>Chi Square</i>
4	Pekerjaan (data nominal)	Pekerjaan (data nominal)	<i>Chi Square</i>
5	Status perkawinan (data nominal)	Status perkawinan (data nominal)	<i>Chi Square</i>
6	Lama sakit (rasio)	Lama sakit (rasio)	<i>Independent sample t-Test</i>

B. Perbedaan Kemampuan Bersosialisasi sebelum dan sesudah Intervensi (kelompok intervensi)

No	Karakter Klien Sebelum	Karakter Klien Sesudah	Cara analisis
1	Afektif (data interval)	Afektif (data interval)	<i>Dependent sample t-Test</i>
2	Psikomotor (data interval)	Psikomotor (data interval)	<i>Dependent sample t-Test</i>
3	Kognitif (data interval)	Kognitif (data interval)	<i>Dependent sample t-Test</i>
4	Sosial (data interval)	Sosial (data interval)	<i>Dependent sample t-Test</i>

C. Perbedaan Kemampuan Bersosialisasi sebelum dan sesudah Intervensi (kelompok kontrol)

No	Karakter Klien Sebelum	Karakter Klien Sesudah	Cara analisis
1	Afektif (data interval)	Afektif (data interval)	<i>Dependent sample t-Test</i>
2	Psikomotor (data interval)	Psikomotor (data interval)	<i>Dependent sample t-Test</i>
3	Kognitif (data interval)	Kognitif (data interval)	<i>Dependent sample t-Test</i>
4	Sosial (data interval)	Sosial (data interval)	<i>Dependent sample t-Test</i>

D. Perbedaan Kemampuan Bersosialisasi sebelum Intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara analisis
1	Afektif (data interval)	Afektif (data interval)	<i>Independent sample t-Test</i>
2	Psikomotor (data interval)	Psikomotor (data interval)	<i>Independent sample t-Test</i>
3	Kognitif (data interval)	Kognitif (data interval)	<i>Independent sample t-Test</i>
4	Sosial (data interval)	Sosial (data interval)	<i>Independent sample t-Test</i>

E. Perbedaan Kemampuan Bersosialisasi sesudah Intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara analisis
1	Afektif (data interval)	Afektif (data interval)	<i>Independent sample t-Test</i>
2	Psikomotor (data interval)	Psikomotor (data interval)	<i>Independent sample t-Test</i>
3	Kognitif (data interval)	Kognitif (data interval)	<i>Independent sample t-Test</i>
4	Sosial (data interval)	Sosial (data interval)	<i>Independent sample t-Test</i>

F. Hubungan antara karakteristik (usia, jenis kelamin, lama sakit) klien terhadap kemampuan dalam bersosialisasi klien isolasi sosial

No	Karakteristik klien	Kemampuan bersosialisasi klien	Cara analisis
1	Usia (data rasio)	Kemampuan afektif, psikomotor, Kognitif, sosial klien (data interval)	Korelasi Pearson
2	Jenis kelamin (data nominal)	Kemampuan afektif, psikomotor, Kognitif, sosial klien (data interval)	<i>Independent t-test</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Kemampuan afektif, psikomotor, Kognitif, sosial klien (data interval)	<i>Independent t-test</i>
4	Pekerjaan (data nominal)	Kemampuan afektif, psikomotor, Kognitif, sosial klien (data interval)	<i>Independent t-test</i>
5	Status perkawinan (data nominal)	Kemampuan afektif, psikomotor, Kognitif, sosial klien (data interval)	<i>Independent t-test</i>
6	Lama sakit (data rasio)	Kemampuan afektif, psikomotor, Kognitif, sosial klien (data interval)	Korelasi Pearson

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di ruang rawat inap RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang yang telah dilaksanakan pada tanggal 14 April sampai dengan 9 Mei 2011. Pelaksanaan penelitian dilaksanakan dalam 2 (dua) periode, periode pertama dilaksanakan pada tanggal 14 April sampai 25 April 2011 dan periode kedua pada tanggal 26 April sampai 9 Mei 2011. Penelitian dilakukan di beberapa ruang rawat inap psikiatri, yaitu ruang Arimbi, Brotojoyo, Citro Anggodo, Dewaruci, Endro Tenoyo, Gatotkaca, Hudowo dan Kresna. Responden pada penelitian ini berjumlah 61, terdiri dari 30 responden kelompok intervensi dan 31 responden kelompok kontrol. Kedua kelompok dilakukan pre test dan post test yang hasilnya diperbandingkan.

Hasil penelitian ini berisi tentang karakteristik klien isolasi sosial, kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan kemampuan sosial dalam bersosialisasi.

5.1. Uji kesetaraan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Uji kesetaraan dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol Berdasarkan karakteristik klien isolasi sosial. Karakteristik klien terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit. Hasil analisa menggambarkan analisis distribusi klien isolasi sosial baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah kelompok intervensi diberikan terapi suportif. Uji kesetaraan juga juga dilakukan untuk menentukan apakah antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol telah memenuhi azas homogenitas.

5.1.1 Kesetaraan karakteristik klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum terapi.

Validitas hasil penelitian ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara karakteristik kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Karakteristik klien terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit. Hasil analisa menggambarkan analisis distribusi klien isolasi sosial baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah kelompok intervensi diberikan terapi suportif.

5.1.1.1 Kesetaraan karakteristik usia dan lama sakit klien isolasi sosial pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Karakteristik usia dan lama sakit pada klien isolasi sosial merupakan variabel numerik sehingga analisis yang digunakan adalah analisis deskriptif *eksplora* untuk mencari data mean, median, standar deviasi, minimum, maximum dengan *confident interval* 95%, untuk uji kesetaraan klien isolasi sosial menurut usia dan lama sakit pada kelompok kontrol dan intervensi dianalisa menggunakan uji *independent samples t-test*. Analisis distribusi karakteristik dan hasil uji kesetaraan usia dan lama sakit pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi tampak pada tabel 5.1 berikut ini.

Tabel 5.1
 Analisis kesetaraan usia dan lama sakit klien isolasi sosial pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang tahun 2011 (n = 61)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-Maks.	t	P value Bermakna pada $\alpha < 0,05$
Usia	Intervensi	30	29,800	29,000	10,243	18– 55	-0,102	0,531
	Kontrol	31	29,516	28,000	8,838	18 – 48		
	Total	61	29,639	28,000	9,497	18 – 55		
Lama sakit	Intervensi	30	38,966	12,000	52,619	1 – 192	0,502	0,383
	Kontrol	31	46,774	24,000	68,156	1 – 228		
	Total	61	42,934	18,000	60,633	1 – 228		

Keterangan : usia dalam tahun, lama sakit dalam satuan bulan

Hasil analisa pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata usia klien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol adalah setara dengan nilai p adalah 0,531 ($p > 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata usia klien antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dimana masing-masing memiliki nilai rata-rata usia yang hampir sama.

Kelompok intervensi karakteristik klien rata-rata berusia 29,800 tahun. Pada kelompok kontrol karakteristik klien rata-rata berusia 29,516 tahun. Rata-rata usia yang hampir sama membuktikan bahwa kedua kelompok adalah valid untuk dilakukan penelitian quasi experimental, karena usia kedua kelompok sebanding, sehingga dapat mengurangi bias dalam menyimpulkan pengaruh dari penerapan sebuah terapi.

Rata-rata lama sakit pada kelompok intervensi 38,966 bulan atau 3,247 tahun, pada kelompok kontrol rata-rata lama sakit 46,774

bulan atau 3,897 tahun. Berdasarkan uji statistik diperoleh p value = 0,383 ($p > 0,05$), sehingga tidak ada perbedaan yang signifikan antara lama sakit pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan kata lain rata-rata lama sakit pada kedua kelompok adalah homogen.

5.1.1.2 Kesetaraan karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan merupakan data kategorik sehingga analisa yang digunakan adalah distribusi frekuensi. Pada uji kesetaraan terhadap karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol menggunakan analisis uji *chi square*. Hasil analisa dari uji kesetaraan dan karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan kelompok intervensi dan kelompok kontrol ditampilkan dalam tabel 5.2

Tabel 5.2

Analisis kesetaraan karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status kesehatan klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang 2011 (n=61)

Variabel	Kategori	Kelompok intervensi (n = 30)		Kelompok kontrol (n = 31)		Jumlah (n = 61)		P value bermakna pada $\alpha < 0,05$
		N	%	N	%	N	%	
Jenis kelamin	Laki-laki	16	53,3	20	64,5	36	59	0,530
	Wanita	14	46,7	11	35,5	25	41	
Pendidikan	Rendah	10	33,3	10	32,3	40	65,6	0,100
	Menengah	20	66,7	21	67,7	21	34,4	
Pekerjaan	Bekerja	19	63,3	24	77,4	43	70,5	0,355
	Tidak bekerja	11	36,7	7	22,6	18	29,5	
Status perkawinan	Kawin	8	26,7	12	38,7	20	32,8	0,466
	Tidak kawin	22	73,3	19	61,3	41	67,2	

Berdasarkan hasil uji statistik pada karakteristik klien yang terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan diperoleh nilai p value $>0,05$ sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan proporsi jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dengan kata lain proporsi kedua kelompok tersebut homogen. Masing-masing kelompok memiliki proporsi yang hampir sama. Mayoritas pada kedua kelompok dengan jenis kelamin laki-laki, karakteristik pendidikan dengan proporsi terbesar tingkat pendidikan rendah, dan mayoritas klien bekerja dan proporsi terbesar status perkawinan “tidak kawin” baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol .

5.2 Kesetaraan kemampuan bersosialisasi klien sebelum mendapatkan terapi suportif untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Kemampuan bersosialisasi klien diukur atas 4 (empat) aspek, 1) aspek afektif, 2) aspek psikomotor, 3) aspek koqnitif, dan 4) aspek sosial.

Kesetaraan kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial dalam bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi suportif pada kelompok intervensi dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test* (*Pooled t test*).

Perbedaan kemampuan bersosialisasi klien sebelum mendapatkan terapi suportif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol juga dianalisis menggunakan uji *independent sample t-test* (*pooled sample t-test*). Hasil pengukuran perbedaan kemampuan bersosialisasi klien sebelum mendapatkan terapi suportif antara dua kelompok tersebut dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3

Analisis Kesetaraan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol **sebelum** kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang tahun 2011 (N=61)

Kemampuan bersosialisasi	Sebelum (Pretest)	Mean	SD	SE	t	p value bermakna pada $\alpha < 0,05$
Afektif	Intervensi	21,200	4,420	0,807	1,048	0,299
	Kontrol	22,322	3,936	0,706		
Psikomotor	Intervensi	22,933	4,548	0,830	1,673	0,100
	Kontrol	24,838	4,344	0,780		
Kognitif	Intervensi	25,466	4,710	0,860	1,094	0,279
	Kontrol	26,806	4,854	0,871		
Sosial	Intervensi	43,533	9,084	1,658	0,778	0,439
	Kontrol	45,193	7,525	1,351		

Catatan :, hasil $p > \alpha$ untuk *p Levene test* (A=0,257;P=0,743;K=0,877;S=0,300)

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.3 dapat disimpulkan bahwa kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial dalam kemampuan bersosialisasi baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat terapi suportif adalah homogen atau setara, dimana kedua kelompok tersebut memiliki nilai $pvalue > 0,05$ pada *p levene test*.

Hasil analisis pada tabel 5.3 memperlihatkan rata-rata kemampuan afektif pada kelompok intervensi sebelum kelompok intervensi mendapat terapi suportif adalah 21,200, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata kemampuan afektif adalah 22,323. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p = 0,299$, berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata kemampuan afektif dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat terapi suportif.

Rata-rata kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi adalah 22,93, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata kemampuan psikomotor adalah 24,838. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,100$ berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat terapi suportif.

Rata-rata kemampuan kognitif pada kelompok intervensi adalah 25,466, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata kemampuan kognitif adalah 26,806. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,279$ berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata kemampuan kognitif dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat terapi suportif.

Rata-rata kemampuan sosial pada kelompok intervensi adalah 43,533, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata kemampuan sosial adalah 45,193. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,439$ berarti pada alpha 5% terlihat tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata kemampuan sosial dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat terapi suportif.

5.3 Perbedaan kemampuan bersosialisasi klien sesudah mendapatkan terapi suportif untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Kemampuan bersosialisasi klien diukur atas 4 (empat) aspek, 1) aspek afektif, 2) aspek psikomotorik, 3) aspek kognitif, dan 4) aspek sosial. Perbedaan kemampuan bersosialisasi klien sesudah mendapatkan terapi suportif antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dianalisis menggunakan uji *independent sample t-test (pooled sample t-test)*. Hasil pengukuran perbedaan kemampuan bersosialisasi klien sesudah mendapatkan terapi suportif antara dua kelompok tersebut dapat dilihat pada tabel 5.4

Tabel 5.4

Analisis perbedaan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol **sesudah** kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang tahun 2011 (N=61)

Kemampuan bersosialisasi	Sesudah (Postest)	Mean	SD	SE	t	p value bermakna pada $\alpha < 0,05$
Afektif	Intervensi	25,766	3,339	0,609	-2,825	0,006*
	Kontrol	23,193	3,754	0,674		
Psikomotor	Intervensi	30,133	2,674	0,488	-3,257	0,002*
	Kontrol	27,225	4,120	0,740		
Kognitif	Intervensi	30,666	4,002	0,730	-2,208	0,031*
	Kontrol	28,129	4,910	0,882		
Sosial	Intervensi	54,033	6,378	1,230	-2,941	0,005*
	Kontrol	49,225	6,020	1,081		

Catatan :, hasil $p > \alpha$ untuk *p Levene test* (A=0,566;P=0,092;K=0,547;S=0,553)

Hasil analisis pada tabel 5.4 memperlihatkan rata-rata kemampuan afektif pada kelompok intervensi setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif adalah 25,766, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata kemampuan afektif adalah 23,193. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,006$, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang signifikan kemampuan afektif dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif.

Rata-rata kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif adalah 30.133, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata kemampuan psikomotor adalah 27,225. Hasil uji statistik didapatkan nilai $pvalue=0,002$ berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang signifikan rata-rata kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif.

Rata-rata kemampuan kognitif dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif adalah 30,66, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata kemampuan kognitif adalah 28,129. Hasil uji statistik didapatkan nilai $pvalue=0,031$ berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang signifikan rata-rata kemampuan kognitif dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif.

Rata-rata kemampuan sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif adalah 54,033, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata kemampuan

sosial adalah 49,225. Hasil uji statistik didapatkan nilai p value = 0,005 berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang signifikan rata-rata kemampuan sosial dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif.

5.4 Perbedaan kemampuan bersosialisasi klien kelompok intervensi (sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi).

Kemampuan bersosialisasi klien diukur atas 4 (empat) aspek, 1) aspek afektif, 2) aspek psikomotorik, 3) aspek kognitif, dan 4) aspek sosial. Perbedaan kemampuan bersosialisasi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapatkan terapi dianalisis menggunakan uji *dependent sample t- test (paired sample t-test)*. Hasil pengukuran kemampuan bersosialisasi klien kelompok intervensi sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi dapat dilihat pada tabel 5.5

Tabel 5.5

Analisis perbedaan kemampuan bersosialisasi klien kelompok intervensi **sebelum** dan **sesudah** mendapatkan terapi suportif di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang tahun 2011 (N=30)

Kemampuan bersosialisasi	Kelompok Intervensi	Mean	SD	SE	t	<i>p</i> value bermakna pada $\alpha < 0,05$
Afektif	Sebelum	21,200	4,421	0,807	-5,635	0,000*
	Sesudah	25,766	3,339	0,609		
Psikomotor	Sebelum	22,933	4,548	0,830	-7,710	0,000*
	Sesudah	30,133	2,674	0,488		
Kognitif	Sebelum	25,467	4,710	0,860	-6,300	0,000*
	Sesudah	30,666	4,002	0,730		
Sosial	Sebelum	43,533	9,085	1,658	-7,297	0,000*
	Sesudah	54,033	6,378	1,230		

Hasil uji statistik pada tabel 5.5 pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan afektif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi setelah mendapatkan terapi suportif meningkat secara

bermakna dengan p value < 0,05. Peningkatan ini terlihat pada perbedaan nilai rata-rata kemampuan afektif sebelum mendapat terapi suportif yaitu 21,20, setelah mendapat terapi suportif menjadi 25,766. Nilai ini menunjukkan bahwa kemampuan psikomotor klien isolasi sosial setelah mengikuti terapi suportif ada peningkatan sebesar 4,57. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan afektif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi setelah mendapatkan terapi suportif dengan rentang baik walaupun belum optimal .

Pada kemampuan psikomotor kelompok intervensi menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi setelah mendapat terapi suportif meningkat secara bermakna dengan p value < 0,05. Peningkatan ini terlihat pada perbedaan nilai rata-rata kemampuan psikomotor sebelum mendapat terapi suportif adalah 22,93, setelah mendapat terapi menjadi 30,13. Nilai ini menunjukkan bahwa kemampuan psikomotor klien isolasi sosial setelah mengikuti terapi suportif ada peningkatan sebesar 7,20. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi setelah mendapatkan terapi suportif.

Pada kemampuan kognitif kelompok intervensi menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan kognitif dalam bersosialisasi setelah mendapat terapi suportif meningkat secara bermakna dengan p value < 0,05. Peningkatan ini terlihat pada perbedaan nilai rata-rata kemampuan kognitif sebelum mendapat terapi suportif adalah 25,47, setelah mendapat terapi menjadi 30,66. Nilai ini menunjukkan bahwa kemampuan kognitif klien isolasi sosial setelah mengikuti terapi suportif mengalami peningkatan sebesar 5,19. Dengan demikian dapat

disimpulkan bahwa pada alpha 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi setelah mendapatkan terapi suportif .

Pada kemampuan sosial kelompok intervensi menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan sosial dalam bersosialisasi setelah mendapat terapi suportif meningkat secara bermakna dengan $pvalue < 0,05$. Peningkatan ini terlihat pada perbedaan nilai rata-rata kemampuan sosial sebelum mendapat terapi suportif adalah 43,53, setelah mendapat terapi menjadi 54,03. Nilai ini menunjukkan bahwa kemampuan sosial klien isolasi sosial setelah mengikuti terapi suportif mengalami peningkatan sebesar 10,50.. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan sosial klien isolasi sosial dalam bersosialisasi setelah mendapatkan terapi suportif.

5.5 Perbedaan kemampuan bersosialisasi klien kelompok kontrol (sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi).

Perbedaan kemampuan bersosialisasi pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah mendapatkan terapi dianalisis menggunakan uji *dependent sample t- test (paired sample t-test)*. Hasil pengukuran kemampuan bersosialisasi klien kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel 5.6

Analisis perbedaan kemampuan bersosialisasi klien kelompok kontrol
sebelum dan **sesudah** mendapatkan terapi suportif
 di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang tahun 2011
 (N=31)

Kemampuan bersosialisasi	Kelompok Kontrol	Mean	SD	SE	T	p value bermakna pada $\alpha < 0,05$
Afektif	Sebelum	22,323	3,936	0,707	-1.389	0,175
	Sesudah	23,193	3,754	0,674		
Psikomotor	Sebelum	24,839	4,344	0,780	-2,818	0,008*
	Sesudah	27,226	4,121	0,740		
Kognitif	Sebelum	26,806	4,854	0,872	-1,480	0,149
	Sesudah	28,129	4,911	0,882		
Sosial	Sebelum	45,193	7,525	1,351	-2,863	0,008*
	Sesudah	49,226	6,020	1,801		

Hasil uji statistik pada tabel 5.6 pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan afektif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif meningkat 2,72% tetapi kurang bermakna karena $Pvalue > 0,05$. Peningkatan ini terlihat pada perbedaan nilai rata-rata kemampuan afektif sebelum mendapat terapi suportif yaitu 22,323, setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif menjadi 23,193. Nilai ini menunjukkan kemampuan afektif pada kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapat terapi suportif mengalami sedikit peningkatan sebesar 0,87. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% ada peningkatan namun tidak bermakna.

Pada kemampuan psikomotor kelompok kontrol menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif meningkat secara bermakna dengan $p\ value < 0,05$. Peningkatan ini terlihat pada perbedaan nilai rata-rata kemampuan psikomotor sebelum kelompok intervensi mendapat terapi

suportif adalah 24,838, setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif kemampuan psikomotor kelompok kontrol menjadi 27,225. Nilai ini menunjukkan bahwa kemampuan psikomotor klien isolasi sosial pada kelompok kontrol ada peningkatan sebesar 2,387. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan psikomotor klien isolasi sosial kelompok kontrol dalam bersosialisasi.

Pada kemampuan kognitif kelompok kontrol menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan kognitif dalam bersosialisasi setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif meningkat 3,31%, tetapi kurang bermakna karena $p \text{ value} > 0,05$. Peningkatan ini terlihat pada perbedaan nilai rata-rata kemampuan kognitif sebelum kelompok intervensi mendapat terapi suportif adalah 26,806, setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif, kemampuan kognitif pada kelompok kontrol menjadi 28,129. Nilai ini menunjukkan bahwa kemampuan kognitif klien isolasi sosial pada kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mengikuti terapi suportif ada peningkatan sebesar 1,323. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% kemampuan kognitif kelompok kontrol mengalami peningkatan namun tidak bermakna.

Pada kemampuan sosial kelompok kontrol menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan sosial dalam bersosialisasi setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif meningkat sebesar 5,93% secara bermakna dengan $p \text{ value} < 0,05$. Peningkatan ini terlihat pada perbedaan nilai rata-rata kemampuan sosial kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat terapi suportif adalah 45,193, setelah kelompok intervensi mendapat terapi menjadi 49,225. Nilai ini menunjukkan bahwa kemampuan sosial klien isolasi sosial kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif ada peningkatan sebesar

4,032. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pada alpha 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan sosial klien isolasi sosial dalam bersosialisasi setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif .

5.6 Hubungan karakteristik klien terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif.

5.6.1 Hubungan karakteristik klien: usia dan lama sakit terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi social pada kelompok intervensi sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif

Hubungan karakteristik klien: usia dan lama sakit terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif dianalisa dengan menggunakan analisa korelasi. Kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial terdiri atas aspek afektif, aspek psikomotor, aspek kognitif dan aspek sosial. Hasil perhitungan statistik dengan korelasi pearson ditampilkan pada tabel 5.7

Tabel 5.7

Analisis hubungan usia dan lama sakit terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di RSJD Dr.Amino Gondohutomo Semarang tahun 2011 (N=61)

Karakter klien	Kemampuan bersosialisasi	r	p value bermakna pada $\alpha < 0,05$
Usia	Afektif	0,118	0,367
	Psikomotor	0,064	0,622
	Kognitif	0,153	0,238
	Sosial	0,164	0,207
Lama sakit	Afektif	-0,057	0,664
	Psikomotor	-0,301	0,018*
	Kognitif	-0,044	0,735
	Sosial	-0,148	0,256

Berdasarkan table 5.7 didapatkan hubungan antara usia dan kemampuan afektif setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif menunjukkan lemah dan berpola positif, artinya semakin bertambah usia klien, kemampuan afektif dalam bersosialisasi semakin tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p > 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kemampuan afektif dalam bersosialisasi.

Hasil uji statistik diperoleh data hubungan antara usia dan kemampuan psikomotor menunjukkan hubungan lemah dengan pola positif artinya semakin bertambah usia klien, kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi semakin tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p > 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi.

Hasil uji statistik diperoleh data hubungan antara usia dan kemampuan kognitif menunjukkan hubungan lemah dengan pola positif artinya semakin bertambah usia klien, kemampuan kognitif dalam bersosialisasi semakin tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p > 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kemampuan kognitif dalam bersosialisasi.

Hasil uji statistik diperoleh data hubungan antara usia dan kemampuan sosial menunjukkan hubungan lemah dengan pola positif artinya semakin bertambah usia klien, kemampuan sosial dalam bersosialisasi semakin tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p > 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kemampuan sosial dalam bersosialisasi.

Tabel 5.7 juga menunjukkan hubungan antara lama sakit dan kemampuan afektif dalam bersosialisasi klien isolasi sosial setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif menunjukkan hubungan lemah dan berpola negatif, artinya semakin lama klien dirawat, kemampuan afektif dalam bersosialisasi semakin rendah. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p > 0,05$, dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara lama sakit dengan kemampuan afektif dalam bersosialisasi.

Hasil uji statistik diperoleh data hubungan antara lama sakit dan kemampuan psikomotor menunjukkan hubungan sedang dengan pola negatif artinya semakin lama klien dirawat, kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi semakin rendah. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p < 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara usia dengan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi.

Hasil uji statistik diperoleh data hubungan antara lama sakit dan kemampuan kognitif menunjukkan hubungan lemah dengan pola negatif artinya semakin lama klien dirawat, kemampuan kognitif dalam bersosialisasi semakin rendah. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p > 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara lama sakit dengan kemampuan kognitif dalam bersosialisasi.

Hasil uji statistik diperoleh data hubungan antara lama sakit dan kemampuan sosial menunjukkan hubungan lemah dengan pola negatif artinya semakin lama klien dirawat, kemampuan sosial dalam bersosialisasi semakin rendah. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p > 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara lama sakit dengan kemampuan sosial dalam bersosialisasi.

Berdasarkan hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa variabel sakit bukan merupakan variabel perancu terhadap kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial dalam bersosialisasi pada klien isolasi sosial. Sedangkan variabel lama sakit merupakan variabel perancu terhadap kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi pada klien isolasi sosial.

5.6.2 Hubungan karakteristik klien: jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif.

Hubungan karakteristik klien jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dengan kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan social dalam bersosialisasi klien isolasi social dianalisis dengan uji *t-test independent*. Distribusi hasil dapat dilihat pada tabel 5.8.

Table 5.8

Analisis hubungan karakteristik klien: jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif.
(n=61)

Karakteristik	Kemampuan bersosialisasi	P Value
Jenis Kelamin	Afektif	0,703
	Psikomotor	0,395
	Kognitif	0,132
	Sosial	0,028*
Pendidikan	Afektif	0,474
	Psikomotor	0,135
	Kognitif	0,635
	Sosial	0,139
Pekerjaan	Afektif	0,579
	Psikomotor	0,484
	Kognitif	0,680
	Sosial	0,777
Status perkawinan	Afektif	0,922
	Psikomotor	0,864
	Kognitif	0,235
	Sosial	0,076

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kemampuan sosial dalam bersosialisasi klien isolasi sosial dengan $p = 0,028$ ($p > 0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa jenis kelamin merupakan variabel perancu yang mempengaruhi kemampuan sosial klien dalam bersosialisasi. Berbeda dengan komponen kemampuan yang lain, dimana tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kemampuan afektif, psikomotor dan kognitif dalam bersosialisasi. Dengan kata lain variabel jenis kelamin bukan sebagai variabel perancu yang mempengaruhi kemampuan afektif, psikomotor dan kognitif dalam bersosialisasi.

Tabel 5.8 juga menjelaskan bahwa variabel pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan ditemukan tidak ada perbedaan yang bermakna dengan kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial dalam bersosialisasi klien isolasi sosial dengan $p > 0,05$. Hasil ini menunjukkan bahwa variabel pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan bukan merupakan variabel perancu yang mempengaruhi kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial klien dalam bersosialisasi.



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang pembahasan interpretasi hasil penelitian dan keterbatasan yang ditemukan selama proses penelitian berlangsung serta pembahasan terkait dengan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan, penelitian dan pendidikan.

6.1 Interpretasi hasil penelitian

6.1.1 Perbedaan kemampuan afektif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.

Kemampuan afektif klien isolasi sosial setelah mendapat terapi suportif mengalami peningkatan secara bermakna (p value < 0,05) pada kelompok yang mendapatkan terapi suportif (kelompok intervensi), sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi suportif (kelompok kontrol) tidak mengalami peningkatan secara bermakna. Pada kelompok intervensi terdapat peningkatan kemampuan afektif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi yang lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol. Analisis perbedaan kemampuan afektif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebesar 8,04%. Bila dilihat efektifitas terapi suportif terhadap kemampuan afektif dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapat terapi suportif sebesar 19,03%.

Aspek afektif merupakan salah satu bagian dari kemampuan bersosialisasi selain aspek kognitif, aspek psikomotor dan aspek sosial. Respon afektif menunjukkan respon perasaan. Respon afektif dipengaruhi oleh kegagalan individu dalam menyelesaikan tugas perkembangan di masa lalu terutama terkait dengan pengalaman berinteraksi dengan orang lain. Aspek afektif mempengaruhi dampak suatu kejadian yang penuh dengan stress, memilih koping yang akan digunakan, dan reaksi emosi, fisiologi, perilaku, dan sosial

seseorang (Stuart & Laraia, 2005). Isolasi sosial yang digunakan klien merupakan koping yang sering dipakai oleh klien untuk menghindar dari orang lain agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang kembali. Menurut Townsend (2009); NANDA (2007); Keliat (2005) secara afektif klien dengan isolasi sosial merasa bosan dan lambat dalam menghabiskan waktu, sedih, afek tumpul, dan kurang motivasi, malas beraktivitas, tidak puas dengan kondisi, malu saat bercakap-cakap dengan orang lain, takut menatap orang lain.

Terapi suportif ini bertujuan memberikan suport bagi klien sehingga klien mampu mengekspresikan perasaannya dan mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif dengan anggota kelompok.

Didalam penelitian ini rata-rata kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi terhadap kemampuan aspek afektif mengalami peningkatan secara bermakna dengan selisih sebelum dan sesudah mendapatkan terapi sebesar 14,27% dengan p value < 0,05, sedangkan pada kelompok kontrol aspek afektif mengalami peningkatan tidak bermakna dengan selisih sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapat terapi suportif sebesar 2,72%.

Peningkatan kemampuan afektif yang bermakna pada kelompok intervensi terjadi karena pada kegiatan terapi suportif pada sesi pertama meliputi melatih klien cara-cara melakukan komunikasi dengan orang lain, mengungkapkan perasaan yang dapat menghambat di dalam berhubungan dengan orang lain., klien diberikan informasi tentang hubungan perasaan yang dialami dengan perilaku isolasi sosial dan latihan cara untuk mengatasi perasaan yang muncul yang menghambat saat berhubungan dengan orang lain serta berbagi pengalaman bersama anggota kelompok. Hal ini sesuai dengan pernyataan

Danner dkk, 2001; Lazarus, 1991; Seligman, 2000, dalam Stuart & Laraia, 2005 bahwa pengetahuan yang baik, optimis, dan sikap positif dalam menilai peristiwa kehidupan yang dialami diyakini dapat menimbulkan perasaan sejahtera dan memperpanjang usia.

Dengan pendekatan secara berkelompok memungkinkan klien saling mendukung, belajar menjalin hubungan interpersonal, merasakan kebersamaan dan dapat memberikan masukan terhadap pengalaman masing-masing klien. Sesuai dengan teori gangguan afektif difokuskan kepada pengalaman hidup dan bagaimana individu memilih untuk meresponnya (Videbeck, 2008). Dengan berbagi pengalaman dengan kelompok dan pemberian informasi tentang perasaan –perasaan yang positif dalam berhubungan dengan orang lain, maka klien dapat belajar dan tumbuh dari pengalaman hidup yang negatif dan positif. Hal ini sesuai dengan Knisely dan Northouse (1994) yang menyatakan bahwa kemampuan membentuk dan menjaga hubungan, mengekspresikan perasaan dan meminta bantuan akan menjadi pertimbangan utama untuk memperoleh dukungan sosial. Dari ketiga pendapat Knisely dan Northouse (1994), Stuart & Laraia, (2005), (Videbeck, 2008) dapat disimpulkan bahwa mengekspresikan perasaan dan memiliki perasaan yang positif dan sejahtera terhadap hubungan dengan orang lain akan meningkatkan kemampuan bersosialisasi dengan orang lain.

6.1.2 Perbedaan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.

Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sesudah dilakukan terapi suportif meningkat secara bermakna ($p\text{-value} < 0,05$) pada kelompok yang mendapatkan terapi suportif (kelompok intervensi), demikian pula pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi suportif (kelompok kontrol) mengalami peningkatan yang bermakna. Pada kelompok intervensi terdapat peningkatan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam

bersosialisasi yang lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol (p -value < 0,05). Analisis perbedaan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebesar 8.07%. Bila dilihat efektifitas terapi suportif terhadap kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapat terapi suportif sebesar 26.67%.

Respon perilaku merefleksikan respon emosi dan fisiologis sebagai hasil analisis kognitif dan afektif dalam menghadapi suatu situasi yang penuh stress. Stuart & Laraia, 2005 mengemukakan empat fase respon perilaku individu terhadap suatu stressor, yaitu pada fase pertama, perilaku berubah karena stresor dari lingkungan dan individu lari dari masalah, fase kedua, perilaku yang membuat seseorang merubah pengaruh dari luar, fase ketiga, perilaku untuk bertahan atau melawan perasaan dan emosi yang tidak nyaman serta 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. Perilaku menarik diri yang ditunjukkan oleh klien isolasi sosial ini merupakan hasil analisis kognitif klien dalam menghadapi suatu situasi yang penuh stress.

Pada penelitian ini aspek psikomotor yang ditunjukkan oleh klien isolasi sosial adalah perilaku menarik diri, malas berbicara dengan orang lain, tidak menatap muka lawan bicara, malas melakukan kegiatan sehari-hari, Perilaku yang ditunjukkan klien isolasi sosial sesuai dengan pendapat Townsend (2009); NANDA (2007); Keliat (2005) yang menyatakan perilaku yang ditunjukkan klien isolasi sosial meliputi menarik diri, menjauh dari orang lain, tidak atau jarang melakukan komunikasi, tidak ada kontak mata, kehilangan gerak dan minat, malas melakukan kegiatan sehari-hari, berdiam diri di kamar, menolak hubungan dengan orang lain, dan sikap bermusuhan. Perilaku klien seperti

yang diuraikan di atas merupakan perilaku negatif sehingga perlu upaya untuk mengubahnya menjadi perilaku positif.

Pada penelitian ini rata-rata kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi terhadap kemampuan aspek psikomotor mengalami peningkatan secara bermakna dengan selisih pre dan post sebesar 20% dengan p value < 0,05, sedangkan pada kelompok kontrol aspek psikomotor mengalami peningkatan yang bermakna dengan selisih sebelum dan sesudah dilakukan terapi suportif sebesar 6,63%.

Peningkatan kemampuan psikomotor pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi karena kedua kelompok tersebut tetap mendapat terapi keperawatan generalis, terapi medis dan terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS). Hal ini menunjukkan bahwa terapi yang diberikan kepada klien saling melengkapi untuk terjadinya peningkatan kemampuan bersosialisasi, Penelitian Keliat, dkk (1999) tentang pengaruh terapi aktivitas kelompok terhadap kemampuan komunikasi verbal dan non verbal pada klien menarik diri di RS Dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor dan RSJP Jakarta menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan komunikasi pada kelompok intervensi.

Didalam teori diungkapkan bahwa TAKS bertujuan klien dapat meningkatkan hubungan sosial secara bertahap (Keliat & Akemat, 2005). Kelompok merupakan kumpulan individu yang memiliki hubungan satu dengan yang lain, saling bergantung dan mempunyai norma yang sama (Stuart & Laraia, 2005). Menurut Keliat dan Akemat (2005) tujuan kelompok adalah membantu anggotanya berhubungan dengan orang lain serta mengubah perilaku yang destruktif dan maladaptif. Anggota kelompok merasa dimiliki, diakui, dan dihargai eksistensinya oleh anggota kelompok yang lain. Melalui aktivitas dalam kelompok klien isolasi sosial dapat saling membantu, memberikan masukan kepada anggota yang lain sehingga klien merasa dirinya berguna,

merasa dihargai dan diakui keberadaannya. Sehingga dengan adanya latihan bersosialisasi secara kelompok terjadi peningkatan yang bermakna terhadap kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi.

Peningkatan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi pada klien isolasi sosial terjadi karena pada terapi suportif klien dilatih mengekspresikan perasaan dan latihan perilaku baru dalam berhubungan dengan orang lain. Latihan keterampilan komunikasi kepada klien sebagai bekal untuk dapat melakukan komunikasi di dalam berhubungan dengan orang lain. Swanson, dkk (2008) juga menyatakan tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial bertujuan meningkatkan ketrampilan interaksi sosial, partisipasi/terlibat dalam kegiatan sosial, mengurangi rasa kesendirian, dan menciptakan iklim sosial dalam keluarga. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Surya (2004) didalam teori belajar *behavioristik* yang menjelaskan bahwa perilaku terbentuk melalui perkaitan antara stimulus dan respon, dimana perubahan perilaku lebih banyak dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Klien isolasi sosial perlu diberikan latihan keterampilan komunikasi karena klien isolasi sosial mengalami penyimpangan perilaku berupa kegagalan individu untuk menjalin interaksi dengan orang lain akibat distorsi kognitif. Keterampilan komunikasi yang dimiliki klien dapat menjadi sumber coping dalam menghadapi masalah klien. Hal ini sesuai dengan penelitian Renidayati (2008) yang melakukan penelitian tentang pengaruh *social skills training* (SST) pada klien isolasi sosial di RSJHB Sa'anin Padang Sumatera Barat dengan hasil penelitian terdapat peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku pada kelompok yang mengikuti SST dibandingkan dengan yang tidak mengikuti SST. Demikian pula hasil penelitian Jumaini (2010) tentang pengaruh *cognitive behaviour social skills training* (CBSST) terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS Dr H. Marzoeki Mahdi Bogor dengan hasil penelitian menunjukkan kemampuan kognitif dan psikomotor klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, lingkungan dan bersosialisasi pada kelompok

intervensi sesudah diberikan terapi CBSST meningkat secara bermakna dan termasuk dalam rentang baik.

Dari penelitian Renidayati (2008), Jumaini (2010) dan pendapat Surya (2004) jelas bahwa latihan keterampilan sosial sangat efektif untuk dapat meningkatkan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi, hal ini juga dibuktikan dengan penelitian ini terapi suportif mampu meningkatkan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi secara bermakna, karena pada terapi suportif sesi satu dalam penelitian ini disamping klien dilatih mengekspresikan perasaannya klien juga dilatih ketrampilan komunikasi, berupa komunikasi dasar (komunikasi verbal dan non verbal). Latihan keterampilan komunikasi diberikan agar klien memiliki kemampuan baru yaitu berkomunikasi sebagai pengganti perilaku klien yang negatif yaitu menarik diri (isolasi sosial). Pada sesi kedua klien juga dilatih untuk mengenal sumber pendukung yang kuat di dalam keluarga, bila klien mengalami suatu masalah ataupun kesulitan dapat mencari dan menyampaikan permasalahannya kepada keluarga.

Hal senada diungkapkan oleh Klingberg (2010) dalam penelitiannya mengungkapkan terapi suportif digunakan sebagai pendukung agar klien dapat mencari dukungan emosional, perhatian keluarga, pendengar yang empati yang terkait dengan keberhasilan hubungan interpersonal yang terapeutik.

Pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi dan secara statistik juga bermakna. Perbedaan selisih peningkatan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol. Selisih peningkatan kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi adalah 7,20 (20%), sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 2,38 (6,63%) . Hal ini menunjukkan bahwa terapi suportif benar-benar

dapat meningkatkan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi karena walaupun pada kedua kelompok intervensi dan kontrol terjadi peningkatan, namun peningkatan pada kelompok intervensi lebih tinggi.

Pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi suportif kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi tidak dilatih secara spesifik sehingga proses pembelajaran tidak terjadi sebagaimana yang terjadi pada kelompok intervensi. Hal ini juga didasarkan pada keyakinan sebagaimana yang diungkapkan Stuart dan Laraia (2005) bahwa keterampilan dapat dipelajari oleh orang yang tidak memilikinya. Peningkatan psikomotor dalam bersosialisasi pada kelompok kontrol juga menunjukkan bahwa tindakan yang diberikan rumah sakit berupa tindakan keperawatan generalis, terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS), dan terapi medik saling melengkapi untuk terjadinya peningkatan kemampuan psikomotor klien isolasi social dalam bersosialisasi.

6.1.3 Perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.

Kemampuan kognitif klien isolasi sosial setelah mendapat terapi suportif mengalami peningkatan secara bermakna (p -value < 0,05) pada kelompok yang mendapatkan terapi suportif (kelompok intervensi), sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi suportif (kelompok kontrol) tidak mengalami peningkatan secara bermakna. Pada kelompok intervensi terdapat peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi yang lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol dengan p -value < 0,05. Analisis perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebesar 6,35%. Bila dilihat efektifitas terapi suportif terhadap kemampuan kognitif dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapat terapi suportif sebesar 17,33%.

Respon kognitif memegang peran sentral dalam proses adaptasi, dimana faktor kognitif mempengaruhi dampak suatu kejadian yang penuh dengan stress, memilih koping yang akan digunakan, dan reaksi emosi, fisiologi, perilaku, dan sosial seseorang (Stuart & Laraia, 2005). Penilaian secara kognitif merupakan mediator fisiologis antara individu dengan lingkungannya terhadap suatu stressor. Pada klien isolasi sosial, jika mereka berpikir bahwa suatu situasi merupakan ancaman dan menimbulkan stress maka dirinya akan berperilaku/bertindak menghindar atau menarik diri dari situasi tersebut.

Klien isolasi sosial dalam penelitian ini memiliki pengalaman tidak menyenangkan ketika berhubungan dengan orang lain, seperti merasa putus asa, kegagalan membina hubungan, penolakan, merasa bodoh, tidak percaya diri, merasa orang lain tidak mendengarkan klien, merasa tidak mampu untuk berbicara dengan baik. Klien merasa takut untuk mendapatkan pengalaman yang tidak menyenangkan lagi jika melakukan hubungan dengan orang lain sehingga klien merasa lebih nyaman dengan mengisolasi diri. Kenyataan yang ada pada klien ini sesuai dengan yang diuraikan Townsend (2009); NANDA (2007); Keliat (2005) bahwa pada klien isolasi sosial penilaian terhadap stresor secara kognitif berupa merasa kesepian, merasa ditolak orang lain/lingkungan, merasa tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak berguna, merasa putus asa dan tidak memiliki tujuan hidup, merasa tidak aman berada diantara orang lain, serta tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan.

Kemampuan kognitif klien dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi mengalami peningkatan secara bermakna setelah diberikan terapi suportif, sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan tetapi tidak bermakna. Hal ini tampak dari adanya peningkatan skor kemampuan kognitif pada kelompok intervensi antara *pre-test* dan *post-test*, yaitu dari 25,46 (63,66%) menjadi 30,66 (76,65%) dan selisih 5,119 (13%).

Pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan kemampuan kognitif, yaitu dari 26,806 (67,01%) pada *pre-test* menjadi 28,129% (70,32%) pada *post-test*). Namun secara statistik peningkatan ini tidak bermakna

Peningkatan kemampuan kognitif yang bermakna pada kelompok intervensi terjadi karena pada kegiatan terapi suportif klien diberikan penjelasan tentang hubungan pikiran dan perilaku terhadap kemampuan klien dalam berhubungan dengan orang lain. Peningkatan kemampuan kognitif pada klien ini sesuai dengan pernyataan WHO dalam Notoatmodjo (2010) bahwa kognitif/pengetahuan diperoleh melalui proses pembelajaran, budaya, pendidikan, dan pengalaman hidup lainnya karena aspek kognitif terkait dengan pemahaman seseorang terhadap suatu hal. Melalui terapi suportif klien isolasi sosial juga dilatih untuk berbagi pengalaman dengan teman satu kelompok, dimana mereka dapat belajar cara berkomunikasi menyampaikan pendapat, membuat sebuah keputusan, mencari sistem pendukung yang dapat membantu mengatasi masalah klien. Kemampuan kognitif pada klien isolasi sosial dapat terus meningkat apabila diberikan informasi dan latihan terus menerus secara berkesinambungan baik di rumah sakit maupun di dalam keluarga dan lingkungan sekitar.

Perbedaan selisih peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p\text{-value} < 0,05$). Pada kelompok intervensi terjadi peningkatan 13% dan dengan peningkatan ini menunjukkan bahwa kemampuan kognitif kelompok intervensi sudah termasuk pada rentang baik, yaitu 78,61%. Sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan 1,323 (3,31%). Hal ini menunjukkan bahwa terapi suportif benar-benar dapat meningkatkan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam bersosialisasi karena walaupun pada kedua kelompok intervensi dan kontrol terjadi

peningkatan, namun peningkatan pada kelompok intervensi lebih tinggi dan secara statistik bermakna.

Meningkatnya kemampuan kognitif klien isolasi sosial kelompok intervensi pada penelitian ini juga terlihat dari ungkapan klien bahwa klien merasa lebih percaya diri, merasa tidak sendiri, dan mengungkapkan aspek positif yang ada pada dirinya. Penilaian ini diungkapkan klien serta terlihat dari observasi sekilas peneliti dan perawat dimana klien memiliki kemampuan berhubungan sosial yang lebih baik. Peningkatan kemampuan kognitif klien dalam bersosialisasi juga merupakan dampak dari tindakan generalis yang dilakukan perawat ruangan dan terapi medik yang saling melengkapi.

6.1.4 Perbedaan kemampuan sosial klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.

Kemampuan sosial klien isolasi sosial setelah mendapat terapi suportif mengalami peningkatan secara bermakna (p -value $<0,05$) pada kelompok yang mendapatkan terapi suportif (kelompok intervensi), sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi suportif (kelompok kontrol) juga mengalami peningkatan secara bermakna. Pada kelompok intervensi terdapat peningkatan kemampuan sosial klien isolasi sosial dalam bersosialisasi yang lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol dengan p -value $<0,05$. Analisis perbedaan kemampuan sosial klien isolasi sosial dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebesar 7,07%. Bila dilihat efektifitas terapi suportif terhadap kemampuan sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapat terapi suportif sebesar 20,59%.

Peningkatan kemampuan sosial klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sesudah dilakukan terapi suportif pada kelompok intervensi meningkat secara bermakna, sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan yang juga

bermakna. Hal ini tampak dari adanya peningkatan skor kemampuan sosial pada kelompok intervensi antara sebelum dan sesudah diberikan terapi suportif, dimana pada saat sebelum diberikan terapi suportif kemampuan sosial 43,533 (64,02%) dan sesudah diberikan terapi suportif menjadi 54,033 (79,46%).

Pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan kemampuan sosial, yaitu dari 45,193 (66,46%) pada saat sebelum kelompok intervensi mendapat terapi suportif dan setelah mendapat terapi suportif menjadi 49,226 (72,39%) dan selisih peningkatan sebesar 4,033 (5,91%). Secara statistik peningkatan ini bermakna.

Perbedaan selisih peningkatan kemampuan sosial klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ($p\text{-value}<0,05$). Pada kelompok intervensi terjadi peningkatan 15,44%. Sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan 5,91%. Hal ini menunjukkan bahwa terapi suportif benar-benar dapat meningkatkan kemampuan sosial klien isolasi sosial dalam bersosialisasi karena walaupun pada kedua kelompok intervensi dan kontrol terjadi peningkatan, namun peningkatan pada kelompok intervensi lebih tinggi dan secara statistik bermakna.

Meningkatnya kemampuan sosial klien isolasi sosial kelompok intervensi pada penelitian ini juga terlihat dari ungkapan klien bahwa klien akan bercerita kepada keluarga atau teman saat ada masalah, merasa aman saat berhubungan dengan orang lain. Penilaian ini diungkapkan klien serta terlihat dari observasi peneliti dan perawat dimana klien memiliki kemampuan berhubungan sosial yang lebih baik. Peningkatan kemampuan sosial klien dalam bersosialisasi juga merupakan dampak dari tindakan generalis yang dilakukan perawat ruangan dan terapi medik yang saling melengkapi.

Tolsdorf (1976) dalam Knisely (1994) menemukan pasien gangguan jiwa cenderung memiliki jaringan sosial support yang kecil, kurangnya hubungan sosial khususnya hubungan keluarga sangat terkait dengan munculnya gejala neurotik. Pelaksanaan terapi suportif sesi satu melatih komunikasi sosial, sesi dua dan tiga mengidentifikasi suport sistem yang dimiliki dan hambatan dalam menggunakan suport sistem serta melatih klien untuk mengenal dan menggunakan suport sistem baik didalam keluarga maupun di luar keluarga. Klien dilatih komunikasi dalam hubungan sosial seperti meminta dan memberi pertolongan, mengucapkan pujian dan ucapan terima kasih bila mendapatkan sesuatu baik dilingkungan keluarga maupun lingkungan sosial disekitarnya. Latihan keterampilan sosial ini terbukti mampu meningkatkan kemampuan sosial klien dalam bersosialisasi. Hal ini sesuai dengan Landeen (2001, dalam Knisely, 2004) yang mengemukakan tujuan keterampilan sosial adalah meningkatkan kemampuan sosial, meningkatkan keterampilan interpersonal dengan melatih keterampilan klien yang selalu digunakan dalam hubungan dengan orang lain dan lingkungan. Sama dengan pelatihan yang diterapkan Liberman dkk, 1998, dalam Seo Ji-Min dkk, 2007 yang mengatakan pelatihan ini telah terbukti efektif dalam meningkatkan kemampuan adaptasi sosial, mengurangi gejala kejiwaan dan sehingga mengurangi tingkat kekambuhan, selain untuk meningkatkan harga diri.

Dari penelitian/hal yang diutarakan oleh Knisely (2004) dan Seo Ji-Min (2007) jelas bahwa latihan keterampilan sosial efektif untuk meningkatkan kemampuan sosial dalam bersosialisasi, sehingga latihan keterampilan sosial ini perlu dilakukan lebih mendalam untuk menguatkan kemampuan sosialnya, sesuai dengan pendapat Surya (2004) yang menyatakan bahwa rangsangan dan perilaku akan semakin kuat apabila sering dilatih.

Terapi Suportif kelompok merupakan kelompok masyarakat kecil, 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, klien merasakan adanya persamaan yaitu klien sadar bahwa ada orang lain yang mengalami masalah serupa dengan dirinya sehingga meningkatkan pembukaan diri dan memotivasi untuk berubah. Pendekatan kelompok yang digunakan dalam penelitian ini memfasilitasi klien untuk dapat langsung mencobakan keterampilan baru yang dipelajari kepada klien lain dalam kelompok, sehingga klien dapat belajar meningkatkan kemampuan sosialnya dalam berhubungan dengan orang lain. Hal ini seperti yang diungkapkan Surya (2004) dalam teori pembelajaran sosial kognitif menjelaskan bahwa pembelajaran terjadi karena adanya pengaruh lingkungan sosial, dimana individu akan mengamati perilaku lingkungannya sebagai model yang kemudian ditiru sehingga menjadi perilaku yang dimilikinya. Klingberg (2010) menyimpulkan dalam penelitiannya bahwa terapi suportif merupakan suatu mediasi melalui hubungan terapeutik dan memberikan kontribusi untuk mengurangi stres.

6.1.5 Hubungan karakteristik klien terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial

6.1.5.1 Hubungan usia dengan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial.

Hasil penelitian ini menunjukkan hubungan antara usia dan kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial dalam bersosialisasi klien isolasi sosial setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif menunjukkan lemah dan berpola positif, artinya semakin bertambah usia klien, kemampuan bersosialisasi semakin tinggi. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa $p > 0,05$, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial dalam bersosialisasi.

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme coping. Berbeda dengan penelitian Knisely (1994), yang menemukan adanya hubungan timbal balik antara usia dengan tingkat stres psikologis yang berarti bahwa semakin tinggi usia menunjukkan semakin berkurangnya stress psikologis dibanding dengan usia muda.

Pada penelitian ini rata-rata usia responden berada pada rentang dewasa muda yaitu 29-63 tahun dengan lama sakit rata-rata 3,57 tahun sehingga dapat dianalisis rata-rata klien sakit dimulai pada usia 26,06 tahun. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat dari Prawirohadikusumo (2003) yaitu pada klien skizofrenia sebagian besar pada rentang usia 21 – 35 tahun dan termasuk kelompok dewasa muda, dikatakan pula bila terjadi pada masa remaja akhir atau permulaan masa dewasa, kebanyakan mempunyai perjalanan yang kronis dan kambuh-kambuhan. Skizofrenia biasanya terdiagnosis pada masa remaja akhir dan dewasa awal, insiden awitannya adalah 15-25 tahun untuk pria dan 25-35 tahun untuk wanita (DSM-IV-TR,2000).

Usia klien saat awitan muncul tampaknya merupakan faktor penting dalam menentukan seberapa baik kemajuan klien. Skizofrenia yang terjadi pada usia dini memperlihatkan hasil akhir yang lebih buruk daripada yang terjadi pada usia lebih tua. Klien yang berusia lebih muda memperlihatkan penyesuaian premorbid yang lebih buruk, tanda negatif yang lebih nyata, dan gangguan kognitif yang lebih banyak. Buchanan dan Carpenter, (2000) dalam Videbeck, (2008) menyatakan bahwa serangan awal skizofrenia yang terjadi secara bertahap, sekitar 50% cenderung mengalami proses klinis segera dan jangka panjang yang lebih buruk dari pada serangan akut dan mendadak.

Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa usia memiliki hubungan yang lemah namun tidak bermakna terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial. Hasil penelitian ini didukung dengan beberapa penelitian tentang kemampuan bersosialisasi pada isolasi sosial, pada penelitian Renidayati (2008), yang menyatakan tidak ditemukan adanya hubungan antara usia klien skizofrenia yang menunjukkan isolasi sosial dengan peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku. Sasmita (2008) juga mendapatkan hal yang sama dalam penelitiannya, yaitu tidak ditemukan adanya hubungan antara usia klien dengan peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku klien skizofrenia dengan harga diri rendah. Jumaini (2010) juga mendapatkan temuan yang sama dalam penelitiannya bahwa tidak ada hubungan usia dengan kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial

6.1.5.2 Hubungan jenis kelamin dengan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kemampuan sosial dalam bersosialisasi klien isolasi sosial dengan $p = 0,028$ ($p > 0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa jenis kelamin merupakan variabel perancu yang mempengaruhi kemampuan sosial klien dalam bersosialisasi. Berbeda dengan komponen kemampuan yang lain, dimana tidak ada perbedaan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kemampuan afektif, psikomotor dan kognitif dalam bersosialisasi.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Knisely (1994) yang menyatakan bahwa jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap fungsi dukungan sosial. Namun pada kemampuan psikomotor sama dengan pendapat Knisely (1994) yang menyatakan

bahwa jenis kelamin tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap perilaku mencari bantuan atau stres psikologis. Demikian pula ungkapan Buchanan dan Carpenter (2000), dalam Videbeck (2008) yang menyatakan tidak ditemukan perbedaan prevalensi berdasarkan jenis kelamin pada gangguan skizofrenia, artinya jumlah penderita laki-laki dan perempuan seimbang. Perbedaan pada laki-laki dan perempuan terjadi pada onset dan bentuk penyakit, dimana onset gangguan muncul lebih awal pada laki-laki dibandingkan perempuan yaitu 15-25 tahun untuk laki-laki dan 25-35 tahun untuk perempuan. Hal ini sesuai dengan pendapat Robins (2001) yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan yang jelas antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan dalam meningkatkan pengetahuan. Kemampuan penyelesaian masalah, motivasi dan kemampuan belajar pada laki-laki dan perempuan adalah sama.

Perbandingan jenis kelamin dari data penelitian adalah 59 % laki-laki dan 41 % wanita (n=61). Prosentase laki-laki lebih besar jika dibandingkan wanita artinya bahwa laki-laki terbukti muncul lebih awal jika dibandingkan wanita pada gangguan klien isolasi sosial dan tingkat prevalensi relatif seimbang dengan perbandingan prosentase tersebut. Pada penelitian ini tidak ditemukan kontribusi jenis kelamin terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial.

6.1.5.3 Hubungan pendidikan dengan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial.

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan variabel pendidikan dengan kemampuan ditemukan tidak ada perbedaan yang bermakna dengan kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial dalam bersosialisasi klien isolasi sosial. setelah pemberian terapi suportif pada kelompok intervensi dengan nilai *p* value lebih besar dari

alpha. Artinya bahwa jenjang pendidikan klien isolasi sosial tidak berpengaruh terhadap kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial dalam bersosialisasi.

Hasil tersebut menunjukkan walaupun tingkat pendidikan klien 67.2% berpendidikan menengah (SMP dan SMA), ternyata tidak ada pengaruh terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa di dalam pemberian terapi suportif tidak tergantung pada pendidikan klien. Hal ini berlawanan dengan pendapat Kopelowicz, dkk, (2003) yang menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengetahuan seseorang berkorelasi positif dengan keterampilan coping yang dimiliki. Hasil penelitian ini didukung penelitian Knisely (1994) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap fungsi dukungan sosial, perilaku mencari bantuan atau stres psikologis.

Menurut Model Stres Adaptasi Stuart, pendidikan merupakan salah satu sumber coping yaitu kemampuan personal dimana pendidikan terkait dengan pengetahuan dan intelegensi seseorang (Stuart & Laraia, 2005). Pendidikan dapat dijadikan tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Faktor pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang didalam menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi.

6.1.5.4 Hubungan pekerjaan dengan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial.

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan variabel pekerjaan dengan kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial dalam bersosialisasi klien isolasi sosial setelah pemberian terapi suportif pada kelompok intervensi dengan nilai p value $>0,05$. Artinya bahwa

pekerjaan. klien isolasi sosial tidak berpengaruh terhadap kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan social dalam bersosialisasi.

Pekerjaan merupakan salah satu faktor predisposisi sosial budaya terjadinya gangguan jiwa. Pekerjaan merupakan salah satu sumber stress pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi yang bersangkutan dapat jatuh sakit (Hawari, 2001). Kondisi sosial ekonomi yang rendah 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. Townsend (2005); Stuart (2007)

Menurut Model Stres Adaptasi Stuart, material asset merupakan salah satu sumber coping (Stuart & Laraia, 2005). Pekerjaan terkait dengan penghasilan individu atau status ekonomi yang dapat menjadi sumber coping khususnya *material asset*. Seseorang yang memiliki *material asset* memungkinkan untuk mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sebagai solusi terhadap masalah kesehatan yang sedang dihadapi.

Tidak memiliki pekerjaan dan pekerjaan yang tidak memadai menjadi awal dan sumber tekanan bagi klien, hubungan yang ada merupakan hubungan penyebab terjadinya gangguan jiwa dan bukan memiliki hubungan yang dapat meningkatkan perubahan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial.

Pekerjaan mendorong status sosial ekonomi keluarga, pekerjaan yang layak akan meningkatkan status sosial ekonomi keluarga. Data menunjukkan bahwa klien memiliki pekerjaan yang kurang mendorong

status sosial ekonomi keluarga maupun terhadap dirinya sendiri. Klien isolasi sosial pada penelitian ini termasuk kategori ekonomi lemah dan dari keluarga tidak mampu, sehingga mereka memanfaatkan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemerintah seperti program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JamKesMas).

6.1.5.5 Hubungan status perkawinan dengan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial.

Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan status perkawinan responden terhadap kemampuan afektif, psikomotor, kognitif dan sosial dalam bersosialisasi pada klien isolasi sosial dan tidak bermakna dengan $p\text{-value} > 0,05$. Pada penelitian ini diperoleh data dari 61 responden, status perkawinan “tidak kawin” (belum menikah/duda/janda) memiliki proporsi lebih tinggi dari status kawin yaitu sebesar 67,2%.

Sesuai dengan temuan penelitian Wardani, Keliat, dan Mustikasari (2003) dalam Jumaini (2010) tentang karakteristik klien yang dirawat di ruang model praktik keperawatan profesional RSMM Bogor, dimana proporsi klien berstatus tidak kawin lebih besar. Dari 79 klien yang dirawat terdapat 47 orang (59,49%) berstatus tidak kawin.

Menurut Stuart dan Sundeen (2005) individu yang mengalami perceraian/tidak memiliki pasangan termasuk kelompok risiko tinggi mengalami gangguan jiwa. Kintono (2010) juga menyatakan bahwa pernikahan merupakan salah satu penyebab umum gangguan jiwa. Status perkawinan “tidak kawin” (belum kawin, janda atau duda) berisiko mengalami gangguan jiwa lebih besar dibandingkan kelompok status perkawinan ‘kawin’ atau memiliki pasangan hidup. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa status tidak kawin menunjukkan jumlah proporsi

yang lebih besar. Berdasarkan pendapat Stuart dan Sundeen (2005) dan Kintono (2010) status perkawinan 'tidak kawin' memiliki hubungan terhadap risiko mengalami gangguan jiwa, namun di dalam penelitian ini status perkawinan terhadap kemampuan bersosialisasi menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna.

6.1.6.6 Hubungan lama sakit dengan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial.

Hasil uji statistik menyatakan hubungan antara lama sakit dan kemampuan afektif dalam bersosialisasi klien isolasi sosial setelah kelompok intervensi mendapat terapi suportif menunjukkan hubungan lemah dan berpola negatif, artinya semakin lama klien dirawat, kemampuan afektif dalam bersosialisasi semakin rendah. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai $p < 0,05$, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara lama sakit dengan kemampuan afektif dalam bersosialisasi. Sedangkan hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara lama sakit dengan kemampuan psikomotor, kognitif, social dalam bersosialisasi.

Pada penelitian ini rata-rata lama sakit 3,5 tahun. Menurut Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa waktu atau lamanya seseorang terpapar stresor, akan memberikan dampak terhadap keterlambatan dalam mencapai kemampuan dan kemandirian. Seperti yang diungkapkan oleh Prawirohadikusumo (2003) kunci keberhasilan pengobatan skizofrenia juga ada pada deteksi awal. Makin dini diketahui seseorang menderita penyakit ini, makin besar kemungkinan bisa disembuhkan.

Lama sakit akan mendorong keterlambatan mencapai kemampuan dan kemandirian klien, dengan rata-rata lama sakit 3,5 tahun klien mengalami keterlambatan yang bermakna, dan hal ini dapat dilihat dari perubahan

kemampuan klien bersosialisasi menunjukkan hasil tidak bermakna dan memiliki hubungan yang sedang. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Knisely (1994) yang menyatakan bahwa lama sakit tidak memiliki hubungan yang bermakna terhadap fungsi dukungan sosial, perilaku mencari bantuan atau stres psikologis.

6.2 Keterbatasan penelitian

Dalam setiap penelitian tentu memiliki suatu keterbatasan dalam proses pelaksanaan penelitian. Peneliti menyadari adanya keterbatasan penelitian dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya keterbatasan pelaksanaan terapi suportif, keterbatasan waktu yang terkait dengan keinginan klien untuk pulang dan menunggu penjemputan dari keluarga.

Tempat pelaksanaan penelitian pemberian terapi suportif di ruang rawat inap kurang kondusif. Hal ini dikarenakan ruang rawat inap tidak memiliki tempat khusus untuk pelaksanaan terapi suportif, sehingga dilakukan di ruang dimana tempat tersebut juga berfungsi sebagai tempat makan klien dan tempat klien menonton televisi, sehingga lingkungan pelaksanaan terapi menjadi ramai dan lalu lalang klien lain yang tidak mengikuti terapi. Hal ini mengakibatkan kurangnya konsentrasi peserta terapi suportif.

Pelaksanaan terapi suportif sesi dua tidak dapat dilaksanakan dengan optimal karena pelaksanaannya menggunakan setting rumah sakit, sehingga didalam menerapkan penggunaan sistem pendukung dalam keluarga, peneliti tidak dapat melibatkan secara langsung anggota keluarga klien, namun pelaksanaannya digantikan dengan menggunakan metode bermain peran antar anggota kelompok.

Dengan demikian diperlukan adanya tindak lanjut pemantauan kondisi klien selama dirawat sampai klien pulang dan dilakukan *follow-up*. Pada penelitian ini juga mendapatkan hasil yang menunjukkan bahwa terapi suportif berpengaruh terhadap perubahan kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial.

6.3 Implikasi hasil penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh terapi suportif terhadap perubahan kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan jiwa, keilmuan dan pendidikan keperawatan, dan terhadap penelitian berikutnya.

6.3.1 Pelayanan keperawatan jiwa

Terapi suportif merupakan salah satu terapi keperawatan yang efektif untuk mengatasi masalah isolasi sosial pada klien skizofrenia. Berdasarkan beberapa penelitian terapi suportif ini juga efektif dilakukan pada klien skizofrenia dengan gejala positif seperti perilaku kekerasan, halusinasi. Pendekatan kelompok dari terapi suportif ini efektif untuk memberikan latihan berbagi pengalaman dari anggota kelompok yang lain dalam menggunakan sumber pendukung. Faktor dukungan sosial mempengaruhi status kesehatan individu.

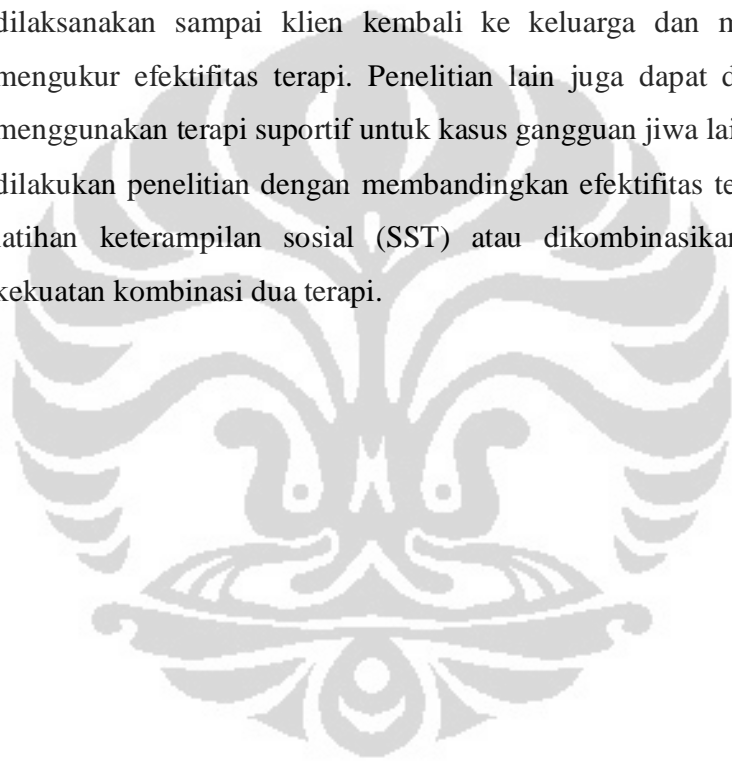
6.3.2 Keilmuan dan pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh terapi suportif yang dilihat dari keempat aspek yaitu aspek afektif, psikomotor, kognitif dan sosial terhadap peningkatan kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial. Hasil penelitian ini dapat menambah keilmuan terapi keperawatan spesialis jiwa tentang terapi suportif sebagai bentuk terapi keperawatan pada klien skizofrenia dengan isolasi sosial dalam upaya meningkatkan kesehatan dan dapat diberikan sebagai bahan pembelajaran pendidikan keperawatan

jiwa terutama pada terapi spesialis keperawatan jiwa dan pelayanan keperawatan jiwa pada umumnya.

6.3.3 Penelitian berikutnya

Hasil penelitian ini terbatas pada klien isolasi sosial di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang. Penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda, seperti menggunakan pendekatan studi *longitudinal* yang dilaksanakan sampai klien kembali ke keluarga dan masyarakat untuk mengukur efektifitas terapi. Penelitian lain juga dapat dilakukan dengan menggunakan terapi suportif untuk kasus gangguan jiwa lain, dan dapat juga dilakukan penelitian dengan membandingkan efektifitas terapi suportif dan latihan keterampilan sosial (SST) atau dikombinasikan untuk melihat kekuatan kombinasi dua terapi.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

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

Simpulan

Simpulan yang dapat diambil dari hasil analisa data dan pembahasan secara berurutan adalah :

1). Terapi suportif dapat memberikan manfaat dan efektif bagi perubahan kemampuan klien dalam bersosialisasi dengan daya kemampuan afektif, psikomotor, kognitif, dan sosial sebelum dan sesudah mendapatkan terapi menunjukkan gejala perbaikan yang bermakna. 2). Terjadinya perbedaan dan peningkatan kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi suportif menunjukkan nilai yang signifikan dengan urutan perubahan aspek kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial dari yang terkecil sampai tertinggi adalah aspek afektif, kognitif, psikomotor, dan sosial. Sehingga dapat diartikan bahwa aspek sosial dan psikomotor merupakan aspek kemampuan bersosialisasi yang paling mudah mengalami perubahan melalui pemberian terapi suportif dibandingkan dengan aspek kognitif dan afektif. 3). Tidak ada hubungan yang menunjukkan makna signifikan antara karakter klien terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial setelah mendapatkan terapi suportif. Dengan kata lain karakter klien: usia, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit bukan merupakan faktor perancu bagi kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial.

Saran

Berdasarkan simpulan hasil penelitian ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial.

Aplikasi keperawatan :

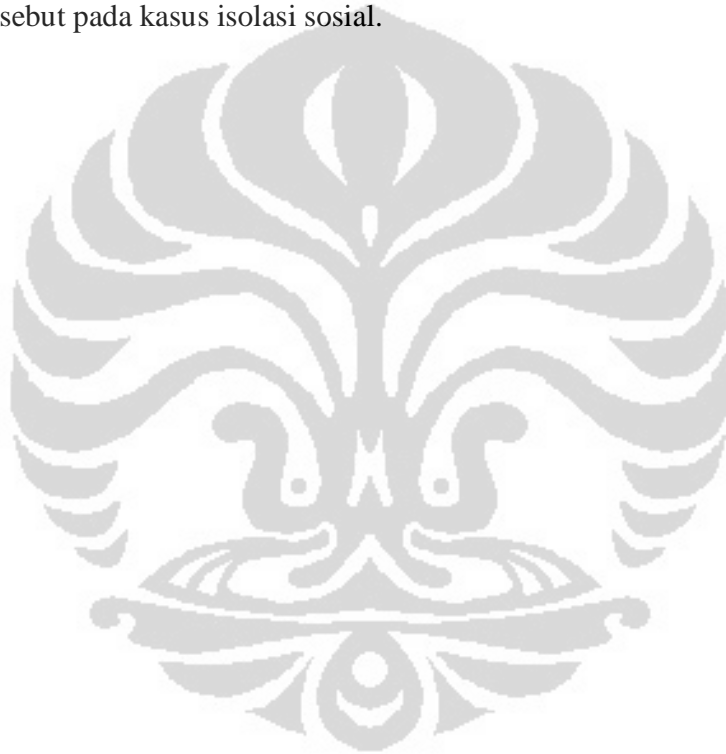
1).Terapi suportif dapat diterapkan sebagai standar terapi keperawatan spesialistik yang diberikan pada klien dengan masalah keperawatan isolasi sosial di pelayanan keperawatan psikiatrik rumah sakit. 2). Rumah sakit hendaknya memiliki konsep *continuity of care* dengan program *visiting nurse* yang dapat melakukan *follow up* kepada klien di rumah dan di masyarakat setelah mendapatkan terapi suportif selama klien dirawat. 3). Tenaga spesialis keperawatan jiwa dapat menjadi koordinator di dinas kesehatan untuk mengkoordinasi/memfasilitasi pelayanan kesehatan jiwa di masyarakat. 4).Peneliti melakukan sosialisasi hasil penelitian pengaruh terapi suportif terhadap perubahan kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial kepada bagian pendidikan dan pelatihan serta bidang keperawatan di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang. 5). Praktek mandiri perawat spesialis jiwa dapat menggunakan pedoman terapi suportif sebagai aplikasi nyata dalam merawat klien isolasi sosial.

Pengembangan keilmuan

Hasil penelitian yang diperoleh tentang terapi suportif yang dilaksanakan pada klien isolasi sosial dapat dipergunakan dan dikembangkan sebagai bahan kajian untuk menambah wawasan keilmuan khususnya dibidang keperawatan jiwa. Modul terapi suportif, buku kerja klien, lembar dokumentasi perawat dapat dikembangkan sebagai acuan untuk setiap pemberian terapi suportif pada klien dengan masalah isolasi sosial.

Penelitian berikutnya

1). Penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian lain di area yang sama dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda, seperti menggunakan pendekatan studi *longitudinal* yang dilaksanakan sampai klien kembali ke keluarga dan masyarakat . 2). Penelitian lain juga dapat dilakukan dengan menggunakan terapi suportif pada kasus yang berbeda, serta dapat dilakukan penelitian dengan cara membandingkan efektifitas terapi suportif dan latihan keterampilan sosial (SST) atau dengan kombinasi kedua terapi tersebut pada kasus isolasi sosial.



DAFTAR PUSTAKA

- Ariawan, I (1998), *Besar dan Metoda Sampel pada Penelitian Kesehatan*, Jurusan Biostatistik dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Tidak dipublikasikan.
- Chien, W.T., Chan, S.W.C., dan Thompson, D.R (2006). *Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-Months follow-up*. Januari 2, 2011. <http://bip.rcpsych.org>
- David L Penn, dkk. (2009), *A Randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs enhanced supportive therapy for auditory hallucinations*, *Schizophrenia Research* 109 pp. 52-59, www.elsevier.com, dunduh tanggal 28 Februari 2011.
- Dalami, dkk (2009), *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Jiwa*, Penerbit Trans Info Media, Jakarta.
- Edelman, Craig, & Kidman (2000), *Group Intervention with cancer patients, Efficacy of psychoeducational versus supportive groups*. *Journal of Psychosocial Oncology*, vol. 18(3) by The Haworth Press, Inc 67-85
- Fortinash, K.M & Worret (2004), *Psychiatric Mental Health Nursing*, 3rd ad USA: Mosby, Inc
- Hamid AY, (2007), *Buku Ajar Riset Keperawatan, Konsep, Etika, dan Instrumentasi*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Hastono SP, (2007), *Analisis Data Kesehatan*, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI, Tidak dipublikasikan, Jakarta.
- Hawari, D (2001), *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*, FK UI Jakarta.
- Hebert JD, dkk, (2005), *Social Skills Training Augments the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder*, *Behavior Therapy* DOI : 005-7894/05/0125-0138\$1.00/0, Association for Advancement Behavior Therapy, diunduh tanggal 28 Februari 2011.
- Hernawaty, T (2009), *Pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan keluarga dalam merawat klien gangguan jiwa di kelurahan Sindang Barang Bogor tahun 2008*. FIK-UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Hunt. (2004). *A Resource kit for self help/ support groups for people affected by an eating disorder*. Februari 12, 2011. <http://www.medhelp.org/njgroups/VolunteerGuide.pdf>
- Issac, A (2005), *Panduan Belajar : Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikiatrik Edisi 3*, Alih bahasa : Dean Praty Rahayuningsih, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta

- Ji-Min Seo, dkk (2007), Social Skills Training as Nursing Intervention to Improve the Social Skills and Self Esteem of Inpatients with Chronic Schizophrenia, *Journal Archives of Psychiatric Nursing*, Vol.21, No.6 (December) pp. 317-326, diunduh tanggal 27 Februari 2011
- Jumaini (2010), *Pengaruh Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST) terhadap Kemampuan Bersosialisasi Klien Isolasi Sosial di BLU RS Dr. H Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2010*, Tesis FIK UI, Tidak dipublikasikan.
- Kasjono HS & Yasril, (2009), Teknik Sampling untuk Penelitian Kesehatan, Penerbit Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Keliat, BA, dkk (1999), Pengaruh Model Terapi Aktifitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) terhadap Kemampuan Komunikasi Verbal dan Non Verbal pada Klien Menarik Diri di RSJ, *Jurnal Keperawatan Indonesia II* (8), halaman 277-283.
- Keliat, BA, dkk (2005), Modul *Basic Course Community Mental health Nursing*, Kerjasama FIK UI dan WHO
- Keliat, BA & Akemat (2005), *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok*, EGC, Jakarta
- Kintono, (2010), *Penyebab umum gangguan jiwa*, <http://www.docs.com/docs/diunduh> tanggal 23 Juni 2011
- Klingberg S, dkk, (2010), *Supportive Therapy for Schizophrenic Disorders*, www.karger.com/ver, DOI :10.1159/000318718, diunduh tanggal 27 Februari 2011.
- Kliengberg S, Jakobi UE, Wittorf A, (2010), *CBT versus ST for persistent positive symptoms in psychotic disorders: The POSITIVE Study, a multicenter, prospective, single blind, randomised controlled clinical trial*, BioMed Central Ltd, <http://www.triasjournal.com/content/11/1/123>, diunduh tanggal 28 Februari 2011.
- Knisely JE & Laurel N, (1994), The Relationship Between Social Support, Help-Seeking, and Psychological Distress in Psychiatric Clients, *Journal Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. VII, No. 6 (December) pp. 357-365, diunduh tanggal 28 Februari 2011.
- Kopelowicz, dkk (2002), *Psychosocial treatment for Schizophrenia*, New York Oxford University.
- Lemeshow S, dkk, (1997), *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*, Gajah Mada University Press, Jogjakarta.
- MC Townsend, (2009), *Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri, Pedoman untuk Pembuatan Rencana Perawatan Edisi 3*, Alih bahasa : Novy Helena CD, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

- Molaie,A, Abedin,A, Heidari,M, (2010), *Comparing the effectiveness of group movie therapy vs supportive group therapy for improvement of mental health in grieving adolescent girls in Tehran*, *Procedia Social and Behavioral Science* 5, pp. 832-837. www.sciencedirect.com, diunduh tanggal 27 Februari 2011.
- MqQuaid, dkk. (2000), Development of an Integrated Cognitive-Behavior and Social Skill training Intervention for Older Patients with Schizophrenia. *The Journal of Psychotherapy Practise and Research*, 9(3), 149-156
- NANDA (2007), *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification 2007-2008*, NANDA international Philadelphia.
- Notoatmodjo S, (2005), *Metodologi Penelitian Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo S, (2005), *Promosi Kesehatan teori dan aplikasi*, PT Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo S, (2010), *Ilmu perilaku kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta
- Nursalam, (2008), *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan, Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Penerbit Salemba Medika
- Patricia Ann D & Arthur D, (1996), *Riset Keperawatan Buku Ajar dan Latihan*, Alih bahasa : Palupi Widyastuti, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Prawirohadikusumo,S.(2003). *Penyakit skizofrenia tidak bisa diwariskan*, <http://caryos.blogspot.com/2011/02/sanity-penyakit-skizofrenia-tidak-bisa.html> diunduh tg 23 Juni 2011
- Prawitasari, dkk, (2002), *Psikoterapi Pendekatan Konvensional & Kontemporer*, Penerbit Pustaka Pelajar dan Unit Publikasi Fakultas Psikologi UGM, Yogyakarta
- Renidayati.(2008). *Pengaruh Social Skill Training pada klien isolasi social di RSJ H.B. Sa'amin Padang Sumatera Barat*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan
- Sabri L & Hastono SP, (2006), *Statistik Kesehatan*, Penerbit Rajagrafindo Persada, Jakarta
- Sasmita, H. (2008). *Efektifitas Cognitive Behavioral therapy pada klien harga diri rendah di RS. Dr.Marzoeki Mahdi Bogor tahun 2007*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan
- Sastroasmoro S & Ismael S, (2008), *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*, Penerbit Sagung Seto, Jakarta
- Shives LB (2005), *Basic Concept of Psichiatri Mental Health Nursing* edisi 6, Philadelphia, Lippincott William and Wilkins

- Stuart GW, (2007), *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*, Alih bahasa : Ramona P Kapoh dan Egi Komara Yudha, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Stuart GW & Laraia MT, (2005), *Principle and Practice of Psychiatric Nursing Eight Edition*, Elsevier Mosby, St Louis Missouri, USA.
- Stuart GW, & Sundeen (2005), *Buku Saku Keperawatan Jiwa edisi ke-4*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Surya M, (2004). *Psikologi pembelajaran dan pengajaran*. Bandung: Pusaka Banyu Quraisy
- Swanson,E,dkk (2008). *Nursing outcomes Clasification (NOC)*, USA: Mosby.Inc.
- Tomb, D.A (1999), *Buku Saku Psikiatri Edisi 6*, Alih bahasa : Martina WS N, dkk, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Videbeck, SL, (2008), *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Warren BJ, (1993), *Explaining Social Isolation Through Concept Analysis*, Archives of Psychiatric Nursing, Vol. VII, No. 5 (October) pp. 270-276, diunduh tanggal 28 Februari 2011.
- Weiner, Ball, Summerfelt,Gold, dan Buchanan (2001), Effects of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. *Journal Am J. Psychiatry*, 158:635-637.
- Workshop Keperawata Jiwa,(2009), *Terapi Spesialis Keperawtan Jiwa yang telah Di Riset*, FIK Kekhususan Keperawatan Jiwa 2009, Tidak dipublikasikan, Jakarta.
- Yosep, I (2009), *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*, Penerbit Refika Aditama, Bandung



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RSJD. Dr. AMINO GONDOHUTOMO
SEMARANG

Jl. Brigjen Sudiarto No. 347 Kode Pos : 50191 Po.Box 1090 Telp. (024) 6722564 (Hunting) Fax. (024) 6722566

Semarang, 16 April 2011

Kepada Yth.

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Di =

JAKARTA

Nomor : 420 / 8 / 3112
Lamp. : ---
Perihal : Penelitian Tesis

Menindaklanjuti surat saudara, nomor 987/H2.F12.D/PDP.04.02/2011 tanggal 28 Maret 2011, perihal Permohonan Ijin Penelitian.

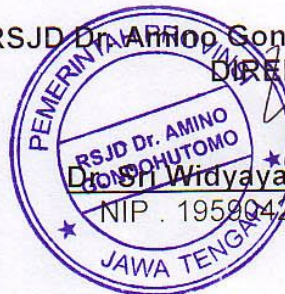
Dengan ini diberitahukan bahwa pada dasarnya kami tidak keberatan untuk menerima Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia :

Nama : Anjas Surtiningrum
NIM : 0906620556
Judul : Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Klien Isolasi Sosial di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

untuk melaksanakan kegiatan penelitian di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Demikian atas kerjasamanya, disampaikan terima kasih.

RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang



DIREKTUR

RSJD Dr. AMINO
GONDOHUTOMO

Dr. Sri Widyayati, SpPK, M.Kes

NIP. 195904231986112001



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : ~~900~~/H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

28 Maret 2011

Yth. Kepala
Panti Salam Sari
Boja, Semarang

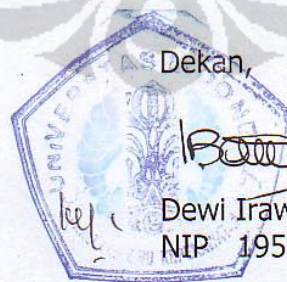
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Anjas Surtiningrum
0906620556

akan mengadakan penelitian dengan judul : "**Pengaruh Terapi SUportif Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Klien Isolasi Sosial di RSJD. Dr. Amino Gondhohutomo Semarang**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di Panti Salam Sari Boja Semarang.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.



Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Pengaruh terapi suportif terhadap kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial di RSJD dr. Amino Gondohutomo Semarang.

Nama peneliti utama : **Anjas Surtiningrum**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 11 April 2011

Ketua,

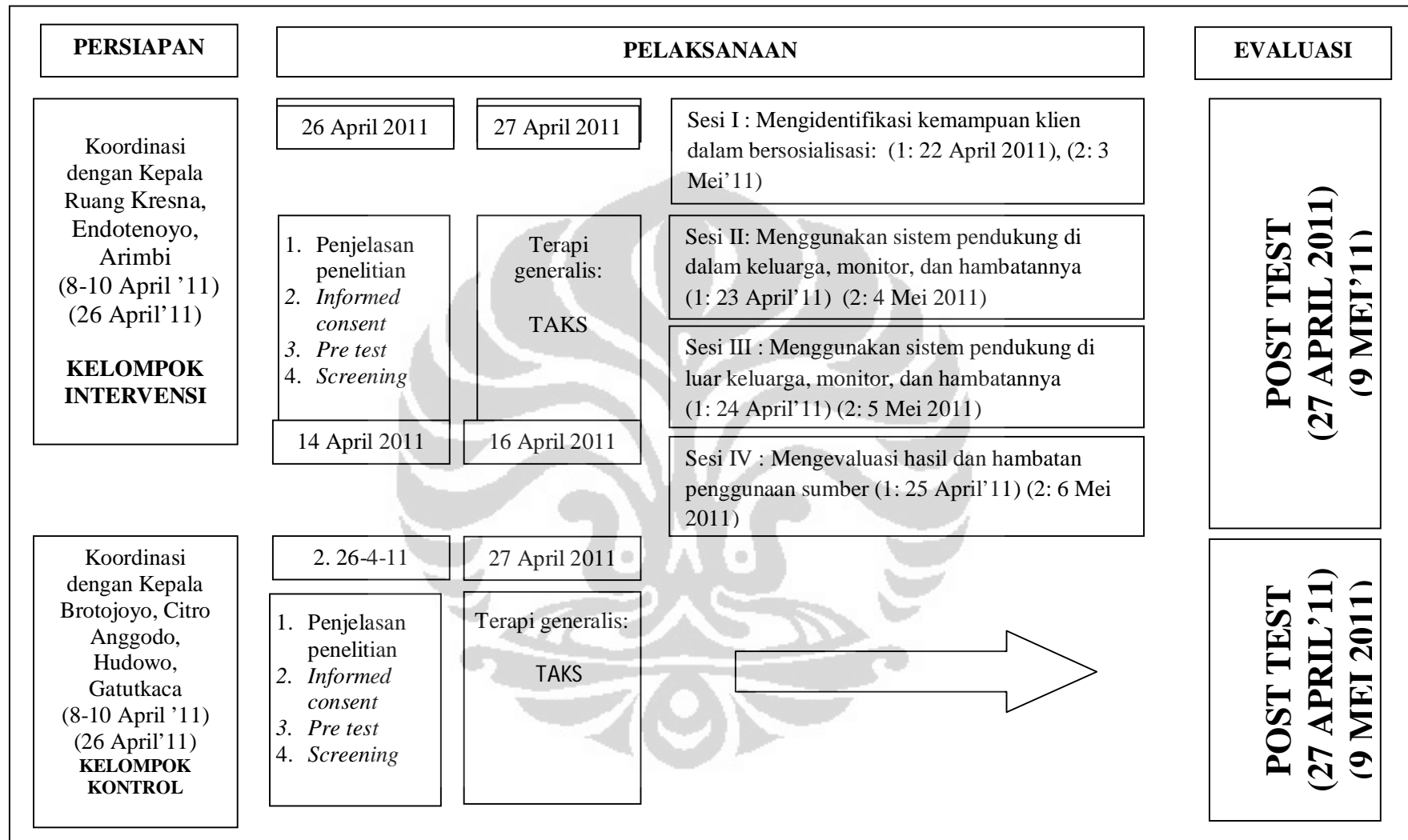


Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



Alur Kerangka Kerja Pelaksanaan Penelitian



UNIVERSITAS INDONESIA

INSTRUMEN PENELITIAN
PENGARUH TERAPI SUPORTIF TERHADAP
KEMAMPUAN BERSOSIALISASI PADA KLIEN ISOLASI SOSIAL
DI RSJD Dr.AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG

Kode Responden : (didisi oleh peneliti)
Nama/inisial responden :
Ruang :
Waktu : pre test post test
Instrumen : diisi oleh responden dan didampingi oleh peneliti atau kolektor data

- A. Kuesioner A (data demografi responden)
- B. Kuesioner B (kemampuan afektif, psikomotor, kognitif, sosial pada klien isolasi sosial)

INSTRUMEN A :
KUESIONER KARAKTERISTIK KLIEN

Initial responden : _____(diisi oleh peneliti)

Petunjuk pengisian :

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda lingkaran (O) pada jawaban yang sesuai dengan yang anda alami.
2. Setiap pernyataan di bawah ini berisi satu jawaban.
3. Tidak ada jawaban yang benar atau salah, sehingga anda diberi kebebasan untuk menentukan pilihan

Pertanyaan :

1. Berapa usia saudara : _____ tahun
2. Apa jenis kelamin saudara:
 - a. Laki – laki
 - b. Perempuan
3. Apa pendidikan saudara :
 - a. SD (tamat / tidak tamat)
 - b. SMP (tamat / tidak tamat)
 - c. SMA (tamat/ tidak tamat)
 - d. Diploma / Perguruan Tinggi (tamat/tidak tamat)
4. Apakah saudara bekerja :
 - a. Ya/ pernah bekerja sebutkan _____
 - b. Tidak
5. Apakah status perkawinan saudara :
 - a. Menikah
 - b. Tidak menikah (belum menikah / janda / duda)
6. Sudah berapa lama saudara sakit : _____ tahun _____ bulan

INSTRUMEN B:
KUESIONER KEMAMPUAN BERSOSIALISASI KLIEN
(post test)

Nama responden : _____(diisi oleh peneliti) Ruang : _____

Petunjuk pengisian :

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda ckeck list (√) pada jawaban yang sesuai dengan yang anda alami.
2. Setiap pernyataan di bawah ini berisi satu jawaban.
3. Tidak ada jawaban yang benar atau salah, sehingga anda diberi kebebasan untuk menentukan pilihan :

Setelah saudara mengikuti terapi suportif dengan 4 (empat) sesi, maka :
 Jawablah pertanyaan berikut ini dengan memberikan tanda check (√) pada kotak tersedia.

Tidak pernah : bila tidak pernah memikirkan / melakukan
 Kadang-kadang : bila jarang memikirkan / melakukan
 Sering : bila pernah memikirkan / melakukan 2 – 5 kali per minggu
 Selalu : bila selalu memikirkan / melakukan > 5 kali per minggu

No	Kemampuan dan keterampilan klien bersosialisasi	Selalu 4	Sering 3	Kadang 2	Tidak pernah 1
	Aspek Afektif				
1	Saya merasa bosan				
2	Saya senang melamun				
3	Saya merasa malas melakukan suatu kegiatan				
4	Saya merasa puas dengan keadaan saya saat ini				
5	Saya merasa malu saat bercakap-cakap dengan orang lain				
6	Saya takut menatap lawan bicara saya saat berbicara dengannya				
7	Saya bercerita/mengungkapkan perasaan dengan teman /orang lain				
8	Saya dapat menerima keadaan diri saya apa adanya				

		Selalu 4	Sering 3	Kadang 2	Tidak pernah 1
Aspek perilaku (psikomotor)					
9	Saya lebih suka sendiri				
10	Saya tidak mau berbicara dengan orang lain				
11	Saya menatap muka lawan bicara saya saat berbicara dengannya				
12	Saya tidak melakukan kegiatan sehari-hari				
13	Saya mengerjakan tugas yang diberikan dengan sungguh-sungguh				
14	Saat bercakap-cakap saya lebih banyak menjadi pendengar				
15	Saya suka menceritakan masalah dengan keluarga				
16	Saya melakukan kegiatan sehari-hari seperti menyapu, mengepel, mencuci piring, merapikan tempat tidur				
17	Saya melakukan kegiatan rutin di ruangan seperti senam, jalan pagi, olah raga, TAK				
Aspek kognitif		Selalu 4	Sering 3	Kadang 2	Tidak pernah 1
18	Saya mempunyai kemampuan yang dapat dibanggakan				
19	Saya memiliki harapan dalam hidup ini				
20	Saya sulit berkonsentrasi				
21	Saya sulit untuk mengambil keputusan				
22	Saya merasa orang lain dapat menerima pendapat saya				
23	Saya mudah putus asa				
24	Saya merasa orang lain menganggap rendah terhadap saya				
25	Saya merasa percaya diri				
26	Saya merasa orang lain tidak mau mendengarkan perkataan saya				
27	Saya menyampaikan pendapat saya tanpa ragu-ragu				

Aspek sosial		Selalu 4	Sering 3	Kadang 2	Tidak pernah 1
28	Saya merasa tidak aman berdekatan dengan orang lain				
29	Saya merasa kesepian				
30	Saya mengajak teman untuk berbicara saat bingung				
31	Saya sulit menyesuaikan diri dengan lingkungan				
32	Saya senang menolong orang lain yang mengalami kesulitan				
33	Saya mengucapkan terima kasih saat saya dibantu orang lain				
34	Saya meminta maaf saat melakukan kesalahan				
35	Saya meminta bantuan orang lain saat saya membutuhkan pertolongan				
36	Saya memperkenalkan diri pada orang lain yang belum saya kenal				
37	Saya merasa segan untuk mengajak orang lain berbincang-bincang				
38	Saya merasa sulit untuk membina hubungan dengan orang lain				
39	Saya menerima saran dan kritik dari orang lain				
40	Saya suka memberikan pujian kepada orang lain				
41	Saya bercerita / mengungkapkan perasaan dengan teman saya				
42	Saya meminta bantuan keluarga saat saya mengalami kesulitan				
43	Saya bercerita / mengungkapkan perasaan dengan keluarga				
44	Saya sulit memaafkan orang lain				

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Biodata

Nama : Anjas Surtiningrum
Tempat /Tanggal lahir : Cilacap/12 Desember 1966
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Dosen STIKES Telogorejo Semarang
Alamat Instansi : Jl. Puri Anjasmoro/ Arteri yos sudarso Semarang
Alamat Rumah : Jl. Arya Mukti Raya No. 1 Semarang

Riwayat Pendidikan

FIK UI : Lulus tahun 1998
AKPER Muhammadiyah Semarang : Lulus tahun 1989
SMA Cilacap : Lulus tahun 1985
SMP Cilacap : Lulus tahun 1982
SD Cilacap : Lulus tahun 1979

Riwayat Pekerjaan

Perawat di RS. Telogorejo Semarang : Tahun 1989 – 1992
Dosen STIKES Telogorejo Semarang : Tahun 1992 - sekarang



BUKU KERJA KLIEN

TERAPI SUPORTIF KLIEN PERILAKU KEKERASAN

Disusun Oleh :

**Taty Hernawaty, S.Kp.
Eni Hidayati**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA**

2009

KATA PENGANTAR

Buku kerja ini merupakan bagian dari modul panduan dalam melakukan Terapi Suportif dan digunakan oleh klien untuk selama mengikuti terapi.

Secara umum buku kerja ini berisi lembaran kerja mengenai masalah, upaya yang dilakukan, dan latihan / *role play* yang dilakukan. Buku kerja ini dibuat berdasarkan panduan Modul Terapi Suportif Klien.

Dalam penyusunan buku kerja ini, banyak pihak terlibat yang memberikan bantuan, bimbingan dan dukungan yang diberikan. Untuk itu, terima kasih yang setulus-tulusnya pada:

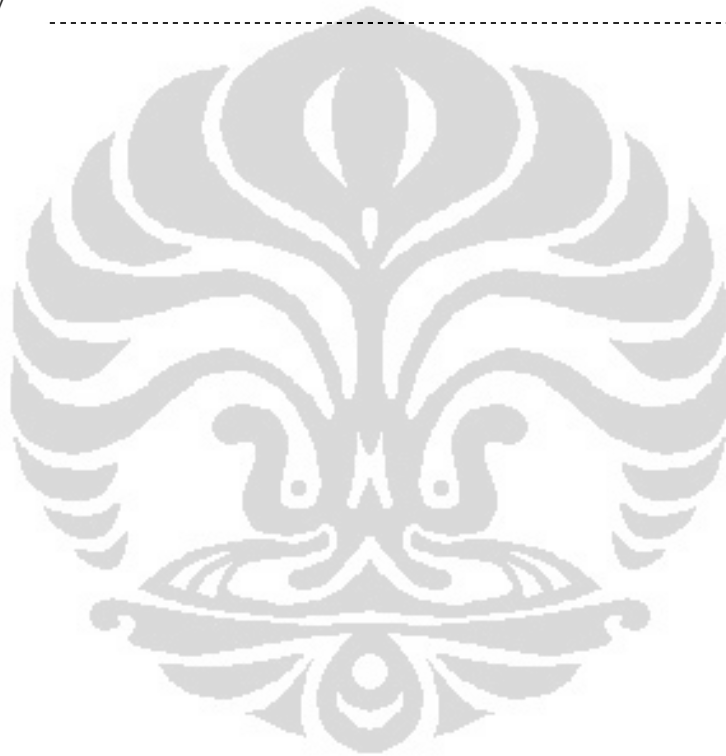
1. Dewi Irawaty, M.A, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Mustikasari, S.Kp., MARS., yang telah dengan sabar membimbing dan memberikan masukan serta motivasi dalam penyelesaian buku kerja ini.
3. Hening Pujasari, S.Kp., M. Biomed., MANP., yang telah berkenan memberikan masukan dalam penyelesaian buku kerja ini.
4. Seluruh dosen pengajar program pasca sarjana FIK UI, khususnya dosen kekhususan keperawatan jiwa yang telah membantu selama proses belajar mengajar.
5. Rekan-rekan angkatan III Program Magister Kekhususan Keperawatan Jiwa yang telah memberikan dukungan selama penyelesaian modul ini.
6. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyelesaian tesis ini

Akhirnya semoga bimbingan, bantuan, serta kerjasama yang diberikan dicatat sebagai amal ibadah oleh Tuhan YME dan harapan saya semoga modul ini dapat bermanfaat.

Depok, Maret 2011
penyusun

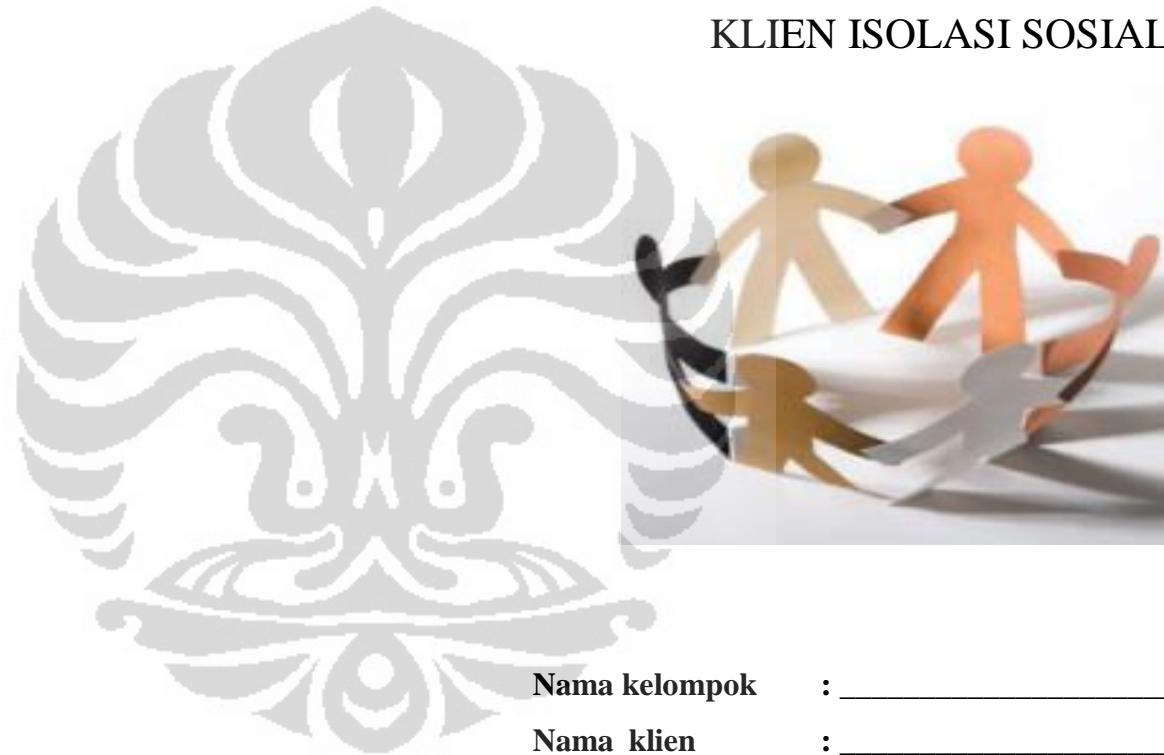
DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i.
DAFTAR ISI	ii.
Lembar kerja I	1
Lembar kerja II	2
Lembar kerja III	4
Lembar kerja IV	6
Lembar kerja V	8



BUKU KERJA

TERAPI SUPORTIF KLIEN ISOLASI SOSIAL



Nama kelompok : _____

Nama klien : _____

Ruang : _____

Alamat : _____

Petunjuk Penggunaan:

1. Tulislah nama kelompok, nama, ruang rawat, dan alamat.
2. Bawalah buku ini setiap kali mengikuti kegiatan terapi.
3. Isi setiap bagian dalam buku ini sesuai sesi yang diikuti berdasarkan petunjuk yang diberikan.
4. Buku ini merupakan buku kerja Terapi Suportif, dimana isi dari buku ini merupakan catatan pencapaian dari kegiatan terapi yang dilakukan.



No	Hasil	Hambatan Di dalam keluarga	Hambatan di luar keluarga	Cara mengatasi (kelompok)

Sesi IV : Mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga

No	Hasil	Hambatan Di dalam keluarga	Hambatan di luar keluarga	Cara mengatasi (kelompok)

Sesi I: Mengidentifikasi kemampuan bersosialisasi

Cara –cara berinteraksi dengan orang lain (berbicara dengan orang lain)	Masalah atau hambatan dalam mengatasi masalah	Cara mengatasi (kelompok)

Sesi II: Menggunakan sistem pendukung di dalam keluarga, monitor hasil, dan hambatannya

No	Pendukung di dalam keluarga	Hambatan	Cara klien biasa mengatasi	Cara kelompok

Sesi III : Menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, monitor hasil, dan hambatannya

No	Pendukung di luar keluarga	Hambatan	Cara klien biasa mengatasi	Cara kelompok

BUKU KERJA KLIEN

TERAPI KELOMPOK SUPORTIF RUMAH SAKIT JIWA Dr. AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG



Nama kelompok : _____

Nama Klien : _____

Ruangan : _____

Alamat : _____

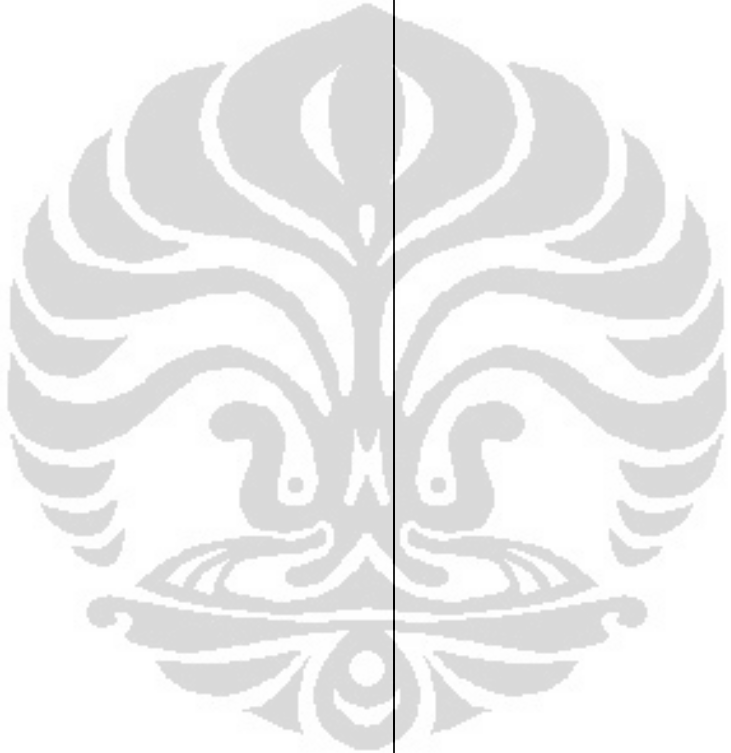
Petunjuk Penggunaan:

1. Tulislah nama kelompok, nama klien, ruangan, dan alamat.
2. Bawalah buku ini setiap kali mengikuti kegiatan terapi.
3. Isi setiap bagian dalam buku ini sesuai sesi yang diikuti berdasarkan petunjuk yang diberikan.
4. Buku ini merupakan buku kerja Terapi Suportif Klien, dimana isi dari buku ini merupakan catatan pencapaian dari kegiatan terapi yang dilakukan.



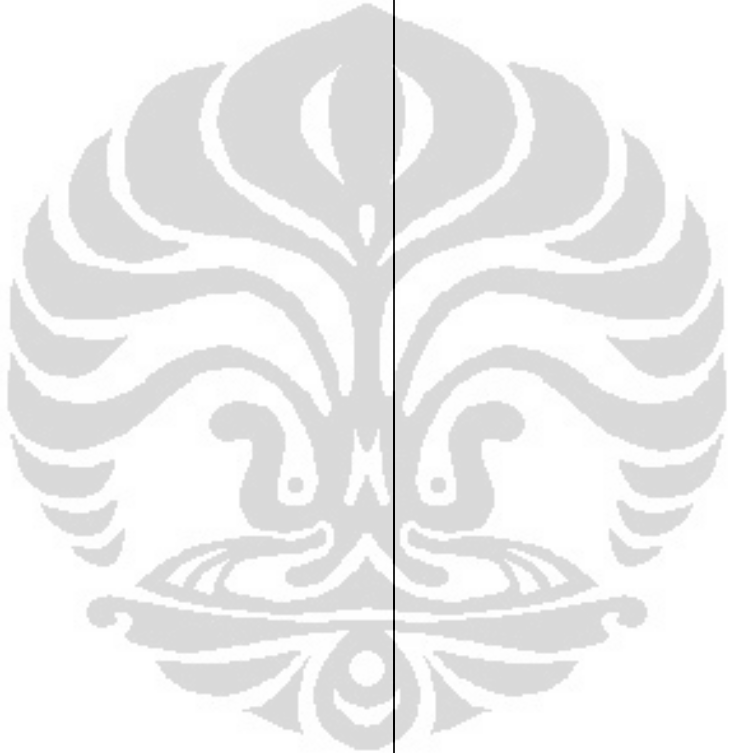
Sesi I: Mengidentifikasi kemampuan klien dan sistem pendukung yang ada.

Hari/Tanggal :

Masalah atau hambatan dalam mengatasi perilaku kekerasan	Sumber pendukung yang dimiliki
	

Sesi IV : Mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung baik di dalam maupun di luar klien

Hari/Tanggal :

Hambatan dalam menggunakan sistem pendukung di dalam klien	Hambatan dalam menggunakan sistem pendukung di dalam klien
	



UNIVERSITAS INDONESIA

**MODUL
TERAPI SUPORTIF PADA KLIEN ISOLASI SOSIAL**

Disusun Oleh :

ANJAS SURTININGRUM

TATY HERNAWATY

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, APRIL 2011**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Terapi Suportif termasuk salah satu model psikoterapi yang biasanya sering digunakan di masyarakat dan di Rumah sakit. Terapi ini merupakan suatu terapi yang dikembangkan oleh Lawrence Rockland (1989) dengan istilah *Psychodynamically Oriented Psychotherapy* or 'POST', namun ada pula istilah lain yang diperkenalkan adalah *Supportive Analytic Therapy* or 'SAT' (Rockland, 1989 dalam Holmes, 1995). Hasil survei di Amerika menunjukkan bahwa psikoterapi suportif menduduki peringkat ke delapan dalam psikoterapi yang penting (Langsey & Yager, 1988 dalam Holmes, 1995).

Terapi Suportif dapat diberikan secara individu dan berkelompok (Scott, dkk., 1995). Pada modul ini, pemberian Terapi Suportif lebih difokuskan pada individu dengan masalah isolasi social secara berkelompok. Dengan pertimbangan bahwa individu membutuhkan dukungan social baik dari dalam keluarga maupun dari luar keluarga serta lingkungan dimana klien tinggal. Kriteria pemberian psikoterapi kelompok adalah suatu kelompok individu yang berkumpul untuk satu tujuan terapeutik, dibantu oleh seorang pemimpin yang profesional, interaksi serta hubungan antar anggota digunakan sebagai alat untuk mengklarifikasi, memotivasi, atau mengubah perilaku (Powles, 1964 dalam Scott, 1995). Diharapkan dengan terapi suportif ini mampu mengakomodasi respon negatif dan mengatasi masalah klien dengan isolasi social

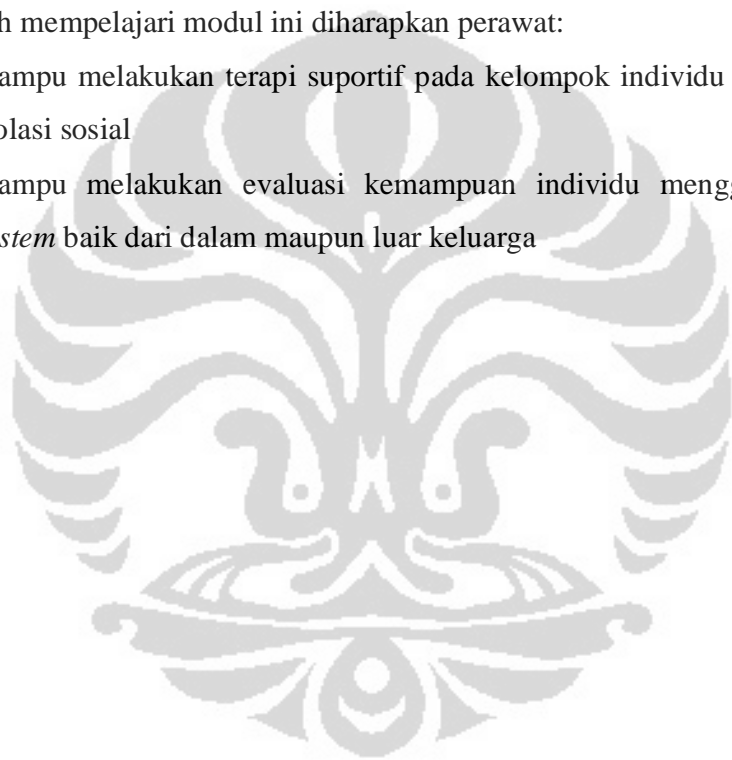
Strategi dasar dalam terapi suportif adalah menciptakan suasana yang aman dimana anggota dapat bekerja bersama terapis untuk mengatasi rintangan baik dari dalam maupun dari luar yang hadir dalam mencapai tujuannya (Appelbaum, 2005). Pemberiannya terapi suportif dapat dilakukan satu atau dua kali dalam

seminggu dengan durasi 50 menit setiap sesinya (Rockland, 1989), namun menurut Holmes (1995), di Inggris pelaksanaannya dapat kurang dari satu minggu yakni bisa empat hari sekali, sebulan sekali, atau bahkan dua bulan sekali dengan durasi 20-50 menit untuk setiap sesinya. Jadi pemberian terapi suportif dapat diberikan dengan mempertimbangkan waktu serta kondisi anggota yang akan menerimanya.

B. Tujuan

Setelah mempelajari modul ini diharapkan perawat:

1. Mampu melakukan terapi suportif pada kelompok individu dengan masalah isolasi sosial
2. Mampu melakukan evaluasi kemampuan individu menggunakan *support system* baik dari dalam maupun luar keluarga



BAB II

PEDOMAN PELAKSANAAN TERAPI KELOMPOK SUPORTIF PADA INDIVIDU DENGAN MASALAH ISOLASI SOSIAL

Terapi suportif merupakan bentuk terapi kelompok yang dapat dilakukan pada berbagai situasi dan kondisi diantaranya pada individu dengan masalah isolasi social di tatanan Rumah Sakit.

A. Pengertian

Supportif group merupakan sekumpulan orang-orang yang berencana, mengatur dan berespon secara langsung terhadap issue-isue dan tekanan yang khusus maupun keadaan yang merugikan. Tujuan awal dari grup ini didirikan adalah memberikan support dan menyelesaikan pengalaman dan atau masalah psikososial dari masing-masing anggotanya (Grant-Iramu, 1997 dalam Hunt, 2004).

Menurut Heller, dkk.(1997, dalam Chien, Chan, dan Thompson, 2006), hasil penelitian mengindikasi *peer support* (dukungan kelompok) berhubungan dengan peningkatan fungsi secara psikologis dan beban keluarga. Sedangkan mutual support (dukungan yang bermanfaat) adalah suatu proses partisipasi dimana terjadi aktifitas berbagi berbagai pengalaman (*sharing experiences*), situasi, dan masalah yang difokuskan pada prinsip memberi dan menerima, mengaplikasikan keterampilan swabantu (*self help*), dan pengembangan pengetahuan (Cook, dkk., 1999 dalam Chien, Chan, dan Thompson, 2006).

Dengan demikian pengertian terapi supportif pada individu yang mengalami masalah isolasi social adalah terapi yang diberikan kepada sekumpulan dua orang atau lebih yang memiliki masalah kurangnya keterampilan berinteraksi social melalui cara mengklarifikasi permasalahan yang dihadapi sehingga individu mampu memanfaatkan *support system* yang dimilikinya dan mengekspresikan

pikiran serta perasaannya, mampu menggunakan strategi koping yang adaptif melalui ekspresi verbal dan perilaku sehingga pada akhirnya mampu mendemonstrasikan kemampuan psikomotornya untuk melatih menggunakan system pendukung yang ada baik dari dalam maupun dari luar keluarga.

B. Tujuan Terapi Suportif

Tujuan terapi suportif ini adalah memberikan *support* terhadap klien sehingga mampu menyelesaikan krisis yang dihadapinya dengan cara membangun hubungan yang bersifat suportif antara klien dan terapis, meningkatkan kekuatan dan keterampilan dalam menggunakan sumber kopingnya , meningkatkan kemampuan klien mencapai kemandirian seoptimal mungkin, serta meningkatkan kemampuan mengurangi distres subyektif dan respon koping yang maladaptif. Pada penelitian ini , terapi suportif bertujuan mengetahui kemampuan positif dari sistem pendukung dalam keluarga dan luar keluarga, meningkatkan kemampuan klien isolasi sosial di dalam menggunakan sistem pendukung yang ada baik dari dalam keluarga maupun di luar keluarga serta mampu megidentifikasi hambatan di dalam penggunaan sistem pendukung yang ada.

C. Prinsip terapi suportif

Beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam memberikan terapi suportif individu (Klingberg, 2010) :

1. Mengangkat harga diri / dukungan internal
2. Mengaktifkan dukungan eksternal
3. Menasehati dan memberi saran/arahan
4. Pemecahan masalah yang ada
5. *Structuring*

D. Karakteristik terapi suportif

1. Kelompok kecil berjumlah 7-10 orang
2. Anggota homogen

3. Anggota berpartisipasi penuh dan mempunyai otonomi
4. Kepemimpinan kolektif
5. Keanggotaan sukarela dan non politik
6. Anggota saling membantu dan dapat melakukan pertemuan di luar sesi.

E. Aturan dalam terapi suportif

Aturan dalam pemberian terapi suportif meliputi :

1. Terapis dan anggota kelompok (klien) berperan aktif dengan komunikasi dua arah. Terapis harus selalu berperan serta aktif dalam memimpin dan tiap anggota kelompok berperan secara aktif untuk berbagi pengetahuan dan harapan terhadap pemecahan masalah serta menemukan solusi melalui kelompok
2. Melibatkan dukungan dari keluarga dan sosial serta tanggung jawabnya dalam pengambilan keputusan
3. Terapis memberikan umpan balik kepada anggota kelompok, menghindari interogasi dan konfrontasi. Melakukan klarifikasi kepada anggota kelompok tentang masalahnya dengan memberikan saran , memberikan pendidikan kesehatan
4. Kenyamanan secara fisik dan emosi harus tetap terjaga. Sesama anggota kelompok dapat saling membantu, menghargai privacy dan kerahasiaan anggota kelompok
5. Anggota kelompok harus mengekspresikan pikiran dan perasaannya
6. Tujuan terapi harus dijaga dari awal sampai akhir

F. Keanggotaan terapi suportif

Syarat yang harus dipenuhi dalam keanggotaan ,meliputi :

1. Anggota kelompok adalah klien yang memiliki masalah isolasi sosial
2. Berusia antara 18 sampai 55 tahun
3. Bersedia untuk berpartisipasi penuh selama mengimuti terapi
4. Dapat membaca dan menulis

G. Pengorganisasian terapi suportif

1. Leader terapi suportif

Terapi dipimpin oleh terapis dengan tugasnya meliputi :

- a. Memimpin jalannya diskusi
- b. Menentukan lamanya pertemuan (45 menit)
- c. Menciptakan dan mempertahankan suasana yang bersahabat agar anggota kelompok dapat kooperatif, produktif dan berpartisipasi
- d. Membimbing diskusi , memberikan stimulasi kepada anggota dan mencegah monopoli saat diskusi
- e. Memberikan kesempatan anggota untuk mengungkapkan apa yang diketahuinya tentang cara-cara berkomunikasi dengan lingkungan sekitar
- f. Memberikan kesempatan anggota kelompok untuk mengekspresikan masalahnya
- g. Memberikan motivasi anggota untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya
- h. Memberikan umpan balik positif kepada anggota kelompok mengenai kemampuan bersosialisasi yang sudah benar dilakukannya selama ini
- i. Memberikan masukan dan penjelasan mengenai cara berkomunikasi yang belum diketahui dan dipahami anggota kelompok

2. Anggota kelompok terapi suportif

Tugas klien sebagai anggota kelompok meliputi :

- a. Mengikuti proses pelaksanaan terapi suportif sesuai dengan kesepakatan yang telah dibuat antara anggota kelompok dan terapis
- b. Berpartisipasi aktif selama proses kegiatan berlangsung , memberikan masukan, umpan balik selama proses diskusi dan melakukan simulasi

H. Waktu pelaksanaan terapi suportif

Waktu pelaksanaan terapi sesuai dengan kesepakatan kelompok. Pertemuan dilaksanakan setiap hari atau disesuaikan dengan kebutuhan klien dengan alokasi waktu selama kegiatan 45 menit.

I. Tempat pelaksanaan terapi suportif

Tempat pelaksanaan terapi ini menggunakan ruang rawat inap di RSJD Dr Amino Gondohutomo Semarang

J. Pelaksanaan terapi suportif

Pada penelitian ini, terapi suportif dilaksanakan dalam 4 (empat) sesi, yakni :

Sesi pertama : Mengidentifikasi kemampuan klien dalam bersosialisasi

Pada sesi ini, yang dilakukan mendiskusikan dengan anggota kelompok (klien) mengenai apa yang diketahuinya mengenai isolasi sosial, kemampuan klien didalam bersosialisasi, cara yang biasa dilakukan dan hambatannya dalam bersosialisasi. Selain itu memberi motivasi pada klien untuk mengungkapkan pendapat dan pikirannya tentang berbagai macam informasi yang diketahui, memberi umpan balik positif kepada klien mengenai cara bersosialisasi yang sudah benar dilakukannya selama ini, dan memberikan masukan serta penjelasan mengenai cara bersosialisasi yang belum diketahui. Hasil dari sesi pertama ini, klien mampu menjelaskan kemampuan positifnya dalam melakukan sosialisasi dan mengatasi hambatan.

Sesi kedua : Menggunakan sistem pendukung dalam keluarga, monitor, dan hambatannya.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan klien mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta klien untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya. Hasil dari sesi kedua ini, klien memiliki daftar kemampuan

dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga, dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil, serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.

Sesi ketiga : Menggunakan sistem pendukung di luar keluarga, monitor, dan hambatannya.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah mendiskusikan dengan klien mengenai kemampuan positifnya menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dan hambatannya, melatih serta meminta klien untuk melakukan demonstrasi menggunakan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota kelompok lainnya. Hasil dari sesi ketiga ini, klien memiliki daftar kemampuan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga, mengetahui cara menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga, dan mampu memonitor dalam pelaksanaan, hasil, serta hambatan menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga

Sesi keempat : Mengevaluasi hasil dan hambatan penggunaan sumber pendukung yang ada.

Pada sesi ini yang dilakukan adalah melatih kemampuan klien mengemukakan pendapat tentang manfaat kegiatan yang telah dilakukan, mengevaluasi pengalaman yang dipelajari dan pencapaian tujuan, mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun di luar keluarga, dan cara memenuhi kebutuhan tersebut , serta mendiskusikan kelanjutan dari perawatan setelah program terapi. Hasil dari sesi keempat ini, klien mampu mengungkapkan hambatan dan upaya menggunakan berbagai sumber dukungan yang ada baik di dalam maupun di luar keluarga.

Pelaksanaan terapi suportif ini menggunakan area rumah sakit yang dapat dilakukan di salah satu ruang rawat inap. Metode yang digunakan adalah

dinamika kelompok, diskusi, tanya jawab, dan role play dengan setting posisi klien-terapis dalam formasi setengah lingkaran. Adapun alat dan bahan yang diperlukan meliputi: meja, kursi, alat tulis, buku kerja klien.



BAB III

IMPLEMENTASI TERAPI KELOMPOK SUPORTIF

Sesi I: Mengidentifikasi kemampuan bersosialisasi klien

1. Tujuan

- a. Individu mampu menjelaskan apa yang diketahuinya mengenai cara berinteraksi (berbicara dengan orang lain)
- b. Individu mampu menjelaskan respon /dampak yang dirasakan individu.
- c. Individu mampu menjelaskan tujuan, peran, dan tanggung jawabnya berkaitan dengan masaah berinteraksi dengan orang lain
- d. Individu mampu mengidentifikasi masalah atau hambatan dalam upaya melakukan bersosialisasi
- e. Individu mampu mengidentifikasi kebutuhan yang diperlukan untuk mengatasi masalah

2. Setting

- a. Anggota kelompok dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran.
- b. Ruangan dalam kondisi nyaman dan tenang.

3. Alat

- a. Meja dan kursi
- b. Alat tulis
- c. *Blind fold*
- d. Kertas/buku

4. Metoda

- a. Diskusi
- b. Tanya jawab
- c. *Case study*
- d. *Role play*
- e. Demonstrasi dan re-demonstrasi

5. Langkah-langkah pelaksanaan

a. Persiapan

- 1) Membuat kontrak dengan anggota kelompok
- 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

b. Orientasi

- 1) Salam terapeutik:
 - a. Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh anggota
 - b. Seluruh anggota saling memperkenalkan diri.
- 2) Evaluasi validasi:
 - a. Menanyakan perasaan anggota kelompok pada hari ini.
 - b. Menanyakan apa yang dirasakan anggota kelompok sekarang.

3) Kontrak

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

4) Doa bersama

c. Kerja

- 1) Meminta pada seluruh anggota untuk menjelaskan cara – cara berinteraksi/berbicara dengan orang lain
- 2) Memberikan pujian atas kemampuan anggota kelompok menyampaikan pendapatnya.
- 3) Menanyakan pada seluruh anggota kelompok mengenai apa masalah dan hambatan dalam melakukan interaksi dengan orang lain
- 4) Memberikan pujian atas kemampuan anggota kelompok menyampaikan pendapatnya.
- 5) Mendiskusikan dalam kelompok cara yang tepat mengatasi masalah dan hambatan dalam berinteraksi dengan orang lain

d. Terminasi

- 1) Evaluasi Subjektif

- a. Menanyakan kepada kelompok perasaannya setelah mengikuti terapi.
 - b. Terapis memberikan pujian kepada kelompok.
- 2) Evaluasi objektif
- a. Menanyakan masalah yang dihadapi selama ini.
 - b. Menanyakan sumber pendukung yang dapat digunakan.
- 3) Rencana tindak lanjut
- a. Memotivasi seluruh anggota kelompok untuk mengenal masalah, hambatan dan ketidakmampuan dalam melakukan sosialisasi.
- 4) Kontrak yang akan datang
- a. Bersama anggota kelompok menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.
 - b. Bersama anggota kelompok menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.
- 5) Doa penutup

6. Evaluasi dan dokumentasi

a. Evaluasi

Kemampuan anggota kelompok yang dievaluasi: menyampaikan cara berbicara dg orang lain, menyampaikan masalah dan hambatan, berdiskusi dg kelompok cara yang tepat untuk mengatasi masalah

Format evaluasi proses

Sesi I : Identifikasi kemampuan bersosialisasi klien

Hari/Tanggal :

No	Kegiatan	Anggota											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Memperkenalkan diri												
2	Menyampaikan cara berbicara dengan orang lain												
3	Menyampaikan masalah atau hambatan yang dialami												
4	Berdiskusi dalam kelompok untuk menentukan cara yang tepat dalam mengatasi masalah												
5	Aktif dalam kegiatan												

- c. Individu mampu membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.
- d. Individu mampu mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.

2. Setting

- a. Kelompok dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran.
- b. Ruang dalam kondisi nyaman dan tenang.

3 Alat

- a. Meja dan kursi
- b. Alat tulis , kertas / buku
- c. Audio visual/gambar terkait materi

4 Metoda

- a. Diskusi & tanya jawab
- b. *role play*
- c. Demonstrasii dan re-demonstrasi

5 Langkah-langkah pelaksanaan

- a. Persiapan
 - 1) Membuat kontrak dengan anggota kelompok.
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
- b. Orientasi
 - 1) Salam terapeutik
Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh anggota kelompok.
 - 2) Evaluasi validasi
 - b. Menanyakan perasaan anggota kelompok pada hari ini.
 - c. Menanyakan hasil diskusi sesi I.
 - 3) Kontrak
Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 50 menit, jika anggota kelompok ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).

4) Doa bersama

c. Kerja

- 1) Mendiskusikan kemampuan positif sistem pendukung yang dalam keluarga: keluarga inti dan keluarga besar.
- 2) Meminta anggota untuk melakukan *role play* penggunaan sistem pendukung yang ada dalam keluarga dengan menggunakan anggota kelompok yang lain berperan sebagai keluarga
- 3) Memberikan pujian atas kemampuan anggota melakukan *role play*.
- 4) Meminta anggota membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.
- 5) Memberikan motivasi pada anggota untuk menggunakannya (sistem pendukung yang ada dalam keluarga
- 6) Mendiskusikan hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada dalam keluarga.

d. Terminasi

- 1) Evaluasi Subjektif
Menanyakan kepada anggota kelompok perasaannya setelah mengikuti terapi.
- 2) Evaluasi objektif
Menanyakan kepada kelompok untuk mengungkapkan kembali kemampuan positif yang dimiliki sumber pendukung yang ada dalam keluarga.
- 3) Rencana tindak lanjut
 - a. Menganjurkan kepada kelompok untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sumber pendukung yang ada dalam keluarga
- 4) Kontrak yang akan datang
 - a. Bersama kelompok menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.
 - b. Bersama kelompok menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.

5) Doa penutup

6. Evaluasi dan dokumentasi

a. Evaluasi

Kemampuan klien yang dievaluasi: mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung dalam keluarga, mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung dalam keluarga, mendemonstrasikan penggunaan sistem pendukung dalam keluarga dengan melibatkan anggota lain dalam kelompok, mengungkapkan hasil monitor terhadap pelaksanaan, hasil, dan hambatan menggunakan sistem pendukung dalam keluarga.

Format Evaluasi

Sesi II : Menggunakan sistem pendukung yang ada di dalam keluarga

Hari/Tanggal :

No	Kegiatan	Anggota											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Mengungkapkan sistem pendukung yang ada di dalam keluarga												
2	Mengungkapkan hambatan dalam menggunakan pendukung di dalam keluarga												
3	Mengungkapkan cara yang biasa dilakukan oleh untuk mengatasi hambatan dalam menggunakan pendukung												
4	Berdiskusi dalam kelompok untuk menentukan cara yang tepat dalam mengatasi masalah												
5	Aktif dalam kegiatan												

Keterangan :

- a). Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- b). Nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan
- c). Jika nilai total ≥ 4 : klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- d). Jika nilai total < 4 : klien dikeluarkan dari kelompok

- d. Individu mampu mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

2. Setting

- a. Kelompok dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran.
- b. Ruangan dalam kondisi nyaman dan tenang.

3. Alat

- a. Meja dan kursi
- b. Alat tulis , kertas/buku
- c. Audio visual/gambar terkait materi

4. Metoda

- a. Diskusi & tanya jawab
- b. Redemonstrasi atau *role play*

5. Langkah-langkah pelaksanaan

- a. Persiapan
 - 1) Membuat kontrak dengan kelompok.
 - 2) Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
- b. Orientasi
 - 1) Salam terapeutik
Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh anggota kelompok.
 - 2) Evaluasi validasi
 - (a) Menanyakan perasaan anggota kelompok pada hari ini.
 - (b) Menanyakan hasil diskusi sesi II.
 - 3) Kontrak
Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 50 menit, jika anggota ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).
 - 4) Doa bersama

c. Kerja

- 1) Mendiskusikan kemampuan positif sistem pendukung yang ada di luar keluarga: kelompok dalam masyarakat, pelayanan di masyarakat, dan pelayanan spesialis.
- 2) Meminta anggota kelompok untuk melakukan *role play* penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.
- 3) Memberikan pujian atas kemampuan kelompok melakukan *role play*.
- 4) Meminta kelompok membuat jadwal penggunaan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.
- 5) Memberikan motivasi pada kelompok untuk menggunakannya (sistem pendukung yang ada di luar keluarga)
- 6) Mendiskusikan hambatan dalam menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga.

d. Terminasi

- 1) Evaluasi Subjektif
Menanyakan kepada kelompok perasaannya setelah mengikuti terapi.
- 2) Evaluasi objektif
Menanyakan kepada kelompok untuk mengungkapkan kembali kemampuan positif yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar keluarga.
- 3) Rencana tindak lanjut
 - a. Menganjurkan kepada kelompok untuk menggunakan kemampuan yang dimiliki sumber pendukung yang ada di luar keluarga
- 4) Kontrak yang akan datang
 - a. Bersama kelompok menentukan waktu dan tempat untuk pertemuan berikutnya.
 - b. Bersama kelompok menyepakati topik untuk pertemuan yang akan datang.
- 5) Doa penutup

6. Evaluasi dan dokumentasi

a. Evaluasi

Kemampuan anggota kelompok yang dievaluasi: mengidentifikasi kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung di luar keluarga, mengidentifikasi hambatan dalam menggunakan kemampuan positif yang dimiliki sistem pendukung di luar keluarga, mendemonstrasikan penggunaan sistem pendukung di luar keluarga dengan melibatkan anggota lain dalam kelompok

Format Evaluasi

Sesi III : Menggunakan sistem pendukung yang ada di luar keluarga

Hari/Tanggal :

No	Kegiatan	Anggota											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Mengungkapkan sistem pendukung yang ada di luar keluarga												
2	Mengungkapkan hambatan dalam menggunakan pendukung di luar keluarga												
3	Mengungkapkan cara yang biasa dilakukan oleh untuk mengatasi hambatan dalam menggunakan pendukung												
4	Berdiskusi dalam kelompok untuk menentukan cara yang tepat dalam mengatasi masalah												
5	Aktif dalam kegiatan												

Keterangan :

- Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- Nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan
- Jika nilai total ≥ 4 : klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- Jika nilai total < 4 : klien dikeluarkan dari kelompok

b. Dokumentasi

Pada dokumentasi dituliskan ungkapan secara singkat apa yang telah disampaikan oleh anggota kelompok, yaitu mengidentifikasi sistem pendukung yang ada di luar keluarga serta hambatan dalam menggunakannya.

2. Setting

- a. Kelompok dan terapis duduk dalam formasi setengah lingkaran.
- b. Ruangan dalam kondisi nyaman dan tenang.

3. Alat

- a. Meja dan kursi
- b. Alat tulis , kertas/buku
- c. Audio visual/gambar terkait materi

4. Metoda

- a. Diskusi & tanya jawab
- b. *role play*
- c. Re-demonstrasi

5. Langkah-langkah pelaksanaan

- a. Persiapan
 1. Membuat kontrak dengan kelompok.
 2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.
- b. Orientasi
 1. Salam terapeutik
Terapis menyampaikan salam terapeutik kepada seluruh anggota kelompok.
 2. Evaluasi validasi
 - (a) Menanyakan perasaan kelompok pada hari ini.
 - (b) Menanyakan hasil diskusi sesi III.
 3. Kontrak
Menjelaskan tujuan kegiatan dan peraturan terapi (lama kegiatan 50 menit, jika anggota ingin meninggalkan kelompok meminta ijin terlebih dahulu pada terapis).
 4. Doa bersama

c. Kerja

1. Menanyakan pada seluruh anggota tentang pengalaman yang dipelajari berkaitan dengan penggunaan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga dan meminta mengevaluasinya.
2. Memberikan pujian atas kemampuan anggota kelompok menyampaikan pendapatnya dan *reinforcement* atas pengalamannya menggunakan sistem pendukung baik di dalam maupun di luar keluarga.
3. Mendiskusikan hambatan dan kebutuhan yang diperlukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga.
4. Mendiskusikan upaya yang diperlu dilakukan berkaitan dengan penggunaan sumber pendukung yang ada baik di dalam keluarga maupun diluar keluarga.
5. Mendiskusikan rencana kelanjutan dari perawatan setelah program terapi.

d. Terminasi

- 1) Evaluasi Subjektif
Menanyakan kepada kelompok perasaannya setelah mengikuti terapi.
- 2) Evaluasi objektif
Menanyakan kepada seluruh anggota untuk mengungkapkan kembali kemampuannya dalam memilih tindakan untuk memenuhi kebutuhan.
- 3) Rencana tindak lanjut
Menganjurkan kembali kepada anggota kelompok untuk mengingat dan mempraktekan kemampuan positif sistem pendukung baik yang di dalam maupun di luar keluarga.
- 4) Kontrak yang akan datang
Menyampaikan pada seluruh anggota kelompok bahwa sesi pertemuan sudah selesai. Bila anggota kelompok masih mempunyai masalah dapat menghubungi perawat di ruangan masing-masing.
- 5) Doa penutup

6. Evaluasi dan dokumentasi

a. Evaluasi

Kemampuan klien yang dievaluasi: klien mampu mengungkapkan hasil evaluasinya terhadap pengalaman yang dipelajarinya dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada, klien mampu mengungkapkan hasil evaluasinya terhadap pencapaian tujuan menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada, klien mampu mengungkapkan hambatan berkomunikasi dalam menggunakan berbagai sistem pendukung yang ada, klien mampu menyatakan kesediaannya mengikuti kelanjutan perawatan setelah program terapi.

Format Evaluasi

Sesi IV : Evaluasi hasil dan hambatan menggunakan sistem pendukung

Hari/Tanggal :

No	Kegiatan	Anggota											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Hadir dalam terapi												
2	Menyampaikan pengalaman menggunakan sistem pendukung.												
3	Menyampaikan hambatan menggunakan sistem pendukung.												
4	Menyampaikan upaya mengatasi hambatan menggunakan sistem pendukung												
5	Aktif dalam kegiatan												

Keterangan :

- a). Nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan
- b). Nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan
- c). Jika nilai total ≥ 4 : klien dapat melanjutkan ke sesi berikutnya
- d). Jika nilai total < 4 : klien dikeluarkan dari kelompok

DAFTAR PUSTAKA

- Appelbaum, A.H. (1995). *Supportive Therapy*, ¶4, <http://www.focus.psychiatryonline.org/cgi>. Diperoleh tanggal 2 Maret 2010.
- Chien, W.T., Chan, S.W.C., dan Thompson, D.R. (2006), ¶12, <http://bjp.rcpsych.org/cgi>. Diperoleh tanggal 9 Maret 2010.
- Hernawati,(2008),Terapi Supportif Keluarga pada keluarga dengan dengan klien gangguan jiwa, Draft terapi spesialis keperawatan jiwa (makalah).Tidak dipublikasikan
- Holmes, J. (1995). *Supportive Psychotherapy The Search For Positive Meanings*. ¶1, <http://www.bjp.rcpsych.org/cgi>. Diperoleh tanggal 2 Maret 2010.
- Hunt. (2004). *A Resource Kit for Self Help / Support Groups for People Affected by an Eating Disorder*. <http://www.medhelp.org/njgroups/VolunteerGuide.pdf> Diperoleh tanggal 6 Maret 2010.
- Klingberg S, dkk (2010), Supportive Therapy for Schizophrenic Disorders, www.karger.com/ver, DOI :10.1159/000318718, diunduh tanggal 27 Februari 2011.
- Scott, J.E. and Dixon, L.B. (1995). *Psychological Interventions for Schizophrenia*, ¶13, <http://www.schizophreniabulletin.oxfordjournals.org>. Diperoleh tanggal 2 Maret 2010.
- Stuart, G.W., and Laraia (1998). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7th ed.). St. Louis : Mosby Year.