



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIORAL SOCIAL SKILLS*  
*TRAINING (CBSST)* TERHADAP KEMAMPUAN  
BERSOSIALISASI KLIEN ISOLASI SOSIAL  
DI BLU RS DR. H. MARZOEKI MAHDI  
BOGOR TAHUN 2010**

**TESIS**

**J u m a i n i**

**NPM. 0806446416**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
DEPOK  
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIORAL SOCIAL SKILLS*  
*TRAINING (CBSST)* TERHADAP KEMAMPUAN  
BERSOSIALISASI KLIEN ISOLASI SOSIAL  
DI BLU RS DR. H. MARZOEKI MAHDI  
BOGOR TAHUN 2010**

**TESIS**

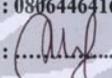
**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar magister ilmu keperawatan  
kekhususan keperawatan jiwa**

**J u m a i n i  
NPM. 0806446416**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
DEPOK  
JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Jumaini  
NPM : 0806446416  
Tanda Tangan :   
Tanggal : 16 Juli 2010

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis  
Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

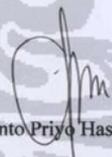
Depok, 16 Juli 2010

Pembimbing I



(Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc)

Pembimbing II



(Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes)

**HALAMAN PENGESAHAN**

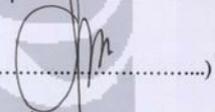
Tesis ini diajukan oleh,

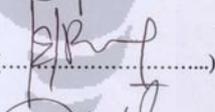
Nama : Jumaini  
NPM : 0806446416  
Program studi : Magister Ilmu Keperawatan Jiwa  
Judul Tesis : Pengaruh *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST) Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Klien Isolasi Sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor Tahun 2010

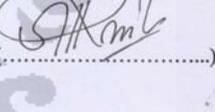
Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

**DEWAN PENGUJI**

Pembimbing : Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc (.....)

Pembimbing : Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes (.....)

Penguji : Herni Susanti, SKp, MN (.....)

Penguji : Akemat, SKp, M.Kes (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 16 Juli 2010

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan Tesis dengan judul ” **Pengaruh *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)* Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Klien Isolasi Sosial di BLU RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**”. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis banyak mendapat bantuan, bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak sehingga laporan tesis ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. Ibu Dewi Irawati, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetty, SKp., M.App.Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana S2 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc, selaku Pembimbing I yang telah membimbing peneliti dengan sabar, tekun, bijaksana dan cermat memberikan masukan dan motivasi dalam penyusunan laporan tesis ini.
4. Bapak Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes, selaku Pembimbing II yang telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyusunan laporan tesis ini.
5. Ibu Novy Helena, C.D., S.Kp, M.Sc, selaku Co Pembimbing yang memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyusunan laporan tesis ini.
6. Ibu dr. Hj. Irwani Muthalib, Sp.KJ., selaku Direktur Utama BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang telah memberikan izin melakukan penelitian di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
7. Seluruh staf non akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memfasilitasi dalam penyusunan tesis ini.

8. Seluruh perawat dan pasien di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang telah memfasilitasi dan berpartisipasi dalam proses penyusunan tesis ini.
9. Orang tua saya dan keluarga yang senantiasa memberikan dukungan do'a, moral, dan material selama saya menempuh program pendidikan ini.
10. Rekan-rekan angkatan IV (2008) Program Magister Keperawatan Jiwa yang selalu memberikan dukungan terbaik dalam penyusunan tesis ini.
11. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas semua kebaikan yang telah Bapak/Ibu/Saudara/i berikan dan mudah-mudahan laporan tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan jiwa.

Depok, Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Jumaini  
NPM : 080946416  
Program Studi : Pascasarjana  
Departemen : Keperawatan Jiwa  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Pengaruh *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST) Terhadap  
Kemampuan Bersosialisasi Klien Isolasi Sosial di BLU  
RS Dr. H. Marzoeki Makdi Bogor Tahun 2010**

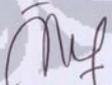
beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 16 Juli 2010

Yang menyatakan

  
(Jumaini)

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

Tesis, Juli 2010

Jumaini

Pengaruh *cognitive behavioral social skills training* (CBSST) terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor

xvi + 161 hal + 14 tabel + 5 skema + 18 lampiran

Abstrak

Isolasi sosial sebagai salah satu gejala negatif skizofrenia merupakan kegagalan individu untuk menjalin interaksi dengan orang lain akibat dari pikiran-pikiran negatif serta pengalaman yang tidak menyenangkan sebagai ancaman terhadap individu. Tujuan penelitian adalah mengetahui pengaruh terapi CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor. Desain penelitian *quasi experimental pre-post test with control group*. Sampel berjumlah 60 orang yang meliputi 29 orang kelompok intervensi dan 31 orang kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi meningkat secara bermakna setelah dilakukan terapi CBSST ( $p \text{ value} < 0.05$ ). Peningkatan kemampuan bersosialisasi lebih tinggi secara bermakna pada kelompok yang mendapat CBSST dibandingkan kelompok yang tidak mendapatkan CBSST ( $p \text{ value} < 0.05$ ). CBSST direkomendasikan diterapkan sebagai terapi keperawatan dalam merawat klien dengan isolasi sosial.

**Kata kunci** : *cognitive behavioral social skills training*, kemampuan bersosialisasi, klien isolasi sosial

Daftar pustaka : 85 (1997 -2010)

**POST GRADUATE PROGRAMME  
MAJORING IN PSYCHIATRIC NURSING  
FACULTY OF NURSING  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2010  
Jumaini

The Effect of cognitive behavioral social skills training (CBSST) on socialization ability the client with social isolation at Dr. H. Marzoeki Mahdi hospital in Bogor

xvi + 161 pages + 14 table + 4 schemes + 18 appendixes

Abstract

Social isolation as one of the negative symptoms of schizophrenia is the failure of individuals to establish interaction with others resulting from negative thoughts and unpleasant experiences as a threat to the individual. The purpose of this study was to determine the effects of CBSST therapy on socialization ability the client with social isolation in the Marzoeki Mahdi hospital, Bogor. The research design was quasi-experimental pre-post test with control group. The sample of this research are clients of social isolation with amount of 60 respondents including 29 respondents in the intervention group and 31 respondents in the control group. The results showed that the cognitive ability to judge ourselves, others and the environment and psychomotor ability in socialization increased significantly after CBSST therapy ( $p$  value  $< 0.05$ ). This research showed significant comparison of socialization ability in socialization between group with CBSST therapy and neither ( $p$  value  $< 0,05$ ). CBSST therapy recommended as nursing therapy used to treat client with social isolation.

Key words : cognitive behavioral social skills training, socialization ability, social isolation, client with social isolation

References : 85 (1997 - 2010)

## DAFTAR ISI

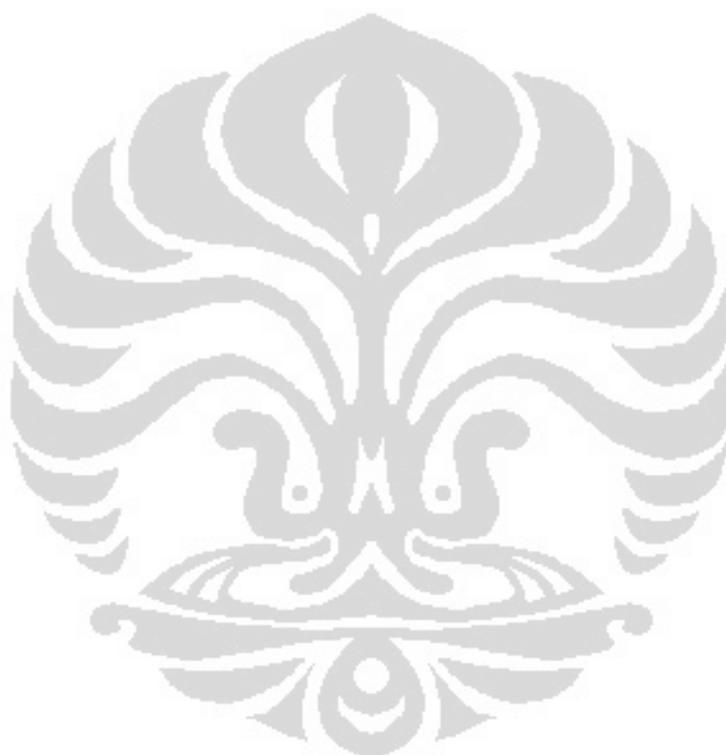
HALAM SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	viii
ABSTRAK.....	ix
<i>ABSTRACT</i> .....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR SKEMA.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	13
1.3 Tujuan Penelitian .....	15
1.4 Manfaat Penelitian .....	16
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>17</b>
2.1 Skizofrenia .....	17
2.2 Isolasi Sosial .....	23
2.2.1 Pengertian.....	23
2.2.2 Proses Terjadinya Isolasi Sosial.....	24
2.2.3 Tanda dan Gejala.....	39
2.2.4 Diagnosa Keperawatan.....	41
2.2.5 Tindakan Keperawatan.....	42

2.3 <i>Cognitive Behavioral Sosial Skills Training (CBSST)</i> .....	44
2.4 Pedoman <i>Cognitive Behavioral Sosial Skills Training (CBSST)</i> .....	61
<b>BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL</b> .....	<b>69</b>
3.1 Kerangka Teori.....	69
3.2 Kerangka Konsep .....	73
3.3 Hipotesis.....	76
3.4 Definisi Operasional .....	76
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	<b>79</b>
4.1 Desain Penelitian.....	79
4.2 Populasi dan Sampel .....	80
4.3 Tempat Penelitian .....	84
4.4 Waktu Penelitian .....	84
4.5 Etika Penelitian .....	85
4.6 Alat Pengumpul Data .....	86
4.7 Uji Coba Instrumen.....	88
4.8 Prosedur Pengumpulan Data.....	90
4.9 Analisis Data .....	95
<b>BAB V HASIL PENELITIAN</b> .....	<b>102</b>
5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian .....	102
5.2 Hasil Penelitian.....	107
<b>BAB VI. PEMBAHASAN</b> .....	<b>125</b>
6.1 Pengaruh terapi CBSST terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan .....	126
6.2 Pengaruh terapi CBSST terhadap kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi .....	133
6.3 Faktor yang berhubungan dengan kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi .....	145

6.4 Keterbatasan penelitian.....	154
6.5 Implikasi hasil penelitian.....	155
<b>BAB VII. SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>158</b>
7.1 Simpulan.....	158
7.2 Saran .....	159

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel <i>Confounding</i> .....	77
Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel <i>Dependent</i> .....	78
Tabel 3.3	Definisi Operasional Variabel <i>Independent</i> .....	78
Tabel 4.1	Pemetaan jumlah sampel akhir di tiap ruang pada penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi Bogor tahun 2010 .....	84
Tabel 4.2	Kisi-kisi kuesioner kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010.....	87
Tabel 4.3	Kisi-kisi kuesioner kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi pada penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di RSMM Bogor tahun 2010..	88
Tabel 4.4	Analisis bivariat variabel penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010.....	98
Tabel 4.5	Analisis multivariat variabel penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010.....	101
Tabel 5.1	Pemetaan responden kelompok intervensi dan kontrol pada penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi	

klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010 .....	103
Tabel 5.2 Rincian pelaksanaan sesi-sesi CBSST pada penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010.....	105
Tabel 5.3 Analisis usia dan lama sakit klien isolasi sosial responden pada kelompok intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010 .....	108
Tabel 5.4 Analisis jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan peran serta pada TAKS klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010.....	109
Tabel 5.5 Analisis kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan terapi CBSST di BLU RSMM Bogor tahun 2010 .....	112
Tabel 5.6 Analisis perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010 .....	114
Tabel 5.7 Analisis selisih perbedaan peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial sebelum dan sesudah dilakukan terapi CBSST ada kelompok intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010 .....	115
Tabel 5.8 Analisis perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah dilakukan terapi	

CBSST di BLU RSMM Bogor tahun 2010.....	116
Tabel 5.9 Analisis kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan terapi CBSST di BLU RSMM Bogor tahun 2010.....	117
Tabel 5.10 Analisis perbedaan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010 .....	119
Tabel 5.11 Analisis selisih perbedaan peningkatan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sebelum dan sesudah dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010 .....	120
Tabel 5.12 Analisis perbedaan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah dilakukan terapi CBSST di BLU RSMM Bogor tahun 2010.....	121
Tabel 5.13 Faktor yang berhubungan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan di BLU RSMM Bogor tahun 2010.....	123
Tabel 5.14 Faktor yang berhubungan dengan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi di BLU RSMM Bogor tahun 2010 .....	124

## DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Kerangka teori penelitian .....	72
Skema 3.2 Kerangka konsep penelitian .....	75
Skema 4.1 Desain penelitian .....	79
Skema 4.2 Kerangka kerja pelaksanaan penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010 .....	91
Skema 4.3 Kerangka kerja pengaruh terapi CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010 .....	94

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2. Lembar persetujuan
- Lampiran 3. Data demografi responden (Kuesioner A)
- Lampiran 4. Kuesioner kemampuan kognitif (Kuesioner B)
- Lampiran 5. Kuesioner kemampuan psikomotor (Kuesioner C)
- Lampiran 6. Modul terapi CBSST
- Lampiran 7. Keterangan lolos kaji etik
- Lampiran 8. Keterangan lulus uji *expert validity*
- Lampiran 9. Keterangan lulus uji kompetensi
- Lampiran 10. Surat izin studi pendahuluan
- Lampiran 11. Surat pemberitahuan ke ruangan untuk mencari data awal
- Lampiran 12. Surat izin uji coba instrumen dan penelitian
- Lampiran 13. Surat jawaban permohonan izin penelitian dan uji instrumen
- Lampiran 14. Surat pemberitahuan uji instrumen penelitian
- Lampiran 15. Surat izin pengambilan data
- Lampiran 16. Daftar riwayat hidup
- Lampiran 17. Jadwal pelaksanaan terapi CBSST
- Lampiran 18. Jadwal pelaksanaan penelitian

## **BAB 1 PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan jiwa merupakan bagian dari kesehatan secara menyeluruh. Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional (Johnson, 1997, dalam Videbeck, 2008). Sedangkan menurut Stuart dan Laraia (2005) kesehatan jiwa adalah kondisi sejahtera yang dihubungkan dengan rasa bahagia, kepuasan hati, memiliki prestasi/pencapaian, optimis, dan memiliki harapan yang jelas. Definisi-definisi di atas menunjukkan bahwa kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan dan kondisi di mana individu memiliki hubungan yang sehat baik terhadap diri sendiri maupun dengan orang lain di lingkungannya.

Seseorang dikatakan sehat jiwa menurut Stuart dan Laraia (2005) apabila terpenuhi kriteria memiliki perilaku positif, tumbuh kembang dan aktualisasi diri, memiliki integritas diri, memiliki otonomi, memiliki persepsi sesuai realita yang ada serta mampu beradaptasi dengan lingkungannya sehingga mampu melaksanakan peran sosial dengan baik. Maslow (1970, dalam Shives, 2005) menyatakan bahwa seseorang yang sehat jiwa mampu mengaktualisasikan dirinya yang ditunjukkan dengan memiliki konsep diri positif dan memiliki hubungan yang baik dengan orang lain dan lingkungannya, terbuka dengan orang lain, membuat keputusan berdasarkan realita yang ada, optimis, menghargai dan menikmati hidup, mandiri dalam berfikir dan bertindak sesuai dengan standar perilaku dan nilai-nilai, serta kreatif menggunakan berbagai pendekatan dalam penyelesaian masalah.

Gangguan jiwa menurut *American Psychiatric Association* (1994, dalam Shives, 2005) adalah gangguan atau sindrom dengan manifestasi psikologis atau perilaku berupa kerusakan fungsi sosial, psikologis, genetik, fisik/kimia, atau gangguan secara biologis. Townsend (2005) menyatakan gangguan jiwa

merupakan respon maladaptif terhadap stresor dari dalam dan luar lingkungan yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang tidak sejalan dengan budaya/kebiasaan/norma setempat dan mempengaruhi interaksi sosial individu, kegiatan dan fungsi tubuh. Sedangkan menurut Kaplan dan Sadock (2007), gangguan jiwa merupakan gejala yang dimanifestasikan melalui perubahan karakteristik utama dari kerusakan fungsi perilaku atau psikologis yang secara umum diukur dari beberapa konsep norma, dihubungkan dengan distres atau penyakit, tidak hanya dari respon yang diharapkan pada kejadian tertentu atau keterbatasan hubungan antara individu dan lingkungan sekitarnya. Secara umum gangguan jiwa dikarakteristikkan dengan adanya gangguan pikiran, perasaan, dan perilaku serta hubungan dengan orang lain, baik yang berhubungan dengan kondisi fisik, mental, maupun budaya/norma yang berlaku di lingkungan seseorang.

Pada tahun 2002 Badan Kesehatan Dunia/WHO memperkirakan secara global 154 juta orang mengalami depresi dan 25 juta orang menderita skizofrenia; 15 juta orang dibawah pengaruh penyalahgunaan zat terlarang, 50 juta orang menderita epilepsi dan sekitar 877.000 orang meninggal karena bunuh diri tiap tahunnya (*Aide Medicale International*, 2008). WHO (2007) juga melaporkan bahwa 31,7% morbiditas karena gangguan jiwa yang mengakibatkan ketidakmampuan pada penderita disebabkan oleh lima kondisi neuropsikiatri yaitu 11,8% depresi unipolar, 3,3% penyalahgunaan alkohol, 2,8% skizofrenia, 2,4% depresi bipolar dan 1,6% demensia. Data di atas menunjukkan bahwa setiap orang mempunyai potensi yang tinggi untuk mengalami gangguan jiwa berat termasuk skizofrenia dan morbiditas skizofrenia menempati urutan ke-tiga sebagai kondisi neuropsikiatri yang mengakibatkan ketidakmampuan pada penderitanya.

Di Indonesia, berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat secara nasional mencapai 4,6 %o dari jumlah penduduk, dengan kata lain menunjukkan bahwa pada setiap 1000 orang penduduk terdapat empat sampai lima orang menderita

gangguan jiwa berat. Prevalensi tertinggi terdapat di provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta (20,3 ‰), diikuti Nagroe Aceh Darussalam (18,5 ‰), Sumatera Barat (16,7 ‰), NTB (9,9 ‰), dan Sumatera Selatan (9,2 ‰). Angka ini lebih tinggi dari data prevalensi gangguan jiwa WHO yaitu 1-3 ‰ (WHO, 2003).

Peningkatan jumlah penderita gangguan jiwa ini terjadi di sejumlah kota besar di Indonesia. Di RS Jiwa pusat Jakarta tercatat 10.074 kunjungan klien gangguan jiwa pada tahun 2006, meningkat menjadi 17.124 klien pada tahun 2007. Di RS Jiwa Sumatera Utara jumlah klien meningkat 100% dibanding dengan tahun-tahun sebelumnya, pada awal 2008 kunjungan klien 50 orang per hari untuk menjalani rawat inap dan sekitar 70-80 klien rawat jalan, sementara pada 2006-2007 jumlah kunjungan hanya 25-30 klien per hari. Sedangkan di Malang prevalensi gangguan jiwa berat rata-rata mencapai tiga jiwa per 1.000 orang dan jika terjadi tekanan-tekanan hidup seperti dalam satu-dua tahun terakhir dapat dipastikan angka prevalensi gangguan jiwa berat meningkat hingga sembilan jiwa per 1.000 orang (Marsoeki, 2008). Data-data di atas menunjukkan bahwa jumlah gangguan jiwa berat di Indonesia sangat tinggi dan semakin meningkat dari tahun ke tahun.

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). Menurut Keliat (2006) skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita (halusinasi dan waham), afek yang tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesukaran melakukan aktivitas sehari-hari. Sedangkan menurut Halgin dan Whitbourne (2007) skizofrenia merupakan kumpulan gejala berupa gangguan isi dan bentuk pikiran, persepsi, emosi/perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Dengan demikian pada

skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam berhubungan dengan orang lain.

Prevalensi skizofrenia diperkirakan sekitar 1% dari seluruh penduduk dunia tanpa membedakan ras, status sosial, dan lingkungan budaya (Mariani, 2004, dalam Varcarolis, Carson, & Shoemaker, 2006). Insiden dan prevalensi seumur hidup secara kasar sama di seluruh dunia (Buchanan & Carpenter, 2000, dalam Videbeck, 2008). Tidak ditemukan perbedaan prevalensi berdasarkan jenis kelamin pada gangguan skizofrenia, artinya jumlah penderita pria dan wanita seimbang. Perbedaan pada pria dan wanita terjadi pada onset dan bentuk penyakit, dimana onset gangguan muncul lebih awal pada pria dibandingkan wanita yaitu 15-25 tahun untuk pria dan 25-35 tahun untuk wanita. Sedangkan onset sebelum usia 10 tahun dan setelah usia 50 tahun sangat jarang terjadi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pria lebih mungkin memunculkan gejala negatif dibandingkan wanita dan wanita tampaknya memiliki fungsi sosial yang lebih baik daripada pria (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1999; Davison & Neale, 2001, dalam Fausiah & Widury, 2005).

Serangan awal skizofrenia dapat muncul tiba-tiba atau bertahap, tetapi kebanyakan klien menunjukkan perkembangan tanda dan gejala yang lambat dan bertahap. Usia klien saat awitan muncul merupakan faktor penting dalam menentukan seberapa baik kemajuan yang akan dialami 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. Serangan awal skizofrenia yang terjadi secara bertahap, sekitar 50% cenderung mengalami proses klinis segera dan jangka panjang yang lebih buruk dari pada awitan akut dan mendadak (Buchanan & Carpenter, 2000, dalam Videbeck, 2008).

Hal ini menunjukkan bahwa kapan dan bagaimana skizofrenia berkembang akan mempengaruhi hasil akhir kondisi klien.

Skizofrenia terdiri dari tiga kategori gejala, yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala *disorganized* (Andreasen, dkk, 1995; Thompson & Meltzer, 1993, dalam Emery & Oltmanns, 2000; Brady, 2004; Shives, 2005) . Gejala positif atau sering disebut gejala psikotik adalah tanda-tanda yang berlebihan, yang biasanya pada kebanyakan orang tidak ada namun pada klien skizofrenia justru muncul. 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*). Dapat disimpulkan bahwa gejala positif menunjukkan adanya gangguan pikiran, komunikasi, persepsi, dan perilaku.

Gejala negatif atau gejala defisit adalah perilaku yang seharusnya dimiliki oleh orang normal namun tidak dimunculkan oleh klien. Gejala negatif pada skizofrenia berkembang dalam rentang waktu yang lama. Gejala negatif 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. Sedangkan gejala *disorganized* meliputi perilaku yang aneh (misalnya katatonia dimana klien menampilkan perilaku tertentu berulang-ulang, menampilkan pose tubuh yang aneh) dan disorganisasi pembicaraan seperti asosiasi longgar dan inkoherensi. Dengan demikian gejala negatif dan gejala *disorganized* yang terjadi pada klien skizofrenia mengakibatkan kegagalan fungsi intrapersonal maupun interpersonal/berhubungan dengan orang lain.

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). Menurut Varcarolis, Carson, dan Shoemaker (2006) gejala negatif sebagian besar mengganggu klien dalam menyesuaikan diri dan berdampak pada kemampuan memulai dan mempertahankan hubungan, memulai dan mempertahankan percakapan, mempertahankan pekerjaan, membuat keputusan, dan menjaga kebersihan diri. Gejala negatif pada skizofrenia menyebabkan klien mengalami gangguan fungsi sosial dan isolasi sosial.

Stuart dan Laraia (2003, dalam Keliat, 2004) mengatakan perilaku yang sering muncul pada klien skizofrenia antara lain; motivasi kurang (81%), isolasi sosial (72%), perilaku makan dan tidur yang buruk (72%), sukar menyelesaikan tugas (72%), sukar mengatur keuangan (72%), penampilan yang tidak rapi/bersih (64%), lupa melakukan sesuatu (64%), kurang perhatian pada orang lain (56%), sering bertengkar (47%), bicara pada diri sendiri (41%), dan tidak teratur makan obat (40%). Defisit keterampilan sosial sering terjadi pada klien skizofrenia akibat kerusakan fungsi kognitif dan afektif individu (Carson, 2000). Menurut Maramis (2006) klien Skizofrenia 72% mengalami isolasi sosial dan 64% mengalami penurunan kemampuan memelihara diri (makan, mandi, dan berpakaian). Penjelasan ini dapat diartikan bahwa pada sebagian besar klien skizofrenia (72%) mengalami isolasi sosial akibat kerusakan fungsi kognitif dan afektif.

Isolasi sosial atau menarik diri adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain (NANDA, 2007). Menarik diri merupakan suatu usaha untuk menghindari interaksi dengan orang lain, melalui perilaku menghindari untuk menjalin hubungan dengan orang lain (Rawlin's & Heacock, 1993). 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

menghindar 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 pikiran-pikiran negatif serta pengalaman-pengalaman yang tidak menyenangkan sebagai ancaman terhadap individu.

Individu dengan isolasi sosial 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). Menurut Rawlin's dan Heacock (1993) perilaku yang muncul pada klien menarik diri antara lain merasa kesepian, cemas, ketakutan, cepat lelah, lesu, regresi, miskin pikir, harga diri rendah, apatis, tergantung pada orang lain, dan berkeinginan untuk mati. Dapat disimpulkan beberapa perilaku yang sering ditampilkan klien isolasi adalah tidak/jarang berkomunikasi, tidak/jarang kontak mata, menolak berhubungan dengan orang lain, sedih, berdiam diri, dan tidak/malas melakukan kegiatan sehari-hari.

Masalah kesehatan mental meskipun bukan penyebab utama kematian namun saat ini sudah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap negara termasuk Indonesia. Masalah kesehatan jiwa sangat mempengaruhi produktivitas dan kualitas kesehatan perseorangan maupun masyarakat, menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban berat bagi keluarga baik mental maupun materi karena penderita menjadi kronis dan tidak lagi produktif (Maramis, 2008). Hasil studi Bank Dunia (*World Bank*) tahun 1995 di beberapa Negara menunjukkan bahwa hari-hari produktif yang hilang atau *Dissability Adjusted Life Years (DALY's)* akibat masalah kesehatan jiwa mencapai 8,1% dari *Global Burden of Disease*. Angka ini lebih jauh lebih tinggi dari masalah kesehatan lain seperti tuberkulosis (7,2%), kanker (5,8%), penyakit jantung (4,4%), atau malaria (2,6%). Data di atas menunjukkan bahwa beban terkait masalah kesehatan jiwa paling besar dibandingkan

dengan masalah kesehatan lainnya serta masalah kesehatan jiwa berdampak secara sosial sangat serius berupa penolakan, pengucilan dan dampak ekonomi berupa hilangnya hari produktif bagi klien maupun keluarga yang harus merawat serta tingginya biaya perawatan klien.

Menurut WHO (2003) penanganan masalah kesehatan mental secara efektif dan efisien dengan mengkombinasikan antara farmakoterapi, psikoterapi dan penanganan masalah psikososial melalui rehabilitasi. Fokus dalam pemberian pelayanan kesehatan jiwa diawali dengan pemberian farmakoterapi dengan dosis yang efektif, pemberian psikoterapi, terapi kelompok suportif, psikoedukasi pada keluarga dan terapi komunitas (Stuart & Laraia, 2005). Sedangkan menurut Fausiah dan Widury (2005) diperkirakan tidak lebih dari 10% klien skizofrenia yang dapat berfungsi secara baik hanya dengan pendekatan terapi antipsikotik, sedangkan 90% sisanya membutuhkan berbagai pendekatan dinamis termasuk farmakoterapi, terapi individu, terapi kelompok, terapi keluarga, dan perawatan rumah sakit. Dapat disimpulkan bahwa penanganan masalah kesehatan jiwa diperlukan kombinasi terapi obat, psikoterapi/terapi psikososial serta rehabilitasi yang diberikan kepada klien sebagai individu dan kelompok, keluarga, dan masyarakat.

Secara tradisional skizofrenia dipandang sesuatu yang tidak dapat diobati (Stuart & Sundeen, 2005) karena skizofrenia cenderung menjadi kronis (Hawari, 2007). Torrey (1995, dalam Carson, 2000) mengemukakan kemungkinan klien skizofrenia sembuh total 25%, menjadi lebih baik 25%, meningkat cukup baik 25%, tidak dapat sembuh 15%, dan meninggal karena perilaku atau kecelakaan 10%. Hal ini dapat disimpulkan bahwa klien yang mengalami skizofrenia masih mempunyai kesempatan hidup mandiri karena mereka dapat sembuh, sehingga perlu dilakukan upaya-upaya untuk kesembuhan klien.

Antipsikotik (neuroleptik) diprogramkan pada klien skizofrenia terutama karena keefektifannya dalam mengurangi gejala psikotik dan menurunkan

angka kekambuhan. Antipsikotik tipikal atau yang lebih dulu digunakan adalah antagonis dopamin dan mengatasi gejala positif skizofrenia, sedangkan antipsikotik terbaru atau antipsikotik atipikal adalah antagonis serotonin dan dopamin serta pada banyak klien tidak hanya mengurangi gejala positif tetapi juga gejala negatif (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.

Menurut Mueser, dkk (2001, dalam Fontaine, 2003) gangguan fungsi sosial yang ditemukan pada klien skizofrenia merupakan tanda penting terjadinya kekambuhan dan perlunya dirawat di rumah sakit. 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. Kondisi klien sering terabaikan karena tidak secara nyata mengganggu atau merusak lingkungan dan hal ini akan semakin memperparah isolasi sosial (Keliat, dkk, 1999). Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan kepada klien isolasi sosial adalah terapi generalis dan terapi spesialis (terapi psikososial/psikoterapi) yang ditujukan kepada klien sebagai individu, kelompok klien, dan keluarga klien, serta komunitas di sekitar klien. Psikoterapi individu meliputi : terapi kognitif, terapi perilaku, *cognitif behaviour therapy*, dan *social skills training*; terapi keluarga meliputi : *triangle therapy*, *family psychoeducation*; terapi kelompok meliputi : terapi aktivitas kelompok, *logotherapy*, terapi suportif; dan terapi komunitas : *assertive community treatment (ACT)*.

Berbagai riset telah dilakukan untuk mengetahui efektifitas psikoterapi klien dengan skizofrenia maupun secara khusus pada 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 BLU RS Dr. H. Marzoeki 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 responden terdiri dari 30 orang kelompok intervensi dan 30 orang kelompok kontrol. 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.

Penelitian tentang pengaruh *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) terhadap kemampuan kognitif dan perilaku klien harga diri rendah dilakukan oleh Sasmita (2007) di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor menunjukkan hasil terjadi peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku pada kelompok klien yang mendapat CBT. Perilaku menarik diri atau isolasi sosial dapat terjadi pada klien yang mengalami harga diri rendah. Individu yang mengalami kegagalan berulang dalam menghadapi stresor kehidupannya akan muncul pikiran negatif tentang dirinya, orang lain, dan lingkungannya. Klien dengan harga diri rendah menjadi malas dan tidak percaya diri untuk berinteraksi dengan orang lain serta menunjukkan perilaku isolasi sosial.

Perkembangan literatur dan riset menyatakan bahwa intervensi *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dan *Social Skills Training* (SST) efektif untuk meningkatkan kualitas hidup klien skizofrenia usia muda, namun demikian intervensi ini tidak ditujukan untuk memenuhi kebutuhan spesifik klien skizofrenia usia pertengahan dan usia lanjut (McQuaid, 2000). Riset tentang

efektifitas intervensi suatu psikoterapi pada klien skizofrenia kronis usia menengah dan usia lanjut belum banyak dilakukan. Sementara itu jumlah klien skizofrenia kronis usia menengah dan usia lanjut terus meningkat, sehingga dirasakan perlu untuk mengembangkan psikoterapi sesuai kondisi unik klien lanjut usia dengan skizofrenia. Salah satu terapi untuk klien usia menengah dan usia lanjut dengan skizofrenia kronik adalah *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)*.

Menurut Granholm, dkk (2005) CBSST adalah psikoterapi kelompok yang merupakan kombinasi antara *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* dan *Social Skills Training (SST)* yang melatih teknik koping, ketrampilan fungsi sosial, *problem-solving*, dan penanganan gangguan neurokognitif. McQuaid, dkk, (1999) melaporkan hasil pilot studi dan dua studi kasus terhadap 10 (sepuluh) orang responden usia 45 tahun keatas yang didaftarkan di pusat penelitian intervensi (*Interventions Research Center/IRC*) San Diego, California untuk mendukung pengembangan intervensi integrasi *Cognitive-Behavioral* dan *Social Skills Training* pada klien usia menengah dan usia lanjut dengan skizofrenia.

Pada akhir pilot studi responden menyatakan latihan/ketrampilan yang diberikan tepat dan mudah diikuti, responden mendapatkan pengetahuan dan pemahaman yang mendalam tentang masalah gangguan jiwa yang sangat berguna bagi responden, dan responden merasa sangat senang mendengarkan *sharing* antar anggota dalam kelompok. Sedangkan pada studi kasus, setelah mengikuti CBSST responden menyatakan dapat berkomunikasi secara asertif dengan keluarga, dapat berkomunikasi dengan lebih baik kepada semua orang, dan dapat memonitor serta mengatasi gejala yang dialaminya (McQuaid, dkk, 2000).

Penelitian lain dilakukan oleh Granholm, dkk (2005) dengan membandingkan kemampuan kelompok klien yang hanya diberikan intervensi standar dengan kelompok klien yang diberikan intervensi standar ditambah dengan CBSST.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok yang diberikan CBSST memiliki fungsi sosial lebih baik daripada kelompok kontrol dan klien yang mendapatkan CBSST memiliki kognitif yang lebih baik yang dibuktikan dengan kemampuan menilai gejala-gejala yang muncul lebih objektif dan lebih mampu mengatasinya. Granholm, dkk (2006) juga memberikan CBSST pada klien skizofrenia usia 26-55 tahun dengan hasil terjadi peningkatan ketrampilan fungsi sosial dan fungsi kognitif.

Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit (RS) Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor merupakan RS jiwa tertua di Indonesia yang dibangun pada masa pemerintahan Belanda. BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor merupakan rumah sakit rujukan, memiliki kasus yang bervariasi dan cukup banyak, serta sangat terbuka akan pembaharuan. Pada saat ini BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi memiliki 14 ruang rawat inap psikiatri, 6 ruang rawat inap umum, dan ruang rawat inap NAPZA.

Berdasarkan data survey yang diperoleh dari BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi, pada bulan Januari-Desember 2009 diagnosa medis skizofrenia paranoid menempati urutan pertama pada 10 besar diagnosa medis baik di unit rawat jalan (33,27%), unit gawat darurat (36,99%), maupun unit rawat inap (20,03%). Pada tahun 2009, unit pelayanan psikiatri memiliki BOR 64,40%, LOS 86,76 hari, dan TOI 47,96 hari. Berdasarkan data survey yang diperoleh dari mahasiswa S2 (Aplikasi 2 dan Residensi 2), yang melakukan praktik di enam ruang rawat inap psikiatri BLU RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor bulan September-Desember 2009, masalah keperawatan isolasi sosial menempati urutan ke-3 sebagai kasus terbanyak setelah halusinasi dan defisit perawatan diri dengan masing-masing jumlah klien 111 orang (26,24%), 81 orang (19,15%), dan 69 orang (16,31%) dari total klien rawat inap pada rentang waktu tersebut sebanyak 423 orang. Sedangkan pada periode bulan Juni – Desember 2009 klien isolasi sosial berjumlah 504 orang.

Penerapan terapi keperawatan pada masalah isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi masih bersifat generalis yang diberikan kepada individu klien, kelompok klien dan keluarga klien. Namun beberapa klien pernah diberikan terapi spesialis seperti *cognitive therapy*, *behavioral therapy*, *cognitive-behavioral therapy*, *social skills training*, dan psikoedukasi keluarga oleh mahasiswa program magister dan program spesialis keperawatan jiwa FIK UI yang melakukan praktik di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi. Sedangkan CBSST belum pernah diterapkan pada klien isolasi sosial, oleh karena itu peneliti akan menerapkan terapi keperawatan CBSST pada klien isolasi sosial yang dirawat di ruang rawat inap BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

## 1.2 Rumusan Masalah

Isolasi sosial atau menarik diri sebagai salah satu gejala negatif skizofrenia merupakan kegagalan individu untuk menjalin interaksi dengan orang lain sebagai akibat dari pikiran-pikiran negatif serta pengalaman-pengalaman yang tidak menyenangkan sebagai ancaman terhadap individu. 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. Sebagian besar klien skizofrenia (72%) mengalami isolasi sosial akibat kerusakan fungsi kognitif dan afektif.

Skizofrenia dengan berbagai gejala yang muncul merupakan gangguan yang masih memungkinkan untuk sembuh, dimana kemungkinan klien skizofrenia sembuh total 25%, menjadi lebih baik 25%, meningkat cukup baik 25%, dan tidak dapat sembuh 15%. Upaya penyembuhan klien skizofrenia ini dengan memberikan terapi yang meliputi terapi farmaka dan psikoterapi atau terapi psikososial. Kenyataannya klien skizofrenia dengan isolasi sosial sering terabaikan karena tidak secara nyata merusak atau mengganggu orang lain maupun lingkungan, padahal adanya gangguan fungsi sosial atau isolasi sosial

yang ditemukan pada klien skizofrenia merupakan tanda penting terjadinya kekambuhan dan perlunya dirawat di rumah sakit.

Di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, kasus isolasi sosial menempati urutan ke-3 (tiga) sebagai masalah keperawatan terbanyak pada klien yang dirawat inap di unit psikiatri. Klien yang mengalami isolasi sosial masih mendapatkan tindakan keperawatan secara umum (generalis), sedangkan tindakan keperawatan spesialis (terapi psikososial/psikoterapi) telah diberikan pada beberapa klien isolasi sosial yang dirawat oleh mahasiswa program magister dan program spesialis keperawatan jiwa FIK UI yang praktik di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Upaya untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan khususnya pada klien isolasi sosial perlu dilakukan untuk meningkatkan kemampuan klien secara kognitif dan perilaku sosial melalui latihan ketrampilan komunikasi serta *problem-solving*. Pencapaian upaya ini dapat dilakukan melalui pemberian terapi keperawatan spesialis (terapi psikososial) diantaranya terapi CBSST.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka didapatkan masalah penelitian yaitu, isolasi sosial merupakan masalah keperawatan yang menempati urutan ke-3 (tiga) sebagai kasus terbanyak pada klien yang dirawat inap di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dan terapi psikososial CBSST belum diterapkan pada klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Adapun pertanyaan penelitian pada penelitian ini adalah :

- a. Apakah kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi berbeda sebelum dan sesudah mengikuti terapi CBSST di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
- b. Apakah ada perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi klien yang mengikuti terapi CBSST dengan klien yang tidak mengikuti terapi CBSST di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

- c. Apakah ada faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

## 1.2 Tujuan Penelitian

### 1.2.1 Tujuan Umum

Diketahui pengaruh terapi *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST) terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

### 1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Diketahui karakteristik klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
- b. Diketuainya kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum kelompok intervensi mendapat terapi CBSST di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
- c. Diketuainya perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapat terapi CBSST di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
- d. Diketuainya perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi kelompok kontrol sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapat terapi CBSST di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
- e. Diketuainya perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah kelompok intervensi

- mendapat terapi CBSST di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor
- f. Diketuinya faktor yang berhubungan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

### 1.3 Manfaat Penelitian

#### 1.3.1 Manfaat Aplikatif

- a. Dapat digunakan sebagai acuan bagi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan jiwa khususnya pada klien isolasi sosial.
- b. Dapat memberi masukan bagi pelayanan keperawatan jiwa tentang perlunya terapi *Cognitive Behavioral Sosial Skills Training* (CBSST) pada klien isolasi sosial.

#### 1.4.2 Manfaat Keilmuan

- a. Dapat digunakan sebagai salah satu acuan pengembangan aplikasi dari teori keperawatan khususnya praktek spesialis keperawatan jiwa.
- b. Dapat digunakan sebagai acuan pengembangan konsep keperawatan jiwa pada klien isolasi sosial.
- c. Sebagai data dasar untuk pengembangan intervensi lanjutan khususnya intervensi yang diberikan oleh perawat spesialis jiwa dalam bidang keperawatan jiwa

#### 1.4.2 Manfaat metodologi

- a. Dapat memberikan gambaran bagi penelitian berikutnya khususnya dari pelayanan keperawatan jiwa yang berkaitan dengan terapi psikososial *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST)
- b. 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**

Pada bab ini akan dipaparkan tinjauan teoritis tentang skizofrenia, isolasi sosial, *cognitive behavioral social skills training* (CBSST) serta pedoman pelaksanaan CBSST sebagai landasan serta rujukan dalam penelitian. Untuk memudahkan pemahaman, maka disusunlah tinjauan teoritis yang diawali dengan konsep skizofrenia, konsep isolasi sosial, penjelasan mengenai CBSST dan bagaimana teknis pelaksanaan CBSST pada klien isolasi sosial.

#### **2.1 Skizofrenia**

##### **2.1.1 Pengertian**

Istilah skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yang terdiri dari dua kata yaitu “*schizein*” yang berarti perpecahan/*split* dan “*phren*” yang berarti pikiran. Pada tahun 1911 istilah skizofrenia pertama kali dikemukakan oleh psikiater asal Swiss yaitu Eugene Bleuer. Bleuer meyakini bahwa pada skizofrenia antara aspek kognitif dan emosi terjadi perpecahan/*split* (Stuart & Laraia, 2005). Skizofrenia adalah gangguan otak yang mempengaruhi seseorang dalam berfikir, bahasa, emosi, perilaku sosial, dan kemampuan untuk menerima realita dengan benar (Varcarolis, dkk, 2006). Skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis atau proses penyakit yang mempengaruhi kognisi, persepsi, emosi, perilaku, dan fungsi sosial, tetapi skizofrenia mempengaruhi setiap individu dengan cara yang berbeda (Videbeck, 2008). Sedangkan menurut WHO (2001) skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang biasanya mulai diderita pada usia remaja akhir atau dewasa awal, dikarakteristikan dengan terjadinya distorsi persepsi, pikiran, dan emosi yang tidak sesuai. 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.

### 2.1.2 Diagnosa Medis

Diagnosis skizofrenia di Indonesia mengacu pada penggolongan berdasarkan Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi tiga (PPDGJ III), yaitu:

- a. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut yang amat sangat jelas (dan biasanya dua atau lebih bila gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) :
  - 1) Klien mengalami *thought echo*, *thought insertion or withdrawal*, *thought broadcasting*. *Thought echo* adalah kondisi dimana klien merasa isi pikiran diri sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikir ulangan. *Thought insertion or withdrawal* adalah kondisi dimana klien merasa ada isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*). *Thought broadcasting* adalah kondisi dimana klien merasa isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang sekitar mengetahuinya.
  - 2) Klien mengalami: *delusion of control* (merasa dirinya dikendalikan oleh sesuatu diluar dirinya); *delusion of influence* (merasa dirinya dipengaruhi oleh sesuatu diluar dirinya), *delusion of passivity* (merasa tidak berdaya atau pasrah terhadap sesuatu diluar dirinya), *delusion of perception* (pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat)
  - 3) Klien mengalami halusinasi auditorik (pendengaran)
  - 4) Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar.
- b. Apabila kriteria pada poin satu tidak ada, paling sedikit dua gejala di bawah ini harus selalu ada dengan jelas :
  - 1) Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun setengah

berbentuk tanpa gangguan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide yang berlebihan (*over valued ideas*) yang menetap atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan secara terus menerus

- 2) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherenensi atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
  - 3) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), fleksibilitas area, negativisme, mutisme dan stupor.
  - 4) Gejala-gejala negatif, seperti sikap sangat apatis, jarang bicara, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika.
- c. Gejala telah berlangsung satu bulan atau lebih
- d. Ada perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek kehidupan perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial.

*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 menonjol (Videbeck, 2008). Pembagian ini meliputi:

- a. 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.

- b. Tipe tidak terorganisasi, ditandai dengan adanya kekacauan dalam bicara, perilaku, dan afek yang tidak sesuai atau datar.
- c. Tipe paranoid, ditandai dengan waham kebesaran, waham kejar, waham agama, halusinasi, dan perilaku agresif atau bermusuhan.
- d. Tipe tak dapat dibedakan, ditandai dengan gejala-gejala skizofrenia campuran (atau tipe lain) disertai gangguan pikiran, perasaan, dan perilaku.
- e. Tipe residual, ditandai dengan setidaknya satu episode skizofrenia sebelumnya, tetapi saat ini tidak psikotik, menarik diri dari masyarakat, afek datar, serta asosiasi longgar.

### 2.1.3 Gejala Skizofrenia

Skizofrenia secara umum terdiri dari dua kategori gejala, yaitu gejala positif dan gejala negatif (Townsend, 2009; Videbeck, 2008; Halgin & Whitbourne, 2007; Stuart & Laraia, 2005), namun ada juga yang menyatakan skizofrenia terdiri dari tiga kategori gejala, yaitu gejala positif, gejala negatif, dan gejala *disorganized* (Andreasen, dkk, 1995; Thompson & Meltzer, 1993, dalam Emery & Oltmanns, 2000; Brady, 2004; Shives, 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. Sedangkan gejala *disorganized* meliputi perilaku yang aneh (misalnya katatonia dimana klien menampilkan perilaku tertentu berulang-ulang, menampilkan pose tubuh yang aneh) dan disorganisasi pembicaraan seperti asosiasi longgar dan inkohereni. Perawat harus memiliki pemahaman yang baik tentang gejala-gejala yang terjadi pada klien skizofrenia sehingga mampu melakukan pengkajian secara adekuat sebagai langkah awal memberikan pelayanan/asuhan keperawatan.

#### **2.1.4 Terapi Medis**

Obat antipsikotik (neuroleptik) merupakan psikofarmaka utama pada terapi semua tipe skizofrenia. Gejala-gejala pada skizofrenia rata-rata akan berkembang 12–24 bulan sebelum mendapatkan perawatan/pengobatan. 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. 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 (Brady, 2004). Terapi yang diberikan pada klien skizofrenia meliputi terapi psikososial dan terapi

pengobatan atau psikofarmaka dan perawat mempunyai peran pada kedua jenis terapi tersebut (Gourney, 1995, dalam Frisch & Frisch, 2006). Dapat disimpulkan bahwa penanganan klien skizofrenia meliputi terapi psikofarmaka, terapi psikososial, psikoterapi, dan *electro convulsive therapy* (ECT).

Antipsikotik bekerja dengan melakukan blok terhadap post sinaps reseptor dopamin. Antipsikotik tidak menyembuhkan skizofrenia, tetapi digunakan untuk mengatasi gejala penyakit yang timbul. Obat ini bersifat multi fungsi yang meliputi 1) menurunkan gejala positif seperti halusinasi dan delusi, 2) meringankan gangguan pikiran, 3) mengurangi ansietas dan agitasi, dan 4) memaksimalkan kemampuan yang masih dimiliki klien (Brady, 2004). Antipsikotik terdiri dari dua kelompok yaitu kelompok tipikal (dikenal juga dengan sebutan konvensional atau tradisional) yang merupakan antagonis dopamin dan kelompok atipikal yang merupakan antagonis serotonin dan antagonis dopamin. Kedua kelompok ini efektif untuk sebagian besar skizofrenia akut yang memburuk dan untuk mencegah atau memperpanjang jarak kekambuhan (Videbeck, 2008). Antipsikotik baik tipikal maupun atipikal tidak menyembuhkan skizofrenia, tetapi mengatasi gejala positif dan negatif yang timbul dengan melakukan blok terhadap post sinaps reseptor dopamin.

Antipsikotik tipikal mengatasi gejala positif seperti waham, halusinasi, gangguan pikiran, dan gejala psikotik lain, tetapi tidak memiliki efek yang tampak pada gejala negatif. Antipsikotik tipikal yang pertama digunakan adalah chlorpromazine (thorazine) dan antipsikotik tipikal lainnya meliputi fluphenazine (prolixin), haloperidol (haldol), molindone (moban), perphenazine (trilafon), thioridazine (mellaril), thiothixene (navane), dan trifluoperazine (stelazine) (Brady, 2004). Antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi juga mengurangi tanda-tanda negatif

seperti tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri, dan anhedonia (Littrell & Littrell, 1998, dalam Videbeck, 2008). Antipsikotik atipikal meliputi olanzapine (zyprexa), quetiapine (seroquel), risperidone (risperdal), ziprasidone (geodon). Antipsikotik tipikal hanya mengatasi gejala positif, sedangkan antipsikotik atipikal mengatasi gejala positif sekaligus gejala negatif.

Efek samping antipsikotik yang dirasakan klien berkisar dari ketidaknyaman ringan sampai gangguan gerakan yang permanen (Marder, 2000, dalam Videbeck, 2008). Efek samping yang dirasakan sering kali menakutkan dan membuat klien kesal, inilah yang menjadi alasan utama klien menghentikan atau mengurangi dosis obat. Efek samping obat antipsikotik dikelompokkan menjadi dua yaitu efek samping neurologis dan non neurologis. Efek samping neurologis meliputi gejala ekstrapiramidal (reaksi distonia akut, akatisia, dan Parkinson), kejang dan sindrom maligna neuroleptik. Efek samping non neurologis mencakup sedasi, fotosensitivitas, dan gejala antikolinergik seperti mulut kering, pandangan kabur, kontsipasi, retensi urin, dan hipotensi ortostatik (Videbeck, 2008). Golongan atipikal mempunyai efek samping lebih ringan dari golongan tipikal dan walaupun muncul gejala efek samping, biasanya klien masih bisa mentoleransinya (Kuo, 2004, dalam Varcarolis, Carson, & Shoemaker 2006). Antipsikotik juga memberikan efek yang kurang menguntungkan pada klien sehingga hal ini perlu diantisipasi oleh perawat untuk mengatasinya.

## **2.2 Isolasi Sosial**

### **2.2.1 Pengertian**

Isolasi sosial merupakan salah satu gejala negatif skizofrenia. Menurut Townsend (2009) pada klien skizofrenia terjadi gangguan fungsi interpersonal dan hubungan dengan dunia di luar diri klien yang

direfleksikan sebagai gangguan fungsi sosial termasuk berperilaku tidak sesuai dengan norma sosial dan isolasi sosial.

Isolasi sosial atau menarik diri adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (NANDA, 2007). Menarik diri merupakan suatu usaha untuk menghindari interaksi dengan orang lain, melalui perilaku menghindari untuk menjalin hubungan dengan orang lain (Rawlin's & Heacock, 1993). Sedangkan menurut Fontaine (2003) isolasi sosial adalah suatu keadaan dimana individu miskin hubungan dengan orang lain dan memiliki ketrampilan sosial yang tidak adekuat.

Keliat (2006) menyatakan isolasi sosial adalah keadaan dimana individu mengalami penurunan dan bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain. Dengan demikian isolasi sosial adalah kegagalan individu untuk menjalin interaksi dengan orang lain sebagai akibat dari pikiran-pikiran negatif serta pengalaman-pengalaman yang tidak menyenangkan sebagai ancaman terhadap individu.

### **2.2.2 Proses Terjadinya Isolasi Sosial**

Setiap individu menghadapi berbagai stresor 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. Ketidakmampuan berfikir secara logis ini menyebabkan harga diri rendah sehingga individu merasa tidak berguna, malu, dan tidak percaya diri yang dimanifestasikan melalui perilaku isolasi sosial.

Beck dalam Oemarjoedi (2003) meyakinkan bahwa klien yang memiliki kesulitan berfikir logis menimbulkan gangguan pada kapasitas pemahamannya yang disebut sebagai distorsi kognitif, antara lain :

- a. Mudah membuat kesimpulan tanpa data yang mendukung, cenderung berfikir secara “catastrophic” atau berfikir seburuk-buruknya.

Contoh : Seorang pria yang mengalami kegagalan dalam hubungan perkawinannya menjadi enggan untuk membina hubungan baru karena yakin akan gagal lagi.

- b. Memiliki pemahaman yang selektif, membatasi kesimpulan berdasarkan hal-hal yang terbatas.

Contoh : Seorang wanita menentukan criteria yang terlalu tinggi untuk memilih calon suami, berakibat kepada sulitnya criteria tersebut terpenuhi, lalu menyimpulkan bahwa ia tidak layak untuk bersuami.

- c. Mudah melakukan generalisasi, sebagai proses meyakini suatu kejadian untuk diterapkan secara tidak tepat pada situasi lain.

Contoh : pengalaman anak yang memiliki ayah berselingkuh menumbuhkan keyakinan bahwa semua laki-laki suka berselingkuh.

- d. Kecenderungan memperbesar dan memperkecil masalah, membuat klien tidak mampu menilai masalah secara objektif.

Contoh : Kegagalan kecil dianggap sebagai akhir dari segala-galanya.

- e. Personalisasi, membuat klien cenderung menghubungkan antara kejadian eksternal dengan diri sendiri dan menyalahkan diri sendiri.

Contoh : Ketika klien tidak datang kembali untuk sesi konselingnya, terapis meyakini bahwa hal itu disebabkan karena kegagalan dalam memberikan konseling.

- f. Pemberian label atau kesalahan memberi label, menentukan identitas diri berdasarkan kegagalan atau kesalahan.

Contoh : Kegagalan untuk diterima bekerja membuat seseorang dengan distorsi kognitif menilai bahwa dirinya tidak berharga.

- g. Pola pemikiran yang terpolarisasi, kecenderungan untuk berpikir dan menginterpretasikan segala sesuatu dalam bentuk “*all-or-nothing*” (semua atau tidak sama sekali).

Isolasi sosial merupakan salah satu respon maladaptif dalam rentang respon neurobiologi selain delusi, halusinasi, gangguan emosi dan gangguan perilaku (Stuart & Laraia, 2005). Karakteristik sosial yang bersifat negatif pada klien skizofrenia berupa isolasi sosial, miskin hubungan dengan orang lain, dan ketrampilan sosial yang tidak adekuat (Fontaine, 2003). Proses terjadinya isolasi sosial dapat diuraikan dari proses terjadinya gangguan jiwa khususnya skizofrenia yang dihubungkan dengan isolasi sosial.

Model Stres Adaptasi Stuart dapat menggambarkan proses terjadinya isolasi sosial 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 :

#### 2.2.2.1 Faktor Predisposisi

Menurut Stuart dan Laraia (2005) faktor predisposisi adalah faktor risiko yang dipengaruhi oleh jenis dan jumlah sumber risiko yang dapat menyebabkan individu mengalami stress. Faktor ini meliputi biologis, psikologis, dan sosial budaya.

##### a. Faktor Biologis

Faktor predisposisi biologis meliputi riwayat genetik, status nutrisi, status kesehatan secara umum, sensitivitas biologi, dan terpapar racun (Stuart & Laraia, 2005). Banyak riset

menunjukkan peningkatan risiko mengalami skizofrenia pada individu dengan riwayat genetik terdapat anggota keluarga dengan skizofrenia. Pada kembar dizigot risiko terjadi skizofrenia 15%, kembar monozigot 50%, anak dengan salah satu orang tua menderita skizofrenia berisiko 13%, dan jika kedua orang tua menderita skizofrenia berisiko 45% (Fontaine, 2003).

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.

## b. Faktor Psikologis

Faktor predisposisi psikologis meliputi intelektualitas, ketrampilan verbal, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, dan pertahanan psikologis (Stuart & Laraia, 2005). Skizofrenia dapat terjadi pada individu yang mengalami kegagalan pada tahap awal perkembangan psikososial, misalnya pada usia bayi tidak terbentuk hubungan saling percaya maka terjadi konflik intrapsikik. Fortinash dan Worret (2004) menyatakan bahwa anak yang tumbuh dalam keluarga dengan kondisi tidak bahagia dan tegang akan menjadi individu yang tidak sensitif secara psikologis. Kondisi keluarga dan karakter setiap orang dalam keluarga mempengaruhi perkembangan psikologis seseorang. Ibu yang *overprotective*, ibu selalu cemas, konflik perkawinan, dan komunikasi yang buruk serta interaksi yang kurang dalam keluarga berisiko terjadinya skizofrenia pada individu anggota keluarga tersebut.

Menurut Eric Erikson (2000, dalam Keliat, 2006) dalam menuju maturasi psikososial manusia menjalankan delapan tugas perkembangan (*development task*) sesuai dengan proses perkembangan usia. Untuk mengembangkan hubungan sosial positif setiap tugas perkembangan sepanjang daur kehidupan, diharapkan dilalui dengan baik sehingga kemampuan membina hubungan sosial dapat menghasilkan kepuasan bagi individu. Sebaliknya tugas perkembangan yang tidak dijalankan dengan baik memberikan dampak psikososial dikemudian hari. Faktor psikologis berhubungan dengan pola asuh yang diterima oleh individu pada setiap tahap tumbuh kembangnya yang kemudian membentuk pengalaman masa lalu, kepribadian, konsep diri, ketrampilan verbal, dan pertahanan psikologis.

Tipe kepribadian tertentu seperti *borderline* dan narsistik cenderung mengalami kecemasan tinggi sehingga kesulitan dalam membina hubungan dengan orang lain.

Kegagalan mencapai tugas perkembangan pada setiap tahapan usia tumbuh kembang sejak bayi berakibat pada kemampuan dalam mengembangkan hubungan yang sosial positif pada individu. Dampak lebih jauh akibat kegagalan ini adalah manifestasi isolasi sosial pada klien skizofrenia.

### c. Faktor Sosial Budaya

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). Townsend (2005); Stuart (2007) menjelaskan faktor sosial budaya dikaitkan dengan terjadinya isolasi sosial meliputi; umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan keyakinan. Skizofrenia terjadi pada semua kelompok sosial ekonomi, namun lebih banyak terjadi pada kelompok sosial ekonomi rendah. Hipotesis "*downward drift*" menjelaskan bahwa klien skizofrenia yang memiliki ketrampilan sosial rendah berasal dari kelompok sosial ekonomi rendah (Maguire, 2002, dalam Fortinash & Worret, 2004). 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.

Beberapa ahli sosial meyakini bahwa stress kehidupan dalam kelompok sosial ekonomi rendah cukup sering

mencetuskan terjadinya skizofrenia pada masyarakat. Klien dengan skizofrenia akibat stress psikologis menunjukkan harga diri rendah dan persepsi diri yang buruk serta mengalami keterbatasan sumber koping terhadap situasi yang dihadapi. Status sosial ekonomi rendah tidak hanya berdampak pada fungsi psikologis, tetapi juga biologis yang semakin menambah gejala-gejala kronis, misalnya klien skizofrenia yang berasal dari kelompok sosial ekonomi rendah berisiko mengalami infeksi seperti tuberkulosis.

Hidup di lingkungan padat penduduk, kemiskinan, kesengsaraan, dan ketakutan karena tingginya angka kriminalitas juga menyebabkan psikopatologi (Cohen, 1993; Betemps & Ragié, 1994, dalam Fortinash & Worret, 2004). Beberapa studi juga menunjukkan bahwa lingkungan fisik berhubungan dengan terjadinya skizofrenia, dimana paparan zat beracun pada individu menyebabkan berbagai penyakit melalui polusi udara atau makanan yang terkontaminasi.

Stuart dan Laraia (2005) mengemukakan 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.

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

#### 2.2.2.2 Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi adalah stimulus yang bersifat menantang dan mengancam individu serta menimbulkan kondisi tegang dan stres sehingga memerlukan energi yang besar untuk menghadapinya (Cohen, 2000, dalam Stuart & Laraia, 2005). 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 stresor terjadi, seberapa lama terpapar stresor, dan frekuensi terpapar stresor. Menurut Townsend (2009) peristiwa dalam kehidupan yang penuh dengan tekanan dan stresor menjadi pencetus serangan atau munculnya gejala skizofrenia dan meningkatkan angka kambuh.

##### 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. Diyakini bahwa ansietas berat dan berkepanjangan dengan kemampuan coping yang terbatas 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 ketrampilan sosial, dan perilaku agresif merupakan presipitasi terjadinya skizofrenia. Tipe kepribadian tertentu seperti *borderline* dan narsistik cenderung mengalami kecemasan tinggi sehingga kesulitan dalam membina hubungan dengan orang lain.

c. Stresor Sosial Budaya

Stresor sosial budaya dapat berasal dari keluarga, misalnya kurangnya *support* sistem dalam keluarga dan kontak/hubungan yang kurang antar anggota keluarga. 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

Penilaian terhadap stresor menggambarkan arti dan makna sumber stres pada suatu situasi yang dialami individu (Stuart & Laraia, 2005). Penilaian terhadap stresor 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 koping 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); dan Fortinash (1999) 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); dan Fortinash (1999) 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, 2003). Skinner (1938, dalam Notoatmodjo, 2003) 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 stres. Caplan (1981, dalam Sutart & 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); dan Fortinash (1999) 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, ketrampilan 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 coping 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 coping individu pada sebagian besar situasi yang penuh dengan stress. Menurut Townsend (2009) status ekonomi yang adekuat merupakan sumber coping 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 coping 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.

Pada klien isolasi sosial ketika menghadapi stressor tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang efektif. Mekanisme koping yang digunakan yaitu denial, regresi,

proyeksi, identifikasi, dan religiosity yang berakhir dengan koping maladaptif berupa terjadi episode awal psikosis atau serangan ulang skizofrenia dengan munculnya gejala-gejala skizofrenia termasuk isolasi sosial (Townsend, 2009).

Isolasi sosial merupakan salah satu respon maladaptif dalam rentang respon neurobiologi. Proses terjadinya isolasi sosial pada klien skizofrenia dapat dijelaskan menggunakan Model Stres Adaptasi Stuart dengan menganalisa faktor predisposisi dan presipitasi yang bersifat biologis, psikologis, dan sosial budaya; penilaian terhadap stresor; sumber koping; dan mekanisme koping yang digunakan individu sehingga menghasilkan respon bersifat maladaptif yaitu perilaku isolasi sosial.

Individu dalam kehidupannya selalu berhadapan dengan stresor sesuai tumbuh kembang yang sedang berlangsung. Individu melakukan penilaian terhadap stresor yang dihadapi dipengaruhi oleh faktor predisposisi serta faktor presipitasi sebagai kondisi yang mengancam dan pencetus timbulnya kondisi stres. Kondisi stres akan dihadapi oleh individu dengan menggunakan segala energi dan mengembangkan sumber-sumber koping yang dimiliki individu tersebut sehingga akan dihasilkan mekanisme koping yang bersifat konstruktif ataupun destruktif.

### **2.2.3 Tanda dan Gejala Isolasi Sosial**

Tanda dan gejala isolasi sosial menurut Townsend, (2009); NANDA, (2007); Keliat, dkk (2005), dan Fortinash dan Holoday-Worret, (1999) 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 coping, 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.

#### 2.2.4 Diagnosa Keperawatan

Penetapan diagnosa keperawatan pada klien isolasi sosial dilakukan berdasarkan analisa data yang diperoleh selama fase pengkajian sehingga ketepatan penegakan diagnosa keperawatan tergantung pada ketelitian dan kedalaman pengkajian (Fortinash & Worret, 2004). Analisa dan sintesa dilakukan mengacu pada data obyektif berupa data yang dapat diukur dengan menggunakan standar pengukuran dan data subyektif yang diperoleh dari pernyataan klien terhadap fungsi fisik, kognitif, afektif dan emosi yang terganggu (Wilkinson, 2007).

Tanda dan gejala berikut: tidak/jarang berkomunikasi, menolak berhubungan dengan orang lain, tidak ada/jarang kontak mata, menjauh dari orang lain, berdiam diri dikamar, tidak melakukan kegiatan sehari-hari, tidak memiliki teman dekat, tampak sedih dan afek tumpul dapat menjadi pedoman dalam penetapan diagnosa isolasi sosial (Keliat, 1999 & Keliat, 2006). Menurut NANDA (2007) diagnosa keperawatan lain terkait dengan isolasi sosial adalah: harga diri rendah, defisit perawatan diri, dan kerusakan komunikasi verbal.

### **2.2.5 Tindakan Keperawatan pada Klien Isolasi Sosial**

Tindakan keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan yang ditujukan untuk mengatasi masalah atau diagnosa keperawatan. Menurut Keliat dan Akemat (2005) tindakan keperawatan yang ditujukan pada sistem klien, baik secara individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat merupakan upaya yang menyeluruh dalam menyelesaikan masalah klien.

Tindakan keperawatan klien isolasi sosial terintegrasi dengan profesi kesehatan lain termasuk tindakan medis. Tindakan medis diberikan terkait dengan skizofrenia yaitu dengan pemberian terapi psikofarmaka (antipsikotik). 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 oranglain; 3) klien mengikuti program pengobatan secara optimal (Workshop Keperawatan Jiwa, 2008).

Menurut Frisch and Frisch (2006) tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial bertujuan untuk melatih klien ketrampilan sosial sehingga merasa nyaman dalam situasi sosial dan melakukan interaksi sosial. Sedangkan menurut Swanson, dkk (2008) 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.

Tindakan keperawatan diberikan kepada klien sebagai individu, kelompok, keluarga, maupun komunitas, berupa terapi standar (generalis) dan 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. Terapi aktivitas kelompok yang diberikan pada klien isolasi sosial adalah terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) yang terdiri dari 7 (tujuh) sesi. 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.

Psikoterapi atau terapi psikososial dilakukan agar klien mengalami perubahan positif dengan membantu klien mengembangkan coping efektif dan mengatasi perasaan tidak berdaya yang dialami klien (Fortinash & Worret, 2004). Menurut Townsend (2009) psikoterapi bertujuan untuk meningkatkan efek pengobatan, meningkatkan fungsi sosial, dan mencegah kekambuhan. Menurut Fausiah dan Widury (2005) dalam pemberian terapi psikososial perlu dipertimbangkan keuntungan dan kerugian yang akan diperoleh dari suatu pendekatan (individu, kelompok, keluarga, rehabilitasi volasional). Pada pemberian terapi psikososial sangat penting mempertimbangkan pendekatan yang digunakan sehingga proses terapi dapat dilakukan secara efektif dan tujuan tercapai secara optimal.

Menurut Fortinash dan Worret (2004); Wheeler (2008) terapi psikososial dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu, seperti psikiater, psikolog, pekerja sosial psikiatri, perawat spesialis psikiatri, konsultan spesialis anak dan keluarga yang semuanya telah menempuh pendidikan level master atau doktoral. Selain persyaratan jenjang pendidikan, terapis pada psikoterapi juga mengikuti program pelatihan-pelatihan psikoterapi untuk mendapatkan lisensi (surat izin). Menurut Wheeler (2008) pendidikan perawat spesialis kesehatan jiwa untuk dapat menjadi terapis pada terapi psikososial adalah level master atau doktor dan tersertifikasi serta memiliki lisensi.

Tindakan keperawatan berupa terapi psikososial yang dapat diberikan pada klien isolasi sosial meliputi terapi perilaku (Fortinash dan Worret, 2004; Townsend, 2009), *Cognitive Behaviour Therapy/CBT* (Fortinash & Worret, 2004; Fausiah & Widury, 2005, Turkington, dkk, 2004), *Social Skills Training/SST* (Fausiah & Widury, 2005; Ramdhani, 2002; Townsend, 2009; Turkington, dkk, 2004, Fontaine, 2003; Renidayati, 2008), *cognitive behavioral social skills training/CBSST* (McQuaid, dkk, 2000), terapi keluarga (Townsend, 2009; Fortinash & Worret, 2004; Turkington, dkk, 2004), *Group therapy* (Fortinash & Worret, 2004; Townsend, 2009), *Group CBT* (Turkington, dkk, 2004; Barrowclough, dkk, 2006; Saksia, dkk, 2009), dan *Assertive Community Treatment/ACT* (Turkington, dkk, 2004; Townsend, 2009).

Berdasarkan hasil Workshop Keperawatan Jiwa (2008), intervensi keperawatan pada klien isolasi sosial meliputi psikoterapi secara individu yang berupa terapi kognitif, terapi perilaku, dan terapi kognitif-perilaku (*Cognitive Behaviour Therapy/CBT*); 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*).

### **2.3 Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)**

CBSST adalah group psikoterapi yang merupakan kombinasi *cognitive beahavioral therapy* (CBT) dan *social skills training* (SST) untuk meningkatkan fungsi kognitif (proses kognitif) dan ketrampilan fungsi sosial pada klien skizofrenia. CBSST dikembangkan oleh McQuaid, dkk melalui pilot studi dan studi kasus pada tahun 1999 dengan tujuan untuk meningkatkan fungsi dan kualitas hidup individu usia pertengahan dan usia lanjut yang menderita skizofrenia (McQuaid,

dkk, 2000). Menurut Granholm (2006) CBSST bertujuan untuk melatih teknik koping, meningkatkan fungsi kognitif dan perilaku, ketrampilan fungsi sosial, *problem-solving*, dan mengatasi gangguan neurokognitif .

Pengembangan CBSST didasari dengan fenomena peningkatan jumlah klien skizofrenia usia menengah dan usia lanjut secara pesat sehingga dibutuhkan intervensi psikoterapi yang efektif untuk menangani klien skizofrenia pada kelompok ini (Granholm, dkk, 2005). Stresor yang berlebihan berdampak pada gangguan kognitif dan psikobiologi, memperberat simptom, dan penurunan fungsi sosial. *Cognitive vulnerabilities* seperti kemunduran neurokognitif dan keyakinan tentang penurunan kemampuan pada lanjut usia untuk berubah cenderung meningkat dan stresor-stresor lain lebih sering terjadi pada usia lanjut dibandingkan pada usia muda seperti penyakit fisik, isolasi sosial, perubahan peran, kehilangan pasangan dan teman, serta masalah keuangan.

Pada awalnya CBSST merupakan program terapi pada klien skizofrenia kronis usia pertengahan dan usia lanjut, namun kemudian juga diaplikasikan pada kelompok usia yang lebih muda (dewasa). CBT dan SST efektif untuk meningkatkan kualitas hidup klien skizofrenia (Benton & Schroeder, 1990; Sensky, dkk, 2000; Liberman, dkk, 1992 dalam McQuaid, 2000). CBT berfokus untuk mengatasi gejala psikosis, bagaimana pikiran/keyakinan berdampak pada perilaku dan emosi, sedangkan SST berhubungan dengan intervensi perilaku pada klien skizofrenia khususnya ketrampilan fungsi sosial (McQuaid, dkk, 2000).

Menurut Granholm (2004) CBT lebih berfokus pada bagaimana pikiran atau keyakinan berdampak pada perilaku dan mood, sedangkan SST berfokus pada praktik ketrampilan kebutuhan hidup sehari-hari.

SST melatih hubungan interpersonal, manajemen simptom, dan ketrampilan *problem solving*. Prinsip latihan perilaku dan sosial dengan mengembangkan latihan ketrampilan yang meliputi manajemen pengobatan, deteksi dini terhadap gejala yang muncul, kemampuan mengatasi secara mandiri gejala yang muncul, koping terhadap stress hidup, kebersihan diri, interpersonal *problem solving*, dan ketrampilan komunikasi.

Kombinasi CBT dan SST efektif diterapkan pada klien skizofrenia kronis usia pertengahan dan usia lanjut karena: 1) CBT dan SST menunjukkan efektif untuk menurunkan gejala-gejala dan membantu klien usia muda untuk patuh obati, 2) Klien usia menengah dan usia tua mempunyai keyakinan spesifik bahwa dirinya tidak dapat berubah dan CBT mungkin efektif untuk mengatasi keyakinan ini, 3) Klien usia menengah dan usia tua memiliki stresor spesifik seperti kehilangan peran, kehilangan *support*, dan masalah kesehatan yang mana CBT dan SST membantu dalam strategi koping, 4) Praktik pembelajaran menggunakan SST yang berulang membantu mengatasi gangguan neurokognitif.

CBSST berpotensi untuk meningkatkan kualitas hidup klien skizofrenia melalui: (1) Menurunkan *cognitive vulnerabilities*, seperti berfikir secara kaku dan tidak berdaya, (2) Meningkatkan kemampuan individu dalam menghadapi stressor, seperti meningkatkan interaksi, belajar bertanya untuk mendapatkan *support*, dan (3) Meningkatkan kepatuhan program pengobatan. CBSST melatih kemampuan kognitif dan perilaku, ketrampilan fungsi sosial, *problem-solving*, dan mengatasi kerusakan neurokognitif.

Penelitian tentang CBSST pada klien skizofrenia terus dilakukan untuk mengetahui keefektifannya. Granholm (2006) memberikan CBSST pada klien skizofrenia usia 26-55 tahun dengan hasil terjadi

peningkatan ketrampilan fungsi sosial dan fungsi kognitif. Granholm, Ben-Zeev, dan Link (2009) juga melakukan penelitian tentang sikap antisosial dan CBSST untuk gangguan fungsi sosial pada skizofrenia dan menunjukkan hasil terjadi peningkatan minat melakukan hubungan sosial pada kelompok klien yang diberi CBSST. Penelitian lain yang sedang berjalan (*ongoing*) juga dilakukan oleh Granholm (2005) yaitu tentang CBSST untuk meningkatkan fungsi sosial pada klien dengan skizofrenia, dimana sekelompok klien usia 18 tahun keatas diberikan terapi standar ditambah CBSST dan sekelompok klien yang lain diberikan terapi standar ditambah *supportive contact* (SC).

Granholm, dkk (2004) menguraikan prosedur pelaksanaan CBSST, dimana CBSST diberikan melalui pendekatan kelompok dengan jumlah klien maksimal 8 (delapan) orang per kelompok. Pendekatan kelompok yang digunakan ini memiliki keuntungan, yaitu biaya lebih murah dan efektif karena lebih banyak klien dapat tertangani oleh seorang terapis, adanya interaksi dalam kelompok memungkinkan anggota kelompok saling memberikan dukungan untuk merubah dan meningkatkan ketrampilan kemampuan yang diharapkan, terciptanya lingkungan atau tempat yang aman dan mendukung untuk latihan ketrampilan komunikasi interpersonal, memungkinkan klien tetap saling menjaga hubungan atau kontak sosial diluar kegiatan kelompok, klien merasa tidak sendiri dalam menghadapi masalahnya, serta masing-masing klien dapat saling member contoh dan berbagi pengalaman.

McQuaid, dkk (2000) menyusun pedoman pelaksanaan CBSST terdiri dari 3 (tiga) modul dan setiap modul terdiri dari 4 (empat) sesi pelaksanaan, dimana 1 (satu) sesi membutuhkan waktu 2 (dua) jam dengan jadwal istirahat dipertengahan sesi. Tiga (3) modul tersebut adalah sebagai berikut :

**a. Modul I (*thought-challenging*)**

Berfokus pada *cognitive behavioral skills*. Klien menggunakan catatan pikiran untuk mengidentifikasi hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku dan kemudian mengidentifikasi pikiran yang salah/distorsi kognitif. Klien diarahkan untuk mencobakan perilaku untuk membuktikan keyakinannya. Untuk mempermudah dalam latihan dan menggunakan proses melawan pikiran otomatis negatif maka digunakan kode yang mudah dihafal, yaitu ‘*three C’s*’ yang terdiri dari *Catch the thought* (identifikasi pikiran), *Check it* (kaji distorsi pikiran atau pikiran yang mengganggu), dan *Change it* (mengembangkan alternatif pikiran untuk melawan pikiran yang mengganggu). Modul ini bertujuan melatih klien ketrampilan dasar mengubah distorsi kognitif dan menggunakan ketrampilan ini untuk patuh obat, melatih koping dan mencegah bertambahnya atau memburuknya symptom yang muncul, serta menurunkan delusi dan halusinasi.

*Cognitive Behavioral Skills/Therapy* meliputi identifikasi perilaku klien yang menyimpang (seperti tidak patuh obat) dan mengidentifikasi pikiran dan keyakinan yang menyebabkan perilaku menyimpang (seperti “saya tidak membutuhkan obat, obat tidak membantu saya”). Klien akan dilatih menggunakan proses ini untuk menilai pikirannya kemudian memodifikasi pikirannya untuk meningkatkan pikiran dan perilaku yang adaptif/diharapkan. Menurut McQuaid, dkk (2000) teknik ini efektif dengan pada klien lanjut usia yang menderita skizofrenia dimana klien memiliki keyakinan tidak memiliki kemampuan untuk berubah, melatih koping masalah pada penyakit kronik dan koping terhadap stressor seperti kehilangan peran dan dukungan sosial serta menjalani pengobatan dalam jangka waktu lama.

CBT secara umum adalah suatu kombinasi dua jenis terapi yaitu terapi kognitif yang membantu pada proses pikir seperti pikiran, sikap, dan keyakinan yang tidak diinginkan (disebut proses kognitif) dan terapi perilaku yang berfokus pada perilaku yang berespon terhadap pikiran (BUPA's, 2007). Menurut Sullivan, dkk (2003) pada CBT klien dan terapis bekerjasama dalam mengidentifikasi masalah dan memahami hubungan antara terjadinya masalah dengan kognitif, perasaan, dan perilaku klien.

Menurut Stuart dan Laraia (2005) CBT bertujuan untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan penalaran, dan pernyataan negatif tentang keberadaan individu. Sedangkan menurut Oemarjoedi (2003) CBT bertujuan untuk memodifikasi fungsi berfikir, perasaan, tindakan dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat, dan memutuskan kembali. Dapat disimpulkan CBT bertujuan untuk mengubah distorsi pikiran/keyakinan yang berdampak pada perilaku menjadi pikiran rasional yang dimanifestasikan melalui perilaku adaptif.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa CBT merupakan intervensi yang efektif untuk menanggulangi masalah perilaku dan kognitif. Hasil penelitian Shukhodolsky, dkk (2001) menunjukkan bahwa CBT efektif untuk meningkatkan kemampuan sosial pada anak dengan masalah perilaku. Penelitian lain menunjukkan CBT meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku pada klien harga diri rendah di RS Dr. H. Marzuki Mahdi Bogor (Sasmita, 2007).

CBT merupakan terapi yang dilakukan secara terstruktur dalam jangka waktu yang singkat, karena terapi ini dapat dilaksanakan antara 15 sampai 20 pertemuan, dimana masing-masing pertemuan membutuhkan waktu 50 menit, sekali seminggu, dengan jumlah klien 10-15 orang per minggu. Kegiatan untuk mengubah distorsi

kognitif dan perilaku pada CBT juga dapat dilaksanakan dalam bentuk tugas pekerjaan rumah yang diberikan setiap selesai pertemuan, sehingga klien memiliki kesempatan untuk menginternalisasi apa yang telah dipelajarinya secara mandiri (McQuaid, dkk, 2000; Granholm, dkk, 2004; Fauziah, 2008).

CBT dapat dilakukan dengan pendekatan kelompok. Beberapa riset membuktikan efektivitas pemberian CBT secara kelompok (Morrison, 2001; Gledhill, dkk, 1998; Wykes, dkk, 1999, dalam Barrowclough, dkk, 2006). Menurut Saksa, dkk, (2009) CBT yang diberikan secara kelompok merupakan alternatif yang lebih baik dibandingkan CBT individu pada klien psikosis tahap awal. CBT kelompok yang diberikan pada klien halusinasi pendengaran efektif untuk mengatasi halusinasi (Wykes, dkk, 2005, dalam Barrowclough, dkk, 2006). Barrowclough, dkk (2006) juga melakukan penelitian untuk mengetahui efektivitas CBT yang diberikan secara kelompok pada klien skizofrenia. Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan dalam hal gejala positif yang muncul dan waktu kekambuhan antara klien yang diberikan terapi standar dengan klien yang diberikan terapi standar ditambah CBT secara kelompok, namun klien yang diberikan CBT kelompok menunjukkan penurunan perasaan keputusasaan dan harga diri rendah.

Berbagai penelitian penerapan CBT dilakukan melalui beberapa sesi yang berbeda-beda untuk mendapatkan efektivitas terapi. Menurut Wells dan Adrian (2001, dalam Bond & Dryden, 2002) menyatakan CBT pada klien skizofrenia efektif dilakukan sebanyak 12 sesi. Menurut Oemarjoedi (2003) CBT aslinya perlu sedikitnya 12 sesi pertemuan, yaitu : sesi 1-2 : pengkajian dan diagnosa, sesi 2-3 : pendekatan kognitif, sesi 3-5 : formulasi status, sesi 4-10 : fokus

terapi, sesi 5-7 : intervensi tingkah laku, sesi 8-11 : perubahan *core beliefs*, dan sesi 11-12 : pencegahan *relapse*.

Di Indonesia, berdasarkan pengalaman praktik pelaksanaan CBT 12 sesi ini menjadi sangat sulit karena proses terapi menjadi terlalu lama, terlalu mahal, terlalu rumit rumit, dan membosankan, sehingga dapat menurunkan keyakinan klien terhadap kemampuan terapis (Oemarjoedi, 2003). Sasmita (2007) menerapkan CBT pada klien harga diri rendah dalam 5 (lima) sesi di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dengan pertimbangan rata-rata klien memiliki latar belakang tingkat pendidikan rendah. Demikian juga dengan Fauziah (2009) juga menerapkan CBT dalam 5 (lima) sesi pada klien perilaku kekerasan di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Berikut ini uraian sesi pelaksanaan CBT oleh Sasmita (2007) dan Fauziah (2009) di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang terdiri dari 5 (lima) sesi, yaitu:

1) Sesi 1 : Pengkajian dan formulasi masalah.

Pada modul CBT yang disusun oleh Sasmita (2007) sesi ini berisi latihan mengungkapkan perasaan, pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, orang lain, dan lingkungan yang dialami klien (*assessment*) dan belajar cara untuk mengatasinya, sedangkan pada modul yang disusun oleh Fauziah (2009) sesi ini berisi latihan mengidentifikasi penyebab kemarahan meningkat (orang, situasi, lingkungan), mengidentifikasi pikiran, perasaan dan perilaku saat terjadi marah dan akibatnya, membuat daftar alasan mengapa berpikir atau tidak dapat membangun kebenaran dan mereanalisa tingkat kemarahan.

2) Sesi 2 : Intervensi terapi kognitif

Pada modul CBT yang disusun oleh Sasmita (2007) sesi ini berisi latihan meriview perasaan, pikiran otomatis negatif

yang berkaitan dengan perilaku yang ditampilkan dan belajar cara untuk mengatasinya, sedangkan pada modul yang disusun Fauziah (2009) berisi merubah pikiran negatif dan keyakinan tentang diri, orang lain, dan masa depan dengan: mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, menguji coba pikiran dengan kenyataan, mengidentifikasi kelogisan dari pikiran dan akibat dari perilaku, restrukturisasi keseimbangan cara berfikir.

3) Sesi 3 : Intervensi terapi perilaku

Pada modul CBT yang disusun oleh Sasmita (2007) maupun oleh Fauziah (2009) sesi ini berisi latihan menyusun rencana perilaku yang ditampilkan dengan memberikan konsekuensi positif – konsekuensi negatif kepada klien dan kepada orang penting yang berarti (*significant persons*).

4) Sesi 4 : Evaluasi terhadap terapi kognitif dan perilaku

Pada modul CBT yang disusun oleh Sasmita (2007) maupun oleh Fauziah (2009) sesi ini berisi latihan mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekuensi yang disepakati.

5) Sesi 5 : Pencegahan kekambuhan

Pada modul CBT yang disusun oleh Sasmita (2007) maupun oleh Fauziah (2009) sesi ini berisi latihan menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping CBT untuk mencegah kekambuhan dan mempertahankan kognitif positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.

Barrowclough, dkk (2006) melakukan CBT dengan pendekatan kelompok pada klien skizofrenia selama 6 (enam) bulan melalui 18 (delapan belas) sesi dengan 2 (dua) jam setiap sesi dan istirahat pada pertengahan setiap sesinya. Pembagian sesi tersebut adalah: sesi 1: pengantar CBT untuk psikosis; sesi 2: pengertian CBT; sesi

3: identifikasi masalah (fokus pada waham dan halusianasi); sesi 4: formulasi masalah dalam kelompok pikiran, perasaan, dan perilaku; sesi 5: pola pikiran negatif dan monitoring pikiran; sesi 6,7,8: mengubah pikiran negatif; sesi 9,10,11: strategi perilaku (rencana perilaku dan demonstrasi); sesi 12,13: stres dan pengobatan; sesi 14,15: perencanaan untuk pertahanan diri; sesi 17,18: tindak lanjut dan perbaikan.

Berdasarkan uraian di atas, modul I ini berfokus pada konsep CBT dengan tujuan untuk melatih klien ketrampilan dasar mengubah distorsi kognitif (pikiran negatif) dan menggunakan ketrampilan/perilaku baru untuk mengganti perilaku menyimpang akibat distorsi kognitif. Proses terapi diawali dengan melatih klien untuk mencari hubungan antara pikiran, perasaan, dan perilaku serta mengidentifikasi distorsi kognitif. Selanjutnya klien dilatih untuk mengidentifikasi perilaku yang menyimpang akibat distorsi pikiran negatif, melawan pikiran negatif, dan merubah perilaku yang menyimpang akibat pikiran negatif.

Klien isolasi sosial memiliki pikiran-pikiran negatif tentang dirinya, orang lain, maupun lingkungan yang disebabkan oleh pengalaman tidak menyenangkan ketika berhubungan dengan orang lain, misalnya kegagalan membina hubungan, penolakan, atau kegagalan-kegagalan lain dalam fungsi dan peran yang dijalannya. Klien merasa takut untuk mendapatkan pengalaman yang tidak menyenangkan lagi jika melakukan hubungan dengan orang lain dan klien lebih mendapatkan kenyamanan dengan mengisolasi diri.

Pelaksanaan CBT secara kelompok/grup efektif pada kelompok klien dengan masalah yang sama (homogen). *Leader*/terapis pada CBT kelompok memberikan dukungan dan memfasilitasi anggota kelompok (klien) sehingga klien merasa lebih aman, tenang, dan

tidak cemas. CBT dengan pendekatan kelompok memungkinkan klien saling mendukung secara sosial, belajar menjalin hubungan interpersonal, merasakan kebersamaan, dan dapat saling memberi masukan dan koreksi terhadap pengalaman masing-masing klien.

Berdasarkan beberapa referensi dan hasil-hasil penelitian sesi pelaksanaan CBT terdiri dari penjelasan tentang CBT, identifikasi/formulasi masalah (pikiran, perasaan, perilaku), identifikasi distorsi kognitif/pikiran otomatis negatif, mengubah pikiran otomatis negatif, latihan mengubah perilaku menyimpang akibat distorsi pikiran dengan latihan perilaku baru yang adaptif, serta evaluasi dan tindak lanjut.

**b. Modul II (*asking for support*)**

Menurut McQuaid, dkk (2000) modul ini menekankan pada peningkatan ketrampilan komunikasi dan interaksi sosial melalui latihan ketrampilan sosial yaitu *social skills training* (SST). Berfokus pada *self-management* terhadap simptom, yang berisi *problem solving*, identifikasi tanda dan gejala kambuh dan mengembangkan rencana koping untuk mengatasi tanda gejala kambuh melalui *self-monitoring*. *Self-management* terhadap simptom mengacu pada *UCLA Social and Independent Living Skill Series* yang bertujuan untuk mengidentifikasi tanda gejala kekambuhan dan mencegah atau meminimalkan dampak dari tanda gejala yang muncul.

Latihan perilaku menggunakan *role-play* yang berfokus pada menyampaikan simptom yang muncul kepada petugas kesehatan, mengekspresikan perasaan positif dan negatif, dan aktivitas sehari-hari yang disukai. Modul ini berusaha untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran tentang gangguan yang dialami klien dan menjaga koping untuk tetap patuh obat dan melakukan

komunikasi dengan cara yang lebih baik kepada petugas kesehatan maupun orang lain. Klien menerima informasi dan menyelesaikan latihannya pada buku kerja (*self-monitoring*) yang menekankan pada ketrampilan komunikasi dan *self-observation*.

Latihan ketrampilan pada modul ini menekankan umpan balik dan pujian terhadap perilaku klien yang ditunjukkan selama *role-play* dalam kelompoknya. Modul ini juga dilakukan modifikasi pada situasi *role-play* sesuai dengan usia dan kondisi klien, misalnya berkomunikasi dengan petugas kesehatan tentang penyakit klien atau penurunan fungsi sensori klien, dukungan sosial (misalnya membuat daftar orang terdekat klien untuk mengembangkan rencana koping jika terjadi kekambuhan), dan stressor (misalnya tanda dan gejala stress akibat kehilangan).

*Social skills training* (SST) adalah intervensi perilaku yang meliputi pemberian penguatan terhadap perilaku yang sesuai khususnya dalam hal hubungan interpersonal (Halgin & Whitbourne, 2007). SST merupakan proses belajar dimana seseorang belajar cara fungsional dalam berinteraksi (Carson, 2000). SST didasarkan pada keyakinan bahwa ketrampilan dapat dipelajari oleh karena itu dapat dipelajari oleh orang yang tidak memilikinya (Stuart & Laraia, 2005). Sedangkan menurut Kneisl (2004) SST adalah metode yang didasarkan pada prinsip-prinsip sosial pembelajaran dan menggunakan teknik perilaku bermain peran, praktik dan umpan balik untuk meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah. Dari berbagai definisi yang telah dikemukakan dapat disimpulkan bahwa SST adalah proses belajar untuk meningkatkan kemampuan seseorang khususnya dalam hubungan interpersonal melalui teknik bermain peran dan umpan balik positif terhadap perilaku adaptif secara sosial.

SST bertujuan untuk mengajarkan kemampuan berinteraksi dengan orang lain kepada individu-individu yang tidak terampil menjadi trampil berinteraksi dengan orang-orang disekitarnya, baik dalam hubungan formal maupun informal (Ramdhani, 2002). Landeen (2001, dalam Kneisl, 2004) mengemukakan tujuan SST adalah meningkatkan kemampuan sosial, meningkatkan ketrampilan interpersonal dengan melatih ketrampilan klien yang selalu digunakan dalam hubungan dengan orang lain dan lingkungan.

Menurut Halgin dan Whitbourne (2007); Chen (2006) Stuart dan Laraia (2005); Fontaine (2003); Ramdhani (2002) pelaksanaan SST dapat dilakukan secara individu atau kelompok. Pelaksanaan SST yang dilakukan secara individual tidak memerlukan setting tempat khusus, menjaga timbulnya rasa rendah diri bagi peserta yang kemampuannya lebih rendah, lebih mudah mengarahkan klien dalam teknik SST, memudahkan terapis memberikan contoh perilaku yang akan dijadikan contoh dan memudahkan mengevaluasi kemampuan yang telah dicapai oleh klien.

Besar kelompok pada pelaksanaan SST secara kelompok tidak lebih dari 12 orang (Kelly, 1982; Michelson, dkk, 1985 dalam Ramdhani, 2002). Beberapa keuntungan apabila SST dilakukan secara kelompok, yaitu; penghematan tenaga, waktu dan biaya. Bagi klien yang mengalami ketidakmampuan berinteraksi, SST merupakan miniatur masyarakat sesungguhnya, masing-masing anggota mendapatkan kesempatan melakukan praktek dalam kelompok sehingga mereka melakukan perilaku sesuai contoh dan merasakan emosi yang menyertai perilaku, masing-masing anggota kelompok saling memberi umpan balik, pujian dan dorongan, klien merasakan adanya universalitas yaitu klien sadar bahwa ada orang lain yang mengalami masalah serupa dengan dirinya sehingga meningkatkan pembukaan diri dan memotivasi untuk berubah (Ramdhani, 2002).

Menurut Fontaine (2003) SST merupakan latihan ketrampilan yang dilakukan melalui beberapa seri secara terstruktur dan terorganisasi dan biasanya dilakukan dalam bentuk kelompok. Ketrampilan yang diajarkan meliputi perilaku nonverbal (ekspresi wajah, kontak mata), volume suara, keseimbangan interaktif (jumlah waktu tiap orang dalam berbicara), memulai percakapan, menyampaikan ide dan perasaan.

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

Penelitian tentang SST telah banyak dilakukan baik di luar negeri maupun di Indonesia dengan berbagai tahapan. Ramdhani (2002) membagi tahapan pelaksanaan SST menjadi 4 (empat) tahap, yaitu; 1) *Modelling*, yaitu tahap penyajian model dalam melakukan suatu keterampilan yang dilakukan oleh terapis; 2) *Role play*, yaitu tahap bermain peran dimana klien mendapat kesempatan untuk memerankan kemampuan yang telah dilakukan oleh terapis sebelumnya; 3) *Performance feedback*, yaitu tahap pemberian umpan balik. Umpan balik harus diberikan segera setelah klien mencoba memerankan seberapa baik menjalankan latihan; 4) *Transfer training*, yakni tahap pemindahan keterampilan yang diperoleh klien kedalam praktek sehari-hari.

Stuart dan Laraia (2005) secara khusus membagi 4 (empat) tahapan yang dapat dikembangkan dalam SST yaitu; 1) Menggambarkan perilaku baru untuk dipelajari dengan cara memberikan bimbingan kepada klien yang mengalami gangguan hubungan interpersonal; 2)

Mempelajari perilaku baru dengan menggunakan bimbingan dan demonstrasi; 3) Mempraktekkan perilaku baru dengan memberikan umpan balik; 4) Memindahkan perilaku baru dalam lingkungan.

Renidayati (2008) memberikan SST pada klien isolasi sosial di RSJ H.B. Sa'anin Padang Sumatera Barat melalui 5 (lima) sesi yang dikembangkan dari Stuart dan Laraia (2005); Ramdhani (2002); Bulkeley dan Cramer (1990). Setiap sesi menggunakan metode *modelling*, *role play*, *performance feedback* dan *transfer training*. Sesi-sesi tersebut adalah sebagai berikut :

- 1) Sesi 1: Melatih kemampuan klien berkomunikasi meliputi: menggunakan bahasa tubuh, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya untuk klarifikasi.
- 2) Sesi 2: Melatih kemampuan klien menjalin persahabatan meliputi: kemampuan memberikan pujian, meminta dan memberikan pertolongan kepada orang lain.
- 3) Sesi 3: Melatih kemampuan klien untuk terlibat dalam aktifitas bersama dengan klien lain di ruangan.
- 4) Sesi 4: Melatih kemampuan klien menghadapi situasi sulit meliputi: menerima kritik, menerima penolakan dan minta maaf.
- 5) Sesi 5 : Evaluasi SST yakni melatih kemampuan klien mengemukakan pendapat tentang manfaat kegiatan yang telah dilakukan.

Berdasarkan literatur dan riset tentang SST di atas maka modul ini berfokus pada peningkatan ketrampilan komunikasi dan interaksi sosial melalui latihan ketrampilan sosial atau *social skills training* (SST). Latihan ketrampilan komunikasi perlu diberikan 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.

Klien isolasi sosial diberikan SST untuk melatih kemampuan komunikasi verbal maupun non verbal (penggunaan bahasa tubuh: kontak mata, berjabat tangan, tersenyum, duduk tegak), komunikasi untuk menjalin persahabatan, serta komunikasi dalam aktivitas bersama yang memungkinkan munculnya konflik atau situasi sulit. Setiap sesi pelaksanaan SST menggunakan 4 (empat) metode, yaitu; *modelling*, *role play*, *performance feed back* dan *transfer training*. Pendekatan kelompok dan penggunaan 4 (empat) metode ini pada SST dapat mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan penampilan tiap-tiap klien, dapat saling menjadi model, dan meningkatkan keyakinan bahwa suatu keterampilan dapat dipelajari.

### c. Modul III (*problems solving*)

Menurut McQuaid, dkk (2000) modul ini menekankan pada keterampilan *problem-solving*. Keterampilan yang dikembangkan berkaitan dengan penyakit dan ketidakmampuan yang dialami klien misalnya masalah pengobatan, transportasi, kebersihan, kegiatan yang disukai, nutrisi, dan penurunan penglihatan dan pendengaran. Untuk mempermudah latihan pada modul ini digunakan akronim SCALE yaitu *Specify* (spesifik), *Consider possible solutions* (mempertimbangkan solusi yang memungkinkan), *Assess the best solution* (kaji solusi terbaik), *Lay out a plan* (buat/susun rencana), dan *Execute and evaluate the outcome* (laksanakan dan evaluasi hasilnya).

Menurut Kazantzis, Reinecke, dan Freeman (2010) keterampilan *problem-solving* merupakan rangkaian kegiatan CBT yang menekankan pada pemahaman dan mengatasi masalah yang dihadapi sehari-hari, seperti masalah impersonal (masalah

keuangan, transportasi), masalah personal/intrapersonal (kognitif, emosi, perilaku), dan masalah interpersonal (konflik dalam berhubungan dengan orang lain. Empat langkah pada latihan ketrampilan *problem solving* meliputi; 1) identifikasi dan formulasi masalah, 2) alternatif pemecahan masalah, 3) membuat keputusan, dan 4) verifikasi dan evaluasi solusi yang telah diimplementasikan.

Fokus utama pada koping untuk mengatasi simptom yang menetap melalui strategi patuh obat sebagaimana strategi kognitif dan perilaku. Bantuan cara menghafal dan pengaturan lingkungan juga dilakukan untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan. Klien diminta untuk mengidentifikasi dan memonitor simptom yang menetap dan mempraktikkan ketrampilan kognitif (misalnya *silent self-talk* dan “*check it out*”) dan ketrampilan perilaku (misalnya menggunakan teknik distraksi dengan mendengarkan musik atau melakukan kegiatan) untuk mengatasi delusi dan halusinasi yang menetap. Teknik *problem-solving* dan *role-play* juga digunakan untuk mengatasi simptom yang menetap.

Teknik *problem-solving* khususnya pada klien isolasi sosial digunakan untuk mengatasi pikiran negatif klien yang mengakibatkan perilaku menyimpang berupa isolasi sosial. Dalam kehidupan sehari-hari klien akan menghadapi situasi sulit yang menyebabkan klien tidak mampu, merasa tidak berguna, tidak aman berada di dekat orang lain sehingga klien menghindari orang lain. Situasi ini membutuhkan ketrampilan *problem-solving* berupa kemampuan berkomunikasi yang baik, sehingga klien memiliki kemampuan komunikasi untuk menyampaikan perasaan positif maupun negatif.

Ketrampilan *problem-solving* pada penelitian ini akan diberikan sebagai bagian dari SST untuk melatih komunikasi menghadapi situasi sulit dalam kehidupan sehari-hari berupa menerima dan menyampaikan penolakan, menerima dan memberikan kritik, serta menerima dan memberi maaf kepada orang lain.

## **2.4 Pedoman *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST)**

Pada penelitian ini dikembangkan modul CBSST dengan mengacu pada konsep dan modul CBSST yang dikembangkan oleh McQuaid, dkk, (2000), modul CBT yang dikembangkan oleh Fauziah (2009), dan modul SST yang dikembangkan oleh Renidayati (2008).

### **2.4.1 Pengertian**

CBSST adalah group psikoterapi yang merupakan kombinasi *cognitive behavioral therapy* (CBT) dan *social skills training* (SST) untuk meningkatkan fungsi kognitif (proses kognitif) dan ketrampilan fungsi sosial pada klien skizofrenia. CBSST merupakan kombinasi *cognitive behavioral therapy* (CBT) dan *social skills training* (SST) yang dikembangkan oleh McQuaid, dkk pada tahun 1999 melalui pilot studi dan studi kasus dengan desain khusus sesuai kondisi spesifik klien skizofrenia usia pertengahan dan usia lanjut. Responden pada pilot studi dan studi kasus ini adalah 10 (sepuluh) orang klien skizofrenia usia 45 tahun keatas yang didaftarkan di pusat penelitian intervensi (*Interventions Research Center/IRC*) San Diego, California (McQuaid, dkk, 2000).

Pada awalnya CBSST merupakan program terapi pada klien skizofrenia kronis usia pertengahan dan usia lanjut, namun kemudian juga diaplikasikan pada kelompok usia yang lebih muda (dewasa). CBT dan SST efektif untuk meningkatkan kualitas hidup klien skizofrenia (Benton & Schroeder, 1990; Sensky, dkk, 2000; Liberman, dkk, 1992 dalam McQuaid, dkk, 2000). CBT

berfokus untuk mengatasi gejala psikosis, bagaimana pikiran/keyakinan berdampak pada perilaku dan emosi, sedangkan SST berhubungan dengan intervensi perilaku pada klien skizofrenia khususnya ketrampilan fungsi sosial (McQuaid, dkk, 2000).

Masalah-masalah yang terjadi pada klien skizofrenia dapat dikurangi dengan CBT yang memfokuskan pada menguji keterbatasan-keterbatasan dan belajar ketrampilan baru untuk mengubah keyakinan tidak mampu pada klien. Disisi lain, SST yang dilakukan berulang memberikan model belajar yang lebih baik dibandingkan CBT untuk mengatasi gangguan neurokognitif.

Besar anggota tiap kelompok pada CBSST maksimal 8 (delapan) orang (Granholm, dkk, 2004). Menurut Stuart dan Laraia (2005) jumlah anggota kelompok yang kecil adalah 7-10 orang. Jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5-12 orang (Keliat & Akemat, 2005). Anggota kelompok yang terlalu besar mengakibatkan tidak semua anggota mendapat kesempatan mengungkapkan perasaan, pendapat dan pengalamannya dan jika jika terlalu kecil, tidak cukup variasi informasi dan interaksi yang terjadi.

Pendekatan kelompok yang digunakan pada CBSST ini memiliki keuntungan, yaitu biaya lebih murah dan efektif karena lebih banyak klien dapat tertangani oleh seorang terapis, adanya interaksi dalam kelompok memungkinkan anggota kelompok saling memberikan dukungan untuk merubah dan meningkatkan ketrampilan kemampuan yang diharapkan, terciptanya lingkungan atau tempat yang aman dan mendukung untuk latihan ketrampilan komunikasi interpersonal, memungkinkan klien tetap saling menjaga hubungan atau kontak sosial diluar kegiatan kelompok,

klien merasa tidak sendiri dalam menghadapi masalahnya, serta masing-masing klien dapat saling member contoh dan berbagi pengalaman (Granholm, 2004).

#### **2.4.2 Tujuan**

CBSST bertujuan untuk meningkatkan fungsi dan kualitas hidup klien skizofrenia (McQuaid, dkk, 2000). CBSST melatih teknik koping, meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku, ketrampilan fungsi sosial, *problem-solving*, dan mengatasi gangguan neurokognitif. Ketrampilan *problem-solving* merupakan rangkaian kegiatan CBT yang menekankan pada pemahaman dan mengatasi masalah yang dihadapi sehari-hari, seperti masalah impersonal (masalah keuangan, transportasi), masalah personal atau intrapersonal (kognitif, emosi, perilaku), dan masalah interpersonal (konflik dalam berhubungan dengan orang lain. Pada penelitian ini, modul CBSST yang dikembangkan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku isolasi sosial pada klien isolasi sosial.

#### **2.4.3 Indikasi**

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa CBSST merupakan salah satu intervensi dalam bentuk kelompok untuk meningkatkan fungsi kognitif dan ketrampilan sosial klien isolasi sosial. McQuaid, dkk (2000) melakukan pilot studi dan studi kasus dilakukan pada klien skizofrenia yang mengalami masalah komunikasi akibat isolasi sosial, halusinasi, dan waham curiga serta studi kasus terhadap klien skizofrenia kelompok usia menengah dan usia lanjut. Hasilnya terjadi peningkatan kemampuan kognitif dan ketrampilan sosial serta ketrampilan koping pada klien skizofrenia.

Granholm (2005) juga memaparkan hasil penelitian tentang pengaruh CBSST terhadap peningkatan fungsi sosial pada klien skizofrenia usia 18 tahun ke atas dengan membandingkan kelompok klien dengan terapi standar ditambah dengan CBSST dan kelompok klien dengan terapi standar ditambah dengan *supportive contact* (SC). Granholm, Ben-zeev, dan Link, (2009) juga melakukan penelitian tentang pengaruh grup CBSST terhadap perilaku *social disinterest* dan hasilnya menunjukkan terjadi penurunan perilaku *social disinterest* secara signifikan. Friedberg (2003) dalam penelitiannya tentang *cognitive behavioral skills training group* pada anak usia sekolah yang mengalami gejala ansietas dan depresi mendapatkan hasil terjadi penurunan gejala ansietas dan depresi secara bermakna.

Berdasarkan beberapa hasil penelitian di atas, maka indikasi CBSST adalah klien isolasi sosial, halusinasi, waham curiga, harga diri rendah, dan gangguan komunikasi, ansietas. Pada penelitian ini modul yang dikembangkan dikhususkan sebagai pedoman pelaksanaan CBSST 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.

Menurut Fortinash dan Worret (2004); Wheeler (2008) terapi psikososial dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu, seperti psikiater, psikolog, pekerja sosial psikiatri, perawat spesialis psikiatri, konsultan spesialis anak dan keluarga yang semuanya telah menempuh pendidikan level master atau doktoral. Selain persyaratan jenjang pendidikan, terapis pada psikoterapi juga mengikuti program pelatihan-pelatihan psikoterapi untuk mendapatkan lisensi (surat izin). Menurut Wheeler (2008) pendidikan perawat spesialis kesehatan jiwa untuk dapat menjadi terapis pada terapi psikososial adalah level master atau doktor dan tersertifikasi serta memiliki lisensi.

Pada penelitian Granholm, dkk (2005), terapis memiliki latar belakang pendidikan doktoral atau minimal level master dengan pengalaman klinik selama 2 tahun dan setiap kelompok klien dipimpin oleh 2 (dua) orang terapis. Satu orang terapis memberikan terapi dan seorang lainnya melakukan supervisi setiap minggu dengan kegiatan melakukan review menggunakan *videotape*.

#### 2.4.5 Teknik Pelaksanaan

CBSST diberikan secara berkelompok dengan jumlah klien 5-6 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).

Teknis pelaksanaan CBSST disusun berdasarkan modifikasi dari modul CBSST yang dikembangkan oleh McQuaid, dkk, (2000), sesi pelaksanaan CBT kelompok oleh Barrowclough, dkk (2006), modul CBT yang dikembangkan oleh Sasmita (2007) dan Fauziah (2009), serta modul SST yang dikembangkan oleh Renidayati (2008).

Modul CBSST ini terdiri dari 2 (dua) bagian, dimana bagian 1 (satu) berfokus pada *cognitive behavioral skills* yang terdiri dari 3 (tiga) sesi dan bagian 2 (dua) berfokus pada SST yang terdiri dari 3 (empat) sesi, sehingga total menjadi 6 (enam) sesi dan 60 menit setiap sesinya. Pada setiap sesi klien menggunakan catatan atau buku kerja untuk keberlangsungan latihan yang diberikan pada klien. Pada sesi 1-2 klien diarahkan untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif yaitu perilaku yang berhubungan dengan interaksi sosial. Selanjutnya klien dilatih mengidentifikasi pikiran untuk melawan atau memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif dan memilih perilaku baru yang akan dilatih sebagai pengganti perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif.

Pada sesi 3-6 klien akan diberikan latihan untuk meningkatkan ketrampilan komunikasi dan interaksi sosial. Pelaksanaan sesi 3-5 dengan menggunakan 4 (empat) metoda pada SST yaitu 1) *modelling*, adalah terapis melakukan demonstrasi tindakan ketrampilan yang akan dilakukan; 2) *role-playing*, yaitu tahap bermain peran, dimana klien mendapat kesempatan untuk memerankan kemampuan/ketrampilan yang telah dilakukan/diperankan oleh terapis; 3) *performance feedback*, yaitu tahap pemberian umpan balik. Umpan balik harus diberikan segera setelah klien mencoba memerankan seberapa baik menjalankan latihan; dan 4) *transfer training*, yakni tahap pemindahan ketrampilan yang diperoleh klien ke dalam praktik sehari-hari. Pada sesi 6 (enam) klien akan dilatih mengungkapkan pendapatnya tentang manfaat latihan kognitif dan perilaku/psikomotor : komunikasi.

Berikut ini sesi-sesi pelaksanaan CBSST :

***Sesi 1 : Orientasi kelompok, pengkajian dan formulasi masalah.***

Identifikasi pikiran otomatis negatif dan perilaku menyimpang akibat pikiran otomatis negatif khususnya perilaku isolasi sosial, berdiskusi untuk 1 pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu, melawan pikiran negatif dengan menggunakan pikiran rasional dan membuat catatan pada buku kerja klien.

***Sesi 2 : Melatih memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif.***

Mengevaluasi evaluasi sesi 1, memilih pikiran otomatis negatif kedua, mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif kedua dan latihan melawan pikiran negatif kedua dengan menggunakan pikiran rasional.

***Sesi 3 : Melatih ketrampilan merubah perilaku negatif***

Evaluasi sesi 1 dan 2, memilih perilaku baru untuk dilatih yaitu komunikasi dasar (verbal dan non verbal). Komunikasi verbal meliputi mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya serta klarifikasi. Komunikasi non verbal (bahasa tubuh) meliputi kontak mata, tersenyum, berjabat tangan, duduk tegak/posisi tubuh saat berkomunikasi.

***Sesi 4 : Melatih komunikasi untuk menjalin persahabatan***

Evaluasi sesi 1-3, melatih kemampuan komunikasi dalam menjalin persahabatan: meliputi komunikasi untuk meminta dan memberikan pertolongan kepada orang lain, komunikasi saat menerima dan memberikan pujian kepada orang lain.

***Sesi 5: Melatih komunikasi untuk mengatasi situasi sulit***

Evaluasi sesi 1-4, melatih kemampuan komunikasi dalam situasi sulit, meliputi: komunikasi saat menerima dan memberikan kritik kepada orang lain, komunikasi untuk menyampaikan penolakan dan menerima penolakan dari orang lain, serta komunikasi saat menerima dan memberikan maaf kepada orang lain.

***Sesi 6: Melakukan evaluasi latihan kognitif dan perilaku/psikomotor : komunikasi***

Evaluasi sesi 1-5, melatih kemampuan klien mengemukakan pendapat tentang manfaat kegiatan yang telah dilakukan yaitu latihan kognitif dan perilaku/psikomotor : komunikasi.

### **BAB 3**

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

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

### **3.1 Kerangka Teori**

Kerangka teori merupakan landasan penelitian. Kerangka teori disusun berdasarkan konsep dan teori yang telah dikemukakan pada BAB II. Pada kerangka teori ini digambarkan konsep skizofrenia dan konsep isolasi sosial yang menjelaskan terjadinya skizofrenia sekaligus isolasi sosial berdasarkan pada Model Stres Adaptasi Stuart. Model Stres Adaptasi Stuart tersebut meliputi faktor predisposisi (biologis, psikologis, sosial budaya), faktor presipitasi (stresor biologis, psikologis, dan sosial budaya), penilaian terhadap stresor (kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial), sumber koping (internal dan eksternal) dan mekanisme koping yang menyebabkan terjadinya isolasi sosial (Stuart & Laraia, 2005).

Kerangka teori dimulai dengan menjelaskan tentang konsep skizofrenia mulai dari definisi, diagnosis dan klasifikasi, gejala-gejala skizofrenia, serta terapi farmaka klien skizofrenia. Proses terjadinya skizofrenia diuraikan sekaligus bersamaan dengan konsep proses terjadinya isolasi sosial karena isolasi sosial merupakan salah satu gejala negatif skizofrenia. Uraian konsep terjadinya skizofrenia dan isolasi sosial menggunakan pendekatan Model Stres Adaptasi Stuart yakni faktor predisposisi (Stuart & Laraia, 2005; Fortinash & Worret, 2004; Fontaine, 2003; Keliat, 2006; Townsend, 2005), faktor presipitasi (Stuart & Laraia, 2005; Townsend, 2009), penilaian terhadap stresor (Stuart & Laraia, 2005; Notoatmodjo, 2003; Fontaine, 2003) sumber koping (Stuart & Laraia, 2005;

Townsend, 2009) dan mekanisme koping (Stuart & Laraia, 2005; Townsend, 2009). Selanjutnya manifestasi isolasi sosial dikelompokkan menjadi 4 (empat) aspek, yaitu: fisik, kognitif, perilaku dan perubahan afektif (Townsend, 2009; NANDA, 2007; Keliat, 2005; Fortinash, 2009).

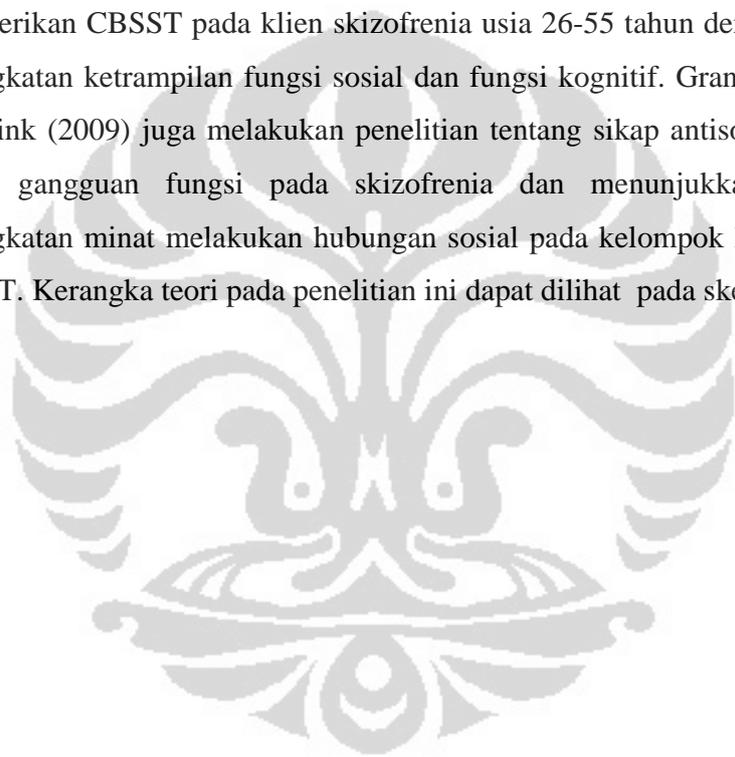
Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien isolasi sosial berupa terapi-terapi keperawatan yang terintegrasi dengan tindakan profesi kesehatan lain yang menangani klien isolasi sosial termasuk psikiater, psikolog, pekerja sosial, dan sebagainya. Terapi medis berupa terapi psikofarmaka dan ECT (Brady, 2004; Videbeck, 2008; Varcarolis, Carson, & Shoemaker 2006, Frisch & Frisch, 2006), sedangkan terapi keperawatan berupa terapi standar (generalis) dan terapi psikososial atau psikoterapi. Terapi standar (generalis) bertujuan untuk melatih klien ketrampilan sosial sehingga klien merasa nyaman dalam situasi sosial dan melakukan interaksi sosial (Frisch & Frisch, 2006; Swanson, dkk, 2008, Workshop Keperawatan Jiwa, 2008).

Tindakan keperawatan berupa terapi psikososial yang dapat diberikan pada klien isolasi sosial meliputi terapi perilaku (Fortinash & Worret, 2004; Townsend, 2009), *Cognitive Behaviour Therapy/CBT* (Fortinash & Worret, 2004; Fausiah & Widury, 2005, Turkington, dkk, 2004), *Social Skills Training/SST* (Fausiah & Widury, 2005; Ramdhani, 2002; Townsend, 2009; Turkington, dkk, 2004; Fontaine, 2003; Renidayati, 2008), *cognitive behavioral social skills training/CBSST* (McQuaid, 2000), terapi keluarga (Townsend, 2009; Fortinash & Worret, 2004; Turkington, dkk, 2004), *Group therapy* (Fortinash & Worret, 2004; Townsend, 2009), *Group CBT* (Turkington, dkk, 2004; Barrowclough, dkk, 2006; Saksa, dkk, 2009), dan *Assertive Community Treatment/ACT* (Turkington, dkk, 2004; Townsend, 2009).

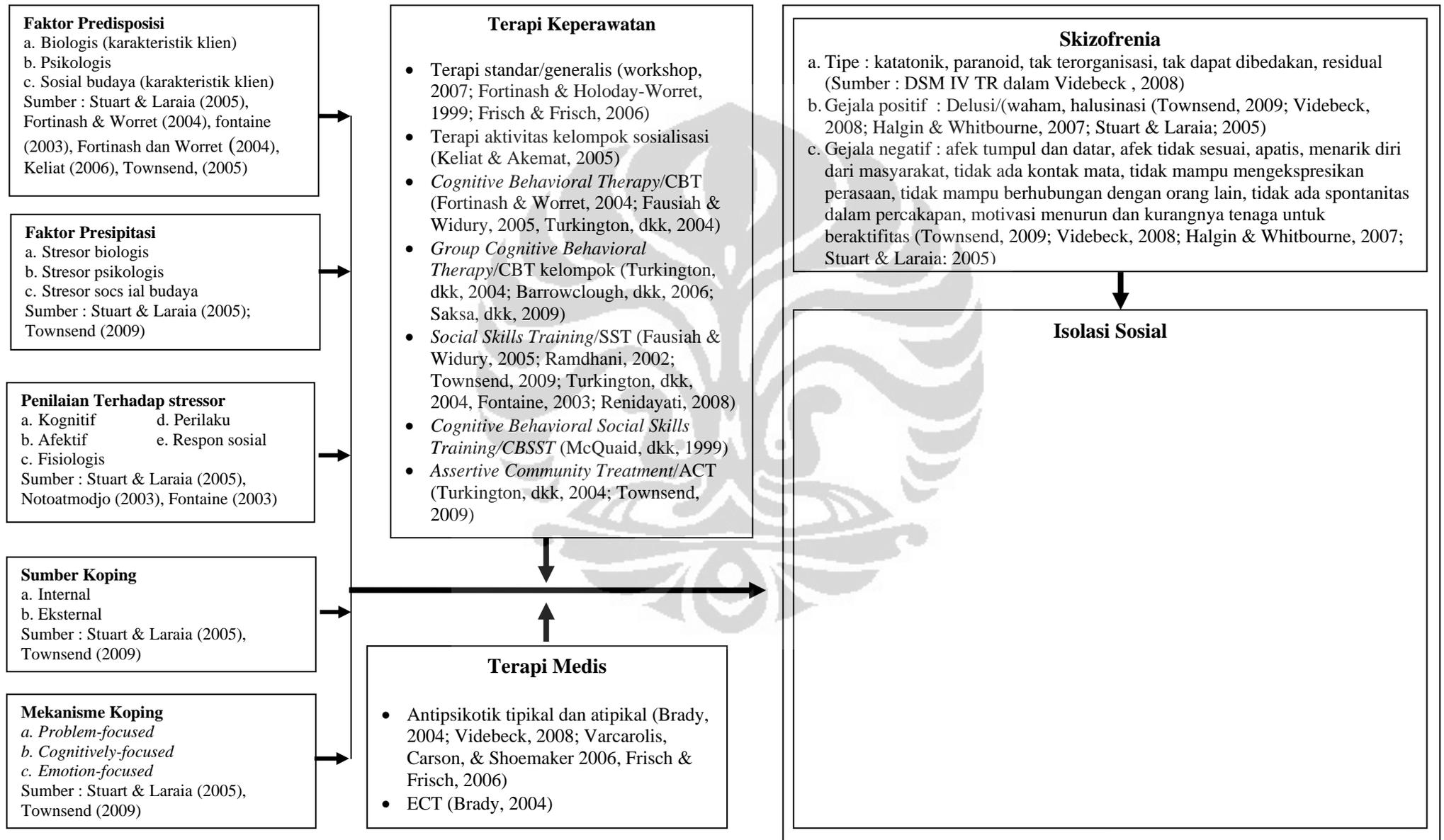
Terapi yang diberikan pada klien isolasi sosial pada penelitian ini adalah *Cognitive behavioral social skills training* (CBSST). CBSST merupakan

kombinasi *Cognitive behavioral therapy* (CBT) dan *social skills training* (SST) yang CBSST bertujuan untuk melatih teknik koping, meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku, ketrampilan fungsi sosial, *problem-solving*, dan mengatasi gangguan neurokognitif (Granholm, dkk, 2006).

McQuaid, dkk (1999) pada *pilot study* dan studi kasus tentang pengaruh CBSST pada pasien skizofrenia menunjukkan peningkatan kemampuan kognitif, kemampuan dalam interaksi sosial, dan *problem solving*. Granholm (2006) memberikan CBSST pada klien skizofrenia usia 26-55 tahun dengan hasil terjadi peningkatan ketrampilan fungsi sosial dan fungsi kognitif. Granholm, Ben-Zeev, dan Link (2009) juga melakukan penelitian tentang sikap antisosial dan CBSST untuk gangguan fungsi pada skizofrenia dan menunjukkan hasil terjadi peningkatan minat melakukan hubungan sosial pada kelompok klien yang diberi CBSST. Kerangka teori pada penelitian ini dapat dilihat pada skema 3. 1.



Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian



### 3.2 Kerangka Konsep

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*). Isolasi sosial merupakan variabel terikat (dependen) yang diukur berdasarkan instrumen kuesioner.

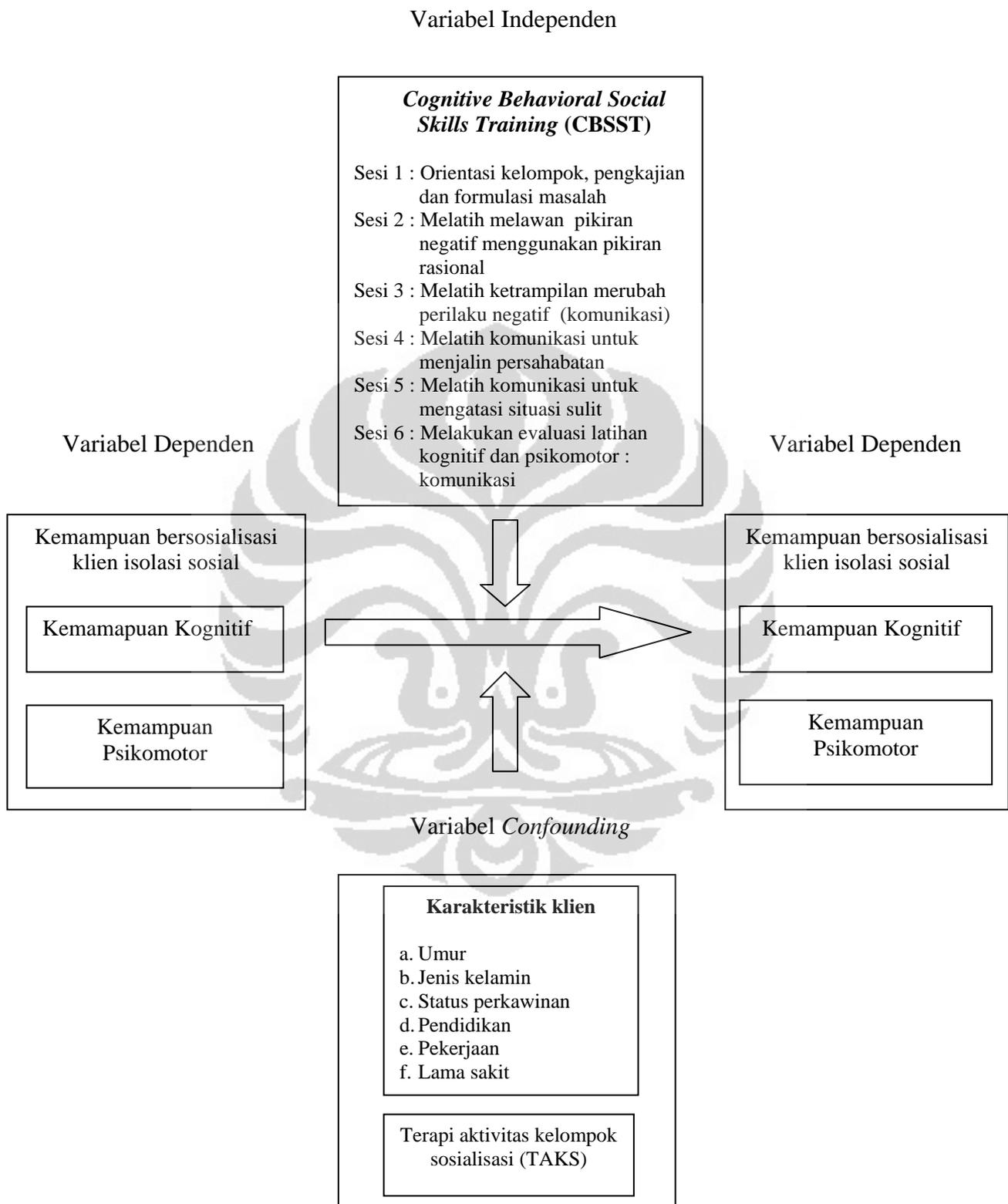
Variabel bebas (independen) dalam penelitian ini adalah *cognitive behavioral social skills training* (CBSST) untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku sosial klien isolasi sosial. Pelaksanaan CBSST berdasarkan pendekatan kelompok dan menggunakan modul sebagai pelaksanaan CBSST yang terdiri dari 2 (dua) bagian dan 6 (enam) sesi, dimana setiap sesinya membutuhkan waktu 60 menit. Modul CBSST disusun dengan mengkombinasikan konsep dan modul CBSST (McQuaid, dkk, 2000), modul CBT yang digunakan di FIK UI yang dikembangkan oleh Sasmita (2007) dan Fauziah (2009), serta modul SST yang digunakan di FIK UI yang dikembangkan oleh Renidayati (2008).

Modul CBSST ini terdiri dari 2 (dua) bagian, dimana bagian 1 (satu) berfokus pada *cognitive behavioral skills* yang terdiri dari 2 (dua) sesi dan bagian 2 (dua) berfokus pada SST yang terdiri dari 3 (tiga) sesi, ditambah 1 (satu) sesi untuk diskusi manfaat latihan yang dilakukan sehingga total menjadi 6 (enam) sesi dan 60 menit setiap sesinya. Pada setiap sesi klien menggunakan catatan atau buku kerja untuk keberlangsungan latihan yang diberikan pada klien. Pada sesi 1-2 klien diarahkan untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif yaitu perilaku yang berhubungan dengan interaksi sosial. Selanjutnya klien dilatih mengidentifikasi pikiran untuk melawan atau memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif dan memilih perilaku baru yaitu ketrampilan komunikasi yang akan dilatih sebagai pengganti perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif.

Pada sesi 3-5 klien akan diberikan latihan untuk meningkatkan ketrampilan komunikasi dan interaksi sosial. Pelaksanaan sesi 3-5 dengan menggunakan 4 (empat) metoda pada SST yaitu 1) *modelling*, adalah terapis melakukan demonstrasi tindakan ketrampilan yang akan dilakukan; 2) *role-playing*, yaitu tahap bermain peran, dimana klien mendapat kesempatan untuk memerankan kemampuan/ketrampilan yang telah dilakukan/diperankan oleh terapis; 3) *performance feedback*, yaitu tahap pemberian umpan balik. Umpan balik harus diberikan segera setelah klien mencoba memerankan seberapa baik menjalankan latihan; dan 4) *transfer training*, yakni tahap pemindahan ketrampilan yang diperoleh klien ke dalam praktik sehari-hari. Pada sesi 6 (enam) klien akan dilatih mengungkapkan pendapatnya tentang manfaat latihan kognitif dan perilaku/psikomotor : komunikasi.

Variabel perancu 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. Pada penelitian ini tindakan keperawatan generalis yaitu terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) juga merupakan variabel yang tidak dapat dikendalikan oleh peneliti. Kerangka konsep penelitian digambarkan pada skema 3.2.

Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian



### 3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu pernyataan yang merupakan jawaban sementara peneliti terhadap pertanyaan penelitian (Dahlan, 2008). Berdasarkan kerangka konsep penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

- a. Ada perubahan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi setelah mendapatkan terapi CBSST di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- b. Ada perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi antara kelompok yang mendapatkan terapi CBSST dan tidak mendapatkan terapi CBSST di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.
- c. Ada hubungan antara karakteristik klien terhadap kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

### 3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional ialah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2007). Variabel harus didefinisikan secara operasional agar lebih mudah dicari hubungannya antara satu variabel dengan yang lain dan juga pengukurannya.

Variabel operasional bermanfaat untuk : 1) Mengidentifikasi kriteria yang dapat diobservasi yang sedang didefinisikan; 2) Menunjukkan bahwa suatu konsep atau objek mungkin mempunyai lebih dari satu definisi operasional; 3) Mengetahui bahwa definisi operasional bersifat unik dalam situasi dimana definisi tersebut harus digunakan.

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	Interval
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) 3. Tinggi (Diploma, PT)	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	Keadaan klien terkait dengan kehidupan pribadinya dalam keluarga.	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	Interval
7	Terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS)	Tindakan keperawatan yang rutin dilakukan di rumah sakit untuk memfasilitasi kemampuan sosialisasi klien isolasi sosial, terdiri dari 7 (tujuh) sesi.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang lama sakit responden	1. Sudah mendapat TAKS sampai sesi 7 (tujuh) 2. Belum selesai mendapat TAKS sampai sesi 7 (tujuh)	Nominal

Tabel 3.2  
Definisi Operasional Variabel *Dependent*

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	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 17 item pertanyaan dengan pilihan jawaban : 1. Tidak 2. Ya	Skor dari item pernyataan kognitif masing-masing dari rentang 0 sampai 17	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 24 item pertanyaan dengan pilihan jawaban : 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	Skor dari item pernyataan perilaku dari rentang 24 sampai 96	Interval

Tabel 3.3  
Definisi Operasional Variabel *Independent*

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	<i>Cognitive Behavioral Social Skills Training</i> (CBSST)	Kegiatan terapi yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor klien isolasi sosial, terdiri dari 6 (enam) sesi yaitu Orientasi kelompok, pengkajian dan formulasi masalah; Melatih memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif; Melatih ketrampilan merubah perilaku negatif; Melatih komunikasi untuk menjalin persahabatan; Melatih komunikasi untuk mengatasi situasi sulit; Melakukan evaluasi latihan kognitif dan perilaku/psikomotor : komunikasi.	<i>Checklist</i>	1. Dilakukan terapi CBSST 2. Tidak dilakukan terapi CBSST	Nominal

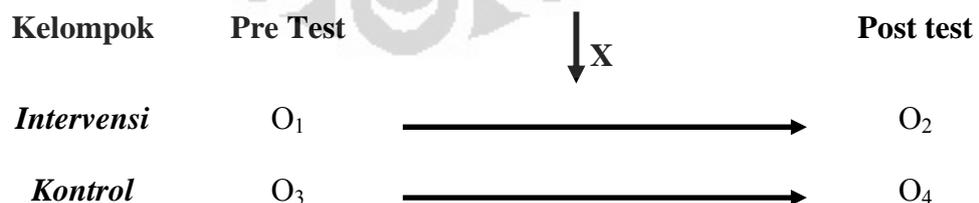
## BAB 4 METODE PENELITIAN

### 4.1 Desain penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga dapat menuntun peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah "Quasi experimental pre-post test with control group" dengan intervensi *cognitive behavioral social skills training* (CBSST).

Penelitian dilakukan untuk mengetahui perubahan kemampuan kognitif dan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa terapi CBSST dan penelitian juga membandingkan dua kelompok klien isolasi sosial yang dirawat inap di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Skema 4.1 berikut ini memberikan gambaran tentang desain penelitian yang akan dilakukan.

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



**Keterangan:**

- X : Intervensi (*cognitive behavioral social skills training*/ terapi CBSST)
- O<sub>1</sub> : Kemampuan kognitif dan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum mengikuti terapi CBSST (*pre test*).

- O2 : Kemampuan kognitif dan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok intervensi sesudah mengikuti terapi CBSST (*post test*).
- O3 : Kemampuan kognitif dan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi CBSST (*pre test*).
- O4 : Kemampuan kognitif dan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi CBSST (*post test*).
- O2 – O1 : Perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum mengikuti terapi CBSST (*pre test*) dan sesudah mengikuti terapi CBSST (*post test*).
- O4 – O3 : Perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum kelompok intervensi mengikuti terapi CBSST (*pre test*) dan sesudah kelompok intervensi mengikuti terapi CBSST (*post test*).
- O1 – O3 : Perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi CBSST (*pre test*).
- O2 – O4 : Perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah dilakukan terapi CBSST (*post test*).

## 4.2 Populasi dan sampel

### 4.2.1 Populasi

Keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti adalah populasi penelitian (Notoatmodjo, 2005). Sedangkan menurut Sastroasmoro dan Ismael (2008) yang dimaksud dengan populasi adalah sekelompok subyek 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 Barat, sedangkan populasi terjangkau pada penelitian ini adalah seluruh klien isolasi sosial yang dirawat di ruang rawat inap psikiatri di BLU RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor. Pada periode bulan Juni–Desember 2009 klien isolasi sosial berjumlah 504 orang.

#### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian (*subset*) dari populasi yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Sampel penelitian ini adalah klien isolasi sosial yang memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut :

- a. Usia dewasa (18 – 65 tahun )
- b. Bisa membaca dan menulis
- c. Klien dirawat di BLU RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor
- d. Diagnosa medis skizofrenia
- e. Diagnosa keperawatan isolasi sosial.

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

$\sigma$  : standar deviasi 2 (Trihadi, 2009)

$\mu_1$  : rata-rata setelah dilakukan intervensi

$\mu_2$  : 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

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

$$n = \frac{2x2^2 [(1,96+0,84)]^2}{1,5^2} = 27,9 = 28$$

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 kelompok intervensi dan 32 untuk kelompok kontrol), sehingga jumlah total sampel adalah 64 responden. Distribusi sampel

dalam penelitian ini terdiri dari klien laki-laki dan perempuan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Kelompok intervensi adalah klien isolasi sosial yang dirawat di ruang Bratasena, Yudistira, dan Utari, dan diberikan terapi CBSST, sedangkan kelompok kontrol adalah klien isolasi sosial yang dirawat di ruang Antareja dan Arimbi BLU RS Dr. H. Marzoeke Mahdi Bogor dan tidak diberikan terapi CBSST. Selama proses penelitian seluruh responden baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol tetap diberikan tindakan rutin dari rumah sakit yaitu tindakan keperawatan generalis dan terapi medis.

Pemilihan ruang rawat inap yang digunakan sebagai tempat penelitian dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono, 2006). Pertimbangan pemilihan ruang pada penelitian ini adalah ruang rawat inap dengan jumlah klien isolasi sosial terbanyak. Dari beberapa ruang yang telah ditentukan sebagai tempat penelitian selanjutnya dilakukan pengambilan sampel dengan menggunakan teknik *total sampling*, yaitu seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi dijadikan responden. Teknik ini dilakukan karena hasil seleksi klien pada setiap periode jumlah klien yang memenuhi kriteria inklusi tidak melebihi jumlah sampel sesuai hasil perhitungan yang telah ditetapkan. Teknik ini digunakan untuk mengambil sampel baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Hasil seleksi total klien pada penelitian ini diperoleh jumlah sampel 70 orang klien yang terdiri dari kelompok intervensi sebanyak 36 orang dan kelompok kontrol sebanyak 34 orang. Jumlah sampel *drop out* selama proses penelitian ini adalah 7 (tujuh) orang pada kelompok intervensi dan 3 (tiga) orang pada kelompok kontrol, sehingga pada akhir penelitian jumlah sampel adalah 60 orang yang terdiri dari 29 orang

kelompok intervensi dan 31 orang kelompok kontrol. Adapun pemetaan jumlah sampel akhir pada penelitian ini dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1  
Pemetaan jumlah sampel akhir di tiap ruang pada penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010

<b>Kelompok</b>	<b>Periode</b>	<b>Ruang</b>	<b>Jumlah sampel</b>
<b>Intervensi</b>	I	Bratasena	Kelompok 1 (5 orang)
			Kelompok 2 (4 orang)
		Utari	Kelompok 3 (4 orang)
		Yudistira	-
	II	Bratasena	Kelompok 4 (6 orang)
			Utari
Yudistira		Kelompok 5 (5 orang)	
		Kelompok 6 (5 orang)	
	<b>Total</b>		<b>29 orang</b>
<b>Kontrol</b>	I	Antareja	9 orang
		Arimbi	6 orang
	II	Antareja	10 orang
		Arimbi	6 orang
		<b>Total</b>	

### 4.3 Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di ruang Bratasena, Yudistira, Utari, Arimbi, dan Antareja BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang merupakan Rumah Sakit dengan pelayanan psikiatri tertua dan terbesar di Indonesia. Rumah sakit ini sangat maju dalam pelayanan dan mau menerima inovasi baru serta mudah dicapai dari kampus Universitas Indonesia.

### 4.4 Waktu penelitian

Penelitian dimulai pada bulan Februari sampai dengan minggu ke-2 Juli 2010 (Lampiran 18), diawali dengan kegiatan penyusunan proposal, uji coba instrumen, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian. Pengambilan data dan intervensi dilaksanakan selama 4 (empat) minggu atau 28 hari efektif mulai tanggal 17 Mei sampai 13 Juni 2010 (Lampiran 17).

#### 4.5 Etika Penelitian

Salah satu bentuk tanggung jawab mendasar bagi peneliti sebelum melakukan penelitian adalah diperlukan surat izin penelitian (Brockopp & Tolsma, 2000). Dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian, maka penelitian diawali dengan peneliti mengajukan uji kaji etik oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (Lampiran 7) untuk memenuhi ketentuan etika penelitian dan mendapat persetujuan untuk pelaksanaan penelitian ini. Selanjutnya penelitian mengurus surat permohonan penelitian pada Direktur BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor (Lampiran 12). Setelah mendapat persetujuan, peneliti mengkoordinasikan pelaksanaan penelitian dengan bidang perawatan, bidang pendidikan dan pelatihan, dan kepala ruang rawat inap yang digunakan sebagai tempat penelitian.

Etika penelitian terhadap subyek penelitian ini meliputi responden yang menjadi subyek penelitian diberi informasi tentang rencana, tujuan, dan manfaat penelitian bagi responden (Lampiran 1). Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden (*autonomy*) dengan cara menandatangani surat pernyataan kesediaan menjadi responden yang telah disiapkan peneliti atau *informed consent* (lampiran 2). Pada penelitian ini seluruh responden menandatangani sendiri surat pernyataan bersedia menjadi responden.

Etika penelitian yang lain yaitu tidak menampilkan informasi nama dan alamat asal responden dalam kuisioner dan alat ukur untuk menjamin anonimitas (*anonymous*) dan kerahasiaan (*confidentiality*), untuk itu peneliti akan menggunakan kode responden. Seluruh data penelitian hanya diketahui oleh peneliti dan data dimusnahkan setelah selesai pengolahan data. Peneliti memberikan penjelasan tentang manfaat penelitian bagi responden (*beneficence*) dan meminimalkan hal merugikan (*maleficence*) dengan melakukan tindakan CBSST sesuai standar pelaksanaan untuk mengoptimalkan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri

sendiri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi.

Prinsip etika penelitian keadilan (*justice*) pada kelompok kontrol tetap diberikan tindakan keperawatan dan terapi medis rutin dari rumah sakit, dengan demikian kelompok kontrol tetap mendapatkan penanganan dan tidak terabaikan.

#### **4.6 Alat pengumpul data**

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

##### **4.6.1 Kuesioner A (Karakteristik Responden)**

Merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden terdiri dari: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama sakit, dan peran serta responden pada kegiatan terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS). Data karakteristik responden masuk dalam lembar kuesioner A, terdiri dari 7 (tujuh) pertanyaan dan diisi dengan cara member tanda *check list* (✓) pada jawaban yang dipilih oleh responden atau mengisi titik-titik yang telah disediakan (lampiran 3).

##### **4.6.2 Kuesioner B (Kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan)**

Merupakan instrumen yang dipakai untuk mengukur kemampuan kognitif responden dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan yang terkait dengan isolasi sosial sebanyak 17 pertanyaan. Kuesioner ini dibuat oleh peneliti sendiri dengan mengacu kepada teori dan konsep Townsend, 2009; Hawthorne, 2005; NANDA, 2007; Keliat, 2005; Fortinash, 1999, serta keusioner kemampuan

kognitif Renidayati (2008) dan Sasmita (2007). Kuesioner dikembangkan menggunakan Skala Guttman dengan pilihan jawaban Ya dan Tidak (Sugiyono, 2006). Pada pernyataan *favourable* jika responden menjawab Ya diberi nilai 1 (satu), jika responden menjawab Tidak diberi nilai 0 (nol), sebaliknya pada pernyataan *unfavourable* jika responden menjawab Ya diberi nilai 0 (nol) dan jika responden menjawab tidak diberi nilai 1 (satu). Instrumen diisi oleh responden dan didampingi oleh peneliti/kolektor data (lampiran 4). Tabel 4.2 berikut ini memaparkan kisi-kisi kuesioner kemampuan kognitif klien dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Tabel 4.2

Kisi-kisi kuesioner kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010

No	Sub Variabel	Item pernyataan	
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>
1	Merasa kesepian	-	13, 9
2	Merasa ditolak orang lain dan lingkungan	8	15, 17
3	Merasa tidak berguna	1, 5, 12, 14	-
4	Merasa tidak mampu konsentrasi dan membuat keputusan	16	4, 6
5	Merasa putus asa (tidak memiliki tujuan hidup)	2, 3	10
6	Merasa tidak aman berada di dekat orang lain	-	7, 11

#### 4.6.3 Kuesioner C (Kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi)

Merupakan instrumen untuk mengukur tentang kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi meliputi tingkah laku responden terkait dengan isolasi sosial. Kuesioner ini dikembangkan oleh peneliti sendiri dengan mengacu kepada teori dan konsep Townsend, 2009; Swanson, dkk, 2008; NANDA, 2007; Hawthorne, 2005; Fortinash, 1999, serta kuesioner kemampuan perilaku Renidayati (2008) dan

Sasmita (2007). Kuesioner terdiri dari 24 pernyataan yang dikembangkan oleh peneliti sendiri dengan menggunakan skala likert (1-4), dengan rentang nilai 4-96. Pada pernyataan *favourable* jika responden memilih pernyataan tidak pernah melakukan diberi nilai 1, kadang-kadang memikirkan/melakukan 2, sering 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, kadang-kadang memikirkan/melakukan 3, sering melakukan (2-5 kali perminggu) diberi nilai 2, selalu melakukan (lebih dari 5 kali minggu) diberi nilai 1. Instrumen diisi oleh responden dan didampingi oleh peneliti atau kolektor data (lampiran 5). Tabel 4.3 berikut ini memaparkan kisi-kisi kuesioner kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi (perilaku sosial).

Tabel 4.3

Kisi-kisi kuesioner kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi pada penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010

No	Sub Variabel	Item pernyataan	
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>
1	Menarik diri/menjauh dari orang lain	3, 13, 16	1, 20
2	Tidak/jarang komunikasi	22	7, 19
3	Tidak ada kontak mata	4, 8	23
4	Malas melakukan ADL	6, 9, 10, 18	5
5	Bermusuhan atau menolak hubungan dengan orang lain	11, 12, 20, 21	14, 15
6	Kehilangan gerak dan minat	17, 24	2

#### 4.7 Uji coba instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba instrumen dilakukan pada 24 orang klien isolasi sosial yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan responden yaitu klien yang mengalami isolasi

sosial di ruang rawat inap psikiatri BLU RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor. Klien yang dipakai untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden dan dirawat di ruang yang berbeda dengan ruang rawat responden penelitian ini. Klien yang diambil sebagai sampel dirawat di ruang Gatot Kaca, Dewi Amba, dan Sadewa.

#### 4.7.1 Uji Validitas

Validitas artinya sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Hastono, 2007). Menurut Sugiyono (2006) terdapat 2 jenis validitas, yaitu :

- a. Validitas internal, artinya bila kriteria yang ada dalam instrumen secara rasional (teoritis) telah mencerminkan apa yang diukur. Validitas internal terdiri dari validitas konstruksi (*construct validity*) yaitu jika instrumen dapat digunakan untuk mengukur gejala sesuai yang didefinisikan, dan validitas isi (*content validity*) yaitu tingkat representatif isi atau substansi pengukuran berdasarkan tujuan yang telah dirumuskan.
- b. Validitas eksternal, artinya instrumen mempunyai validitas eksternal artinya kriteria yang ada diinstrumen disusun berdasarkan fakta-fakta empiris yang telah ada. Uji validitas eksternal dengan cara membandingkan kriteria yang ada pada instrumen dengan fakta-fakta empiris yang terjadi.

Pengujian validitas instrumen dilakukan menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan keputusan uji bila  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel maka  $H_0$  ditolak, artinya valid. Bila  $r$  hitung lebih kecil dari  $r$  tabel maka  $H_0$  gagal ditolak, artinya variabel tidak valid (Hastono, 2007).

Uji validitas pada penelitian ini untuk kuesioner kemampuan psikomotor dalam 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, 2005). Hasil yang diperoleh dari 24 item pernyataan terdapat 5 item tidak valid, dimana  $r$  hasil  $<$   $r$  tabel ( $r$  tabel = 0,404) dan 19 item pernyataan yang lain valid ( $r$  hasil  $>$   $r$  tabel). Item pernyataan yang tidak valid kemudian diperbaiki bahasa atau kalimatnya dengan makna yang sama dan tetap digunakan dalam penelitian ini. Sedangkan kuesioner kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan di lakukan uji validitas menggunakan uji validitas isi dengan cara membuat kisi-kisi instrumen, membandingkannya antara isi instrumen dengan tujuan penelitian dan dikonsulkan ke pakar.

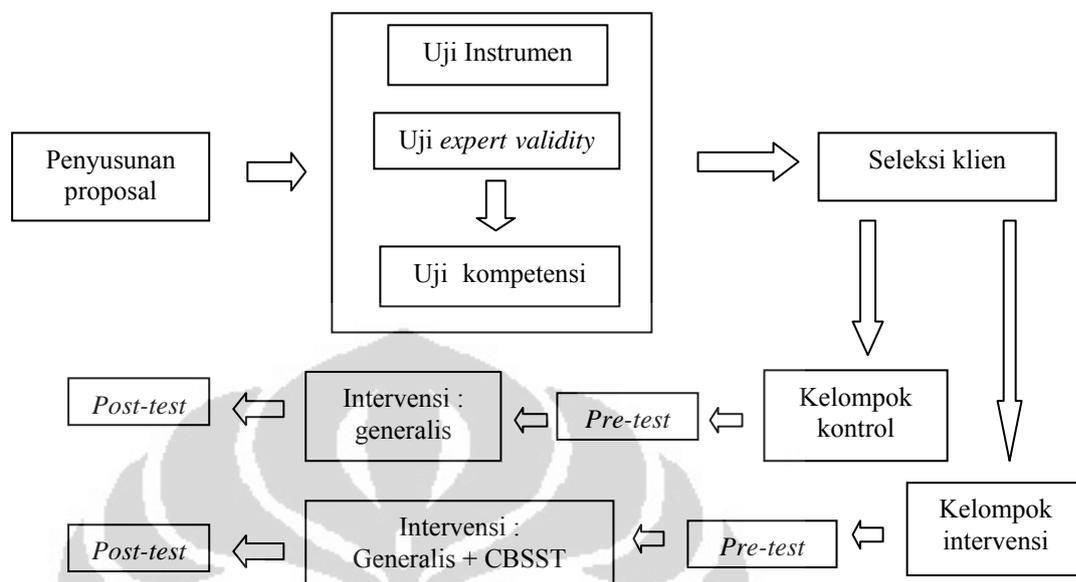
#### 4.7.2 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Menurut Sugiyono (2006) instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas dengan cara diuji menggunakan *Alfa Cronbach*. Dempsey (2002) menjelaskan bahwa reliabilitas suatu konstruk variabel dikatakan baik jika *Alfa Cronbach*  $>$  0,60. Pada penelitian ini seluruh item pernyataan yang valid kemudian dilakukan uji reliabilitas dan hasilnya semua pernyataan reliabel dengan nilai *Alfa Cronbach* 0,887.

### 4.8 Prosedur Pelaksanaan Penelitian

Prosedur pelaksanaan penelitian secara umum tampak pada skema 4.2 yang menggambarkan pelaksanaan penelitian sejak penyusunan proposal sampai intervensi atau pelaksanaan penelitian. Sedangkan kerangka kerja terapi CBSST tampak pada skema 4.3.

Skema 4.2  
 Kerangka kerja pelaksanaan penelitian pengaruh CBSST terhadap  
 kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM  
 Bogor tahun 2010



Proses penelitian ini telah dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut :

#### 4.8.1 Prosedur administrasi

Penelitian ini dilaksanakan setelah melalui prosedur lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan/Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (Lampiran 7), lulus uji *expert validity* modul terapi CBSST (Lampiran 8) dan lulus uji kompetensi terapi CBSST (Lampiran 9) serta prosedur administrasi di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi (RSMM) Bogor.

Uji *expert validity* modul terapi CBSST dilakukan dengan melakukan konsultasi kepada pakar keperawatan jiwa FIK UI selama proses penyusunan modul untuk menjamin kelayakan modul yang akan digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan terapi CBSST pada kelompok intervensi. Setelah lulus uji *expert validity* dilanjutkan dengan uji kompetensi dengan tim penguji keperawatan jiwa FIK UI.

Uji kompetensi dilakukan untuk menjamin peneliti mampu memberikan terapi CBSST secara akurat.

Selanjutnya peneliti menyampaikan surat permohonan izin uji coba instrumen dan izin penelitian dari Dekan FIK UI ditujukan kepada Direktur BLU RSMM Bogor (Lampiran 12) dengan salah satu tembusan kepada bagian pendidikan dan pelatihan BLU RSMM. Selanjutnya Direktur BLU RSMM Bogor menerbitkan surat rekomendasi penelitian yang ditujukan kepada Dekan FIK UI (Lampiran 13) dan bagian pendidikan dan pelatihan BLU RSMM Bogor memberikan surat rekomendasi kepada peneliti untuk ke ruang rawat inap yang digunakan sebagai tempat penelitian (Lampiran 14, 15) dalam rangka uji instrumen dan pengambilan data penelitian.

#### 4.8.2 Prosedur teknis

- a. Penentuan ruang rawat inap sebagai tempat penelitian, meliputi ruang untuk uji coba instrumen (Gatot Kaca, Dewi Amba, dan Sadewa) dan ruang untuk penelitian meliputi kelompok intervensi (Bratasena, Yudistira, Utari) dan kelompok kontrol (Arimbi, dan Antareja).
- b. Uji coba kuesioner, dilakukan pada 24 orang klien dengan karakteristik yang hampir sama dengan responden penelitian. Selanjutnya dilakukan uji validitas dan reliabilitas.
- c. Penyamaan persepsi dengan kolektor data yaitu rekan peneliti (mahasiswa magister keperawatan jiwa FIK UI) tentang kuesioner yang akan diberikan kepada responden.
- d. Pengambilan sampel  
Klien isolasi sosial yang memenuhi kriteria inklusi diambil sebagai sampel penelitian dengan teknik *total sampling*, dengan jumlah sampel 60 orang yang terbagi menjadi 29 orang kelompok intervensi dan 31 orang kelompok kontrol. Selanjutnya klien yang telah terpilih diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan

konsekuensi menjadi responden penelitian. Klien yang bersedia menjadi responden selanjutnya diminta untuk menandatangani lembar persetujuan atau *informed consent*. Sampel yang diperoleh selanjutnya dibentuk kelompok dan anggota kelompok dipilih secara randomisasi dengan undian. Pada penelitian ini terbentuk 6 (enam) kelompok dengan masing-masing anggota kelompok 5 – 6 orang.

*e. Pre-test*

Klien yang sudah terpilih sebagai responden pada kelompok intervensi dan kontrol selanjutnya dilakukan *pre-test* untuk mengetahui data demografi, kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor dalam sosialisasi. Pengumpulan data awal (*pre-test*) ini dilakukan oleh peneliti sendiri.

*f. Intervensi*

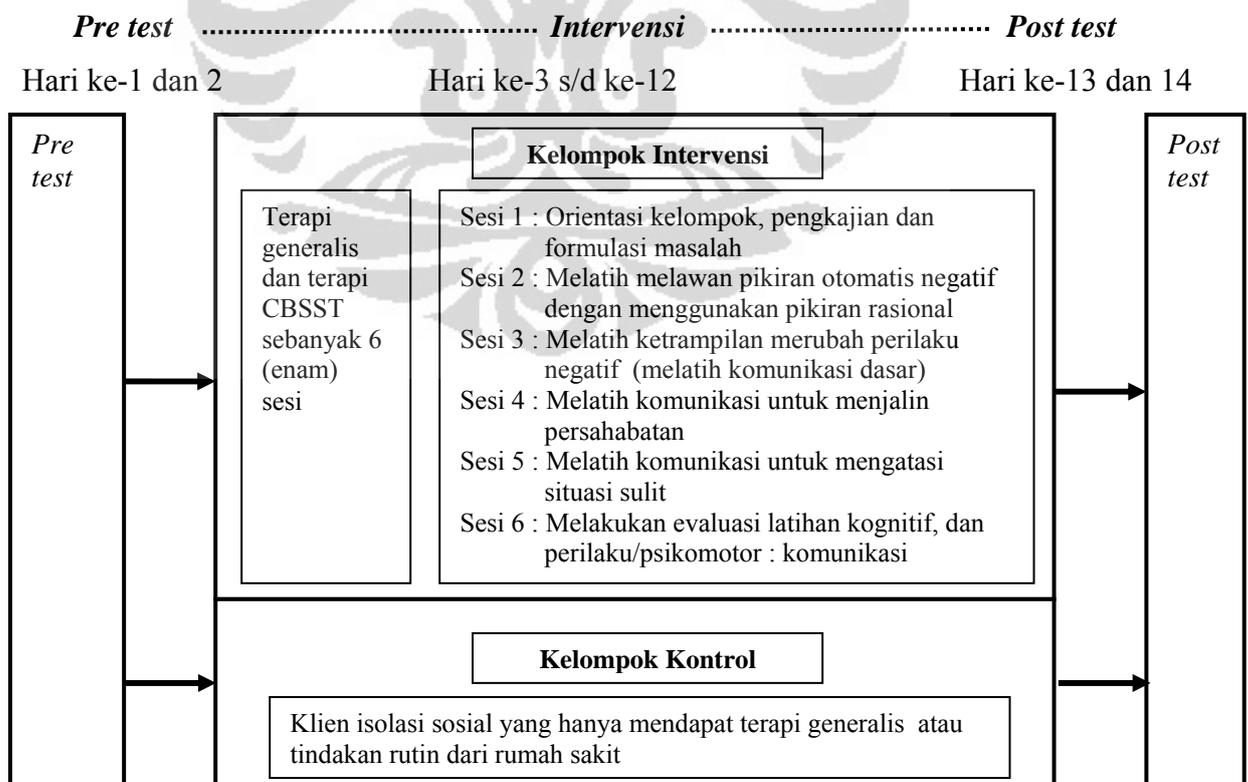
Pemberian intervensi terapi CBSST dilakukan oleh peneliti sendiri dengan pertemuan setiap hari. Kelompok intervensi diberikan terapi CBSST sebanyak 6 (enam) sesi dan setiap sesi dilakukan selama 60 menit. Sesi 2 dan 6 dilakukan 1 kali, sedangkan sesi 1, 3, 4, 5 dilakukan 2 kali. Pelaksanaan keseluruhan terapi CBSST ini membutuhkan waktu 10 hari. Kerangka kerja terapi CBSST tampak pada skema 4.2 dan jadwal pelaksanaan terapi CBSST terlampir (Lampiran 17).

Kegiatan dilakukan dengan jadwal sesuai kesepakatan peneliti dengan responden. Pada periode pertama kegiatan terapi CBSST di ruang Bratasena (dua kelompok) dilakukan pada jam 10.00 – 11.00 wib dan jam 13.30 – 14.30 wib, sedangkan di ruang Utari (satu kelompok) dilakukan pada jam 15.30 – 16.30 wib. Pada periode kedua, di ruang Bratasena (satu kelompok) dilakukan pada jam

10.00 – 11.00 wib, sedangkan di ruang Yudistira (dua kelompok) dilakukan pada jam 14.00 – 15.00 wib dan jam 15.30 – 16.30 wib.

Responden dianggap berhasil mengikuti terapi CBSST atau terhitung sebagai sampel pada penelitian ini bila dapat mengikuti kegiatan sesi 1 sampai sesi 6 dan bila tidak mengikuti keseluruhan sesi maka dianggap gugur atau *drop out*. Kelompok intervensi maupun kelompok kontrol selama sesi intervensi CBSST tetap diberikan tindakan keperawatn generalis dan terapi medis rutin dari rumah sakit. Peneliti melakukan validasi terhadap tindakan keperawatan generalis dan terapi medis yang diterima responden melalui rekam medis dan validasi langsung kepada perawat ruangan.

Skema 4.3  
 Kerangka kerja pengaruh terapi CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010



a. *Post-test*

*Post-test* dilakukan setelah keseluruhan terapi CBSST diberikan atau 10 hari setelah *pre-test*. Variabel yang diukur hanya kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor dalam sosialisasi dengan menggunakan instrumen yang sama pada saat *pre-test*. Pengambilan data *post-test* dilakukan oleh kolektor data.

## 4.8 Analisis data

### 4.8.1 Pengolahan Data

Hastono (2007) memaparkan bahwa pengolahan data merupakan salah satu bagian rangkaian kegiatan setelah pengumpulan data. Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, paling tidak ada empat tahapan dalam pengolahan data yang peneliti harus lalui yaitu *editing*, *coding*, *processing*, dan *cleaning*.

Data yang telah dikumpulkan pada penelitian ini selanjutnya diolah dengan menggunakan program komputer dengan beberapa tahapan yaitu merekapitulasi hasil jawaban kuesioner yang diisi oleh responden kemudian dilakukan :

a. *Editing*

Dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten. Dari 41 kuesioner yang masuk semuanya telah terisi dengan lengkap mulai dari penjelasan penelitian, *Informed Consent*, dan instrumen penelitian kemampuan kognitif dan psikomotor klien isolasi sosial.

b. *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan (Hastono, 2007). 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. Kode 1 diberikan untuk kelompok intervensi, kode 2 kelompok kontrol dan kode tertentu untuk masing-masing item pertanyaan yang terdapat di setiap instrumen sehingga memudahkan dalam pengolahan data dan analisis 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 komputer.

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 ke komputer. Setelah data didapat kemudian dilakukan pengecekan kembali apakah data yang ada salah atau tidak. Pengelompokan data yang salah diperbaiki hingga tidak ditemukan kembali data yang tidak sesuai sehingga data siap dianalisis. Pada penelitian ini seluruh instrumen pertanyaan telah diisi oleh responden.

#### 4.9.1 Analisa Data

Untuk melakukan pengujian hipotesis, analisis data yang dilakukan 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 kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi. 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, lama klien sakit, dan peran serta pada terapi aktivitas kelompok (TAKS) yang berbentuk data kategorik dengan menghitung presentase atau proporsi. Untuk kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien isolasi sosial dihitung mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan 95% *confidence interval*. Penyajian masing-masing variabel menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat perbedaan kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial sebelum dan sesudah mengikuti terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang tidak mengikuti terapi CBSST di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

Sebelum dilakukan analisis bivariat, akan dilakukan uji kesetaraan untuk melihat homogenitas antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, apakah kedua kelompok setara (homogen). Uji kesetaraan dilakukan untuk karakteristik klien isolasi sosial meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama sakit, dan peran serta pada TAKS antara kelompok intervensi dan kontrol. Karakteristik usia dan lama sakit

dianalisis dengan uji *independent t-test (Pooled t-test)*. Karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan peran serta pada TAKS dianalisis dengan uji *chi square*. Kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor kelompok intervensi dan kontrol dilakukan uji kesetaraan menggunakan analisis *independent t-test (Pooled t-test)*. Bila *p-value* besar dari alpha maka dapat disimpulkan bahwa antara kelompok intervensi dan kontrol setara atau homogen. Untuk lebih mudah melihat cara analisis yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4  
Analisis bivariat variabel penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010

#### A. Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara analisis
1	Usia (data interval)	Usia (data interval)	<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 (data interval)	Lama sakit (data interval)	<i>Independent sample t-test</i>
8	TAKS (data nominal)	TAKS (data nominal)	<i>Chi Square</i>

### B. Perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi

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

### C. Perbedaan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial sebelum dan sesudah intervensi

No	Variabel kemampuan psikomotor klien isolasi sosial	Variabel kemampuan psikomotor klien isolasi sosial	Cara Analisis
1	Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	<i>Independent sample t-test</i>
2	Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial kelompok intervensi sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval)	<i>Dependent sample t-test (Paired sample t-test)</i>
3	Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial kelompok kontrol sebelum penelitian (data interval)	Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval)	<i>Dependent sample t-test (Paired sample t-test)</i>
4	Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial kelompok intervensi sesudah penelitian (data interval)	Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial kelompok kontrol sesudah penelitian (data interval)	<i>Independent sample t-test</i>

#### D. Perbedaan karakteristik klien terhadap kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor (perilaku sosial)

No	Variabel karakteristik klien	Variabel kemampuan kognitif klien isolasi sosial (Data Interval)	Variabel kemampuan psikomotor klien isolasi sosial (Data Interval)
1	Usia (data interval)	<i>Independent sample t-test</i>	<i>Independent sample t-test</i>
2	Jenis Kelamin (data nominal)	<i>Chi Square</i>	<i>Chi Square</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	<i>Chi Square</i>	<i>Chi Square</i>
4	Pekerjaan (data nominal)	<i>Chi Square</i>	<i>Chi Square</i>
5	Status perkawinan (data nominal)	<i>Chi Square</i>	<i>Chi Square</i>
6	Lama sakit (data interval)	<i>Independent sample t-test</i>	<i>Independent sample t-test</i>
7	TAKS (data nominal)	<i>Chi Square</i>	<i>Chi Square</i>

#### c. Analisis Multivariat

Menurut Hastono (2007) analisis multivariat bertujuan untuk melihat/mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (umumnya satu variabel dependen). Sabri dan Hastono (2007) menjelaskan bahwa analisis regresi merupakan suatu model matematis yang dapat digunakan untuk mengetahui bentuk hubungan antar dua atau lebih variabel. Tujuan analisis regresi adalah untuk membuat perkiraan nilai suatu variabel (variabel dependen) melalui variabel yang lain.

Pada penelitian ini, analisis multivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis yang dirumuskan yaitu apakah ada kontribusi karakteristik klien isolasi sosial terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor dalam bersosialisasi. Karakteristik klien meliputi : usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama sakit, dan TAKS terhadap kemampuan kognitif klien isolasi social dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan

lingkungan serta kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi setelah dilakukan intervensi berupa terapi CBSST, kemudian dilakukan analisis menggunakan uji korelasi regresi linier sederhana

Tabel 4.5  
Analisis multivariat variabel penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010

No	Variabel karakteristik klien	Variabel kemampuan (data interval)	Cara Analisis
1	Usia (Interval)	Kognitif dan Psikomotor	Regresi linier sederhana
2	Jenis kelamin (Nominal)		Regresi linier sederhana
3	Pendidikan (Nominal)		Regresi linier sederhana
4	Pekerjaan (Nominal)		Regresi linier sederhana
5	Status perkawinan (Nominal)		Regresi linier sederhana
6	Lama sakit (Interval)		Regresi linier sederhana
7	TAKS (Nominal)		Regresi linier sederhana

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST) terhadap kemampuan bersosialisasi klien dengan isolasi sosial di BLU RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor yang dilaksanakan pada tanggal 17 Mei sampai 13 Juni 2010. Pelaksanaan penelitian ini dibagi dalam 2 (dua) periode yaitu periode pertama mulai tanggal 17 Mei sampai 30 Mei 2010 dan periode kedua mulai tanggal 31 Mei sampai 13 Juni 2010. Penelitian dilakukan di 5 (lima) ruang rawat inap psikiatri yaitu Bratasena, Yudistira, Utari, Arimbi, dan Antareja. Jumlah responden pada penelitian ini sebanyak 60 orang klien yang terbagi menjadi dua kelompok, yaitu 29 orang kelompok intervensi dan 31 orang kelompok kontrol. Kedua kelompok dilakukan *pre-test* dan *post-test* yang hasilnya dibandingkan.

#### **5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian**

##### **5.1.1 Tahap persiapan**

Persiapan penelitian diawali dengan proses perizinan melakukan penelitian di bagian pendidikan dan penelitian BLU RS dr. H. Marzoeki Mahdi (RSMM) Bogor. Selanjutnya peneliti menentukan ruang yang akan digunakan untuk penelitian secara *purposive sampling* yaitu 5 (lima) ruang rawat inap psikiatri dengan jumlah klien isoalsi sosial terbanyak (Bratasena, Antareja, Yudistira, Arimbi, dan Utari). Klien di ruang Bratasena, Yudistira, dan Utari dijadikan sebagai kelompok intervensi dan klien di ruang Antareja dan Arimbi dijadikan sebagai kelompok kontrol. Penentuan ruang sebagai kelompok intervensi dan kelompok kontrol juga dilakukan secara *purposive sampling* dengan pertimbangan jumlah klien di tiap ruangan dan ruang rawat inap klien laki-laki atau perempuan. Berikutnya peneliti minta izin kepada kepala ruang setiap ruangan yang akan digunakan sebagai tempat penelitian.

Persiapan selanjutnya peneliti melakukan seleksi klien di ruangan yang telah ditentukan sesuai dengan kriteria inklusi. Pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*, karena hasil seleksi klien pada setiap periode jumlah sampel yang memenuhi kriteria inklusi tidak melebihi jumlah perhitungan sampel minimal. Pemetaan jumlah responden dari hasil seleksi klien tampak pada tabel 5.1.

Tabel 5.1

Pemetaan responden kelompok intervensi dan kontrol pada penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010

Periode	Kelompok	Ruang	Jumlah awal	Drop out	Jumlah akhir
I	Intervensi	Bratasena	10	1	9
		Utari	6	2	4
		Yudistira	-	-	-
	<b>Total</b>		<b>16</b>	<b>3</b>	<b>13</b>
	Kontrol	Antareja	10	1	9
		Arimbi	7	1	6
<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	
II	Intervensi	Bratasena	6	-	6
		Utari	2	2	-
		Yudistira	12	2	10
	<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>4</b>	<b>16</b>
	Kontrol	Antareja	11	1	10
		Arimbi	6	-	6
<b>Total</b>		<b>17</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	

Pada periode pertama diperoleh sampel kelompok intervensi sebanyak 16 orang, yaitu di ruang bratasena sebanyak 10 (sepuluh) orang yang selanjutnya dijadikan 2 (dua) kelompok dan di ruang Utari sebanyak 6 (enam) orang yang selanjutnya dijadikan 1 (satu) kelompok. Sedangkan sampel kelompok kontrol diperoleh sebanyak 17 orang, yaitu di ruang Antareja sebanyak 10 (sepuluh) orang dan di ruang Arimbi sebanyak 7 (tujuh) orang.

Pada periode kedua diperoleh sampel kelompok intervensi sebanyak 20 orang, yaitu di ruang Bratasena 6 (enam) orang yang selanjutnya dijadikan 1 (satu) kelompok, di ruang Utari hanya 2 (dua) orang

sehingga tidak memenuhi jumlah anggota kelompok dan gugur sebagai responden penelitian, di ruang Yudistira diperoleh 12 (dua belas) orang yang selanjutnya dijadikan 2 (dua) kelompok masing-masing 6 (enam) orang. Sedangkan sampel kelompok kontrol diperoleh sebanyak 17 orang, yaitu di ruang Antareja sebanyak 11 (sebelas) orang dan di ruang Arimbi sebanyak 6 (enam) orang. Pemetaan jumlah responden pada penelitian ini disajikan dalam tabel 5.1

Seluruh klien yang terpilih menjadi responden atau memenuhi kriteria inklusi dan bersedia menjadi responden dalam penelitian ini kemudian diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan konsekuensi menjadi responden penelitian serta diminta untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Persiapan lainnya adalah peneliti melakukan diskusi untuk menyamakan persepsi dengan kolektor data (rekan peneliti yaitu mahasiswa magister keperawatan jiwa) tentang kuesioner yang akan diberikan kepada responden.

Selama tahap persiapan peneliti tidak mengalami hambatan yang berarti, hanya saja berdasarkan informasi dari bagian pendidikan dan penelitian BLU RSMM Bogor bahwa ada kecenderungan jumlah pasien rawat inap psikiatri menurun sehingga sebagai antisipasi untuk memenuhi jumlah sampel maka peneliti menentukan ruang untuk kelompok intervensi menjadi 3 (tiga) ruang. Hal ini tidak sesuai dengan proposal yang merencanakan akan menggunakan 2 (dua) ruang untuk klien kelompok intervensi.

### **5.1.2 Tahap pelaksanaan**

Tahap pelaksanaan diawali dengan kegiatan *pre-test* untuk mengumpulkan data karakteristik demografi, kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, serta kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi, baik pada kelompok yang diberikan terapi CBSST (kelompok intervensi) maupun kelompok yang tidak

diberikan terapi CBSST (kelompok kontrol). *Pre-test* dilakukan oleh peneliti sendiri sebelum pelaksanaan terapi CBSST.

Pelaksanaan penelitian secara keseluruhan dilakukan selama 4 (empat) minggu. Kegiatan terapi CBSST dilakukan setiap hari dengan jadwal sesuai kesepakatan yang dibuat bersama tiap-tiap kelompok responden. Pada periode pertama kegiatan terapi CBSST di ruang Bratasena (dua kelompok) dilakukan pada jam 10.00 – 11.00 wib dan jam 13.30 – 14.30 wib, sedangkan di ruang Utari (satu kelompok) dilakukan pada jam 15.30 – 16.30 wib. Pada periode kedua, di ruang Bratasena (satu kelompok) dilakukan pada jam 10.00 – 11.00 wib, sedangkan di ruang Yudistira (dua kelompok) dilakukan pada jam 14.00 – 15.00 wib dan jam 15.30 – 16.30 wib.

Kegiatan terapi CBSST pada setiap periode dilakukan secara keseluruhan selama 10 (sepuluh) hari, terdiri dari 6 (enam) sesi dengan lama kegiatan rata-rata 60 menit tiap sesinya. Rincian pelaksanaan sesi-sesi terapi CBSST tampak pada tabel 5.2 berikut ini :

Tabel 5.2

Rincian pelaksanaan sesi-sesi terapi CBSST pada penelitian pengaruh CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor tahun 2010

Sesi	Kegiatan	Frekuensi
1	Orientasi kelompok, pengkajian, formulasi masalah, melatih melawan pikiran otomatis negatif	2 kali
2	Melatih melawan pikiran otomatis negatif	1 kali
3	Melatih merubah perilaku negatif (melatih komunikasi dasar)	2 kali
4	Melatih komunikasi untuk menjalin persahabatan	2 kali
5	Melatih komunikasi untuk mengatasi situasi sulit	2 kali
6	Melakukan evaluasi latihan melawan pikiran otomatis negatif dan latihan perilaku sosial (komunikasi)	1 kali

Selama kegiatan terapi CBSST atensi dan partisipasi peserta secara umum baik, peserta menyatakan merasa senang dan merasa kegiatan yang diikuti bermanfaat. Selama tahap intervensi, seluruh responden baik kelompok intervensi maupun kontrol tetap diberikan tindakan keperawatan dan terapi medis dari rumah sakit. Peneliti melakukan validasi pemberian tindakan keperawatan dan terapi medis melalui dokumentasi pada rekam medis dan validasi langsung kepada perawat ruangan.

Responden yang *drop out* pada penelitian ini sebanyak 10 orang pada kelompok intervensi dan 3 orang pada kelompok kontrol, sehingga jumlah sampel pada akhir penelitian menjadi 29 orang kelompok intervensi dan 31 orang kelompok kontrol. Responden *drop out* dengan beberapa alasan, yaitu pulang dijemput keluarga, pulang paksa, meninggalkan rumah sakit tanpa izin, dan dua orang klien gugur sebagai responden karena pada periode tersebut di ruangan hanya terdapat 2 orang klien yang memenuhi kriteria inklusi sehingga tidak memenuhi jumlah anggota kelompok.

Kegiatan *post-test* dilakukan setelah kegiatan terapi CBSST selesai atau 10 (sepuluh) hari setelah *pre-test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. *Post-test* dilakukan untuk mengukur kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi setelah dilakukan CBSST pada kelompok intervensi.

Kendala selama pelaksanaan terapi CBSST adalah tempat pelaksanaan terapi CBSST di beberapa ruang rawat inap kurang kondusif, dimana beberapa ruang rawat inap tidak memiliki ruang khusus atau ruang diskusi sehingga pelaksanaan terapi dilakukan di ruang makan atau ruang terbuka yang cukup ramai sehingga mengganggu konsentrasi. Keterbatasan lain yaitu pada saat kegiatan akan dimulai masih ada

peserta yang sedang mengikuti kegiatan lain atau sedang berinteraksi dengan mahasiswa yang sedang melakukan praktik klinik di RSMM Bogor sehingga pelaksanaan kegiatan tidak tepat waktu (mundur beberapa menit atau beberapa jam).

## **5.2 Hasil Penelitian**

Hasil penelitian ini terdiri dari karakteristik klien isolasi sosial, kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, serta kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi

### **5.2.1 Karakteristik klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kontrol**

Karakteristik klien isolasi sosial meliputi usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, status perkawinan, lama sakit, dan peran serta pada terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS). Hasil analisa menggambarkan analisis distribusi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi penelitian diberikan.

Pada penelitian kuasi eksperimen validitas hasil ditentukan dengan menguji kesetaraan karakteristik subyek penelitian antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Hasil penelitian dikatakan valid apabila tidak ada perbedaan secara bermakna antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan kata lain kedua kelompok setara atau homogen.

#### **5.2.1.1 Karakteristik usia dan lama sakit klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kontrol**

Karakteristik usia dan lama sakit klien isolasi sosial merupakan variabel numerik sehingga dianalisis menggunakan analisis *explore* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Sedangkan uji kesetaraan klien isolasi sosial menurut usia dan lama sakit pada

kelompok intervensi dan kontrol dianalisis menggunakan uji *independent sample t-test (Pooled t test)*. Tabel 5.3 menyajikan analisa distribusi karakteristik dan hasil uji kesetaraan usia dan lama sakit pada kelompok intervensi dan kontrol.

Tabel 5.3.  
Analisis usia dan lama sakit klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010 (n = 60)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	t	P value
Usia	Intervensi	29	33,48	33,00	8,266	19 – 54	-0,517	<b>0,607</b>
	Kontrol	31	34,61	32,00	8,640	20 – 57		
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>34,07</b>	<b>32,00</b>	<b>8,409</b>	<b>19 – 57</b>		
Lama Sakit	Intervensi	29	6,97	6,00	4,484	1 – 17	0,559	<b>0,578</b>
	Kontrol	31	6,06	5,00	4,312	1 – 16		
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>6,50</b>	<b>5,50</b>	<b>4,382</b>	<b>1 – 17</b>		

**Keterangan** : usia dan lama sakit dalam tahun

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui rata-rata usia klien secara keseluruhan berumur 34,07 tahun dengan usia termuda 19 tahun dan tertua 57 tahun. Rata-rata lama sakit klien secara keseluruhan adalah 6,50 tahun dengan rentang 1 tahun sampai 17 tahun.

Pada kelompok intervensi karakteristik rata-rata klien berusia 33,48 tahun, sedangkan pada kelompok kontrol rata-rata berusia 34,61 tahun. Berdasar uji statistik disimpulkan rata-rata usia klien tidak ada perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol atau dengan kata lain rata-rata usia pada kedua kelompok homogen (*p value* = 0,607 ;  $\alpha = 0,05$ ).

Rata-rata lama sakit pada kelompok intervensi 6,97 tahun, sedangkan pada kelompok kontrol 6,06 tahun. Selanjutnya dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata lama sakit antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol atau dengan kata lain

rata-rata lama sakit pada kedua kelompok homogen ( $p \text{ value} = 0,578$  ;  $\alpha = 0,05$ ).

### 5.2.1.2 Karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan peran serta pada terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kontrol

Jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan responden, dan peran serta pada terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) merupakan variabel kategorik, sehingga dianalisa menggunakan distribusi frekuensi. Sedangkan uji kesetaraan terhadap karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan peran serta pada TAKS klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kontrol menggunakan uji *Chi Square*. Hasil hasil analisis karakteristik dan kesetaraan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan peran serta pada TAKS disajikan pada tabel 5.4

Tabel 5.4

Analisa jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan peran serta pada TAKS klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010 ( $n = 60$ )

Variabel	Kategori	Kelompok intervensi (n=29)		Kelompok kontrol (n=31)		Jumlah (n=60)		P value
		N	%	N	%	N	%	
<b>Jenis kelamin</b>	Laki-laki	25	86,2	19	61,3	44	73,3	<b>0,059</b>
	Perempuan	4	13,8	12	38,7	16	26,7	
<b>Pendidikan</b>	Rendah	6	20,7	2	6,6	8	13,3	<b>0,081</b>
	Menengah	18	62,1	27	87,1	45	75,0	
	Tinggi	5	17,2	2	6,5	7	11,7	
<b>Pekerjaan</b>	Bekerja	6	20,7	7	22,6	13	21,7	<b>1,000</b>
	Tidak bekerja	23	79,3	24	77,4	47	78,3	
<b>Satus perkawinan</b>	Kawin	6	20,7	5	16,1	11	18,3	<b>0,093</b>
	Tidak kawin	23	79,3	26	83,9	49	81,7	
<b>TAKS</b>	Selesai TAKS	19	65,6	18	58,1	37	61,7	<b>0,743</b>
	Belum selesai TAKS	10	34,5	13	41,9	23	38,3	

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui distribusi frekuensi klien secara keseluruhan laki-laki sebanyak 44 orang (73,3 %) dan perempuan 16 orang (26,7%), memiliki latar belakang pendidikan rendah 8 orang (13,3%), pendidikan menengah orang (75 %), dan pendidikan tinggi 7 orang (11,7%). Berdasarkan pekerjaan didapatkan hasil tidak bekerja sebanyak 47 orang (78,3 %) dan bekerja 21,7%. Memiliki status perkawinan 'tidak kawin' sebanyak 49 orang (81,7 %) dan "kawin" sebanyak 11 orang (18,3%). Sedangkan klien yang telah mengikuti terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) hingga selesai sesi 7 (tujuh) yaitu sebanyak 37 orang (61,7 %) dan yang belum selesai sesi 7 (tujuh) sebanyak 23 orang (38,3%).

Proporsi laki-laki pada kelompok intervensi 86,2% dan perempuan 13,8%, sedangkan pada kelompok kontrol laki-laki 61,6% dan perempuan 38,7%. Hasil uji statistik disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi jenis kelamin antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol atau dengan kata lain proporsi jenis kelamin pada kedua kelompok homogen ( $p \text{ value} = 0,059$  ;  $\alpha = 0,05$ ).

Proporsi klien berpendidikan rendah pada kelompok intervensi 20,7%, pendidikan menengah 62,1%, dan pendidikan tinggi 17,2%, sedangkan pada kelompok kontrol pendidikan rendah 6,6%, pendidikan menengah 87,1%, dan pendidikan tinggi 6,5%. Hasil uji statistik disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi tingkat pendidikan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol atau dengan kata lain proporsi tingkat pendidikan pada kedua kelompok homogen ( $p \text{ value} = 0,081$  ;  $\alpha = 0,05$ ).

Proporsi klien bekerja pada kelompok intervensi 20,7% dan tidak bekerja 79,3%, sedangkan pada kelompok kontrol klien bekerja 22,6% dan tidak bekerja 77,4%. Hasil uji statistik disimpulkan bahwa

tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi pekerjaan klien antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol atau dengan kata lain proporsi pekerjaan klien pada kedua kelompok homogen ( $p \text{ value} = 1,000$  ;  $\alpha = 0,05$ ).

Proporsi status perkawinan klien “kawin” pada kelompok intervensi 20,7% dan tidak kawin 79,3%, sedangkan pada kelompok kontrol status perkawinan klien “kawin” 16,1% dan tidak kawin 83,9%. Hasil uji statistik disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi status perkawinan klien antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol atau dengan kata lain proporsi status perkawinan klien pada kedua kelompok homogen ( $p \text{ value} = 0,903$  ;  $\alpha = 0,05$ ).

Proporsi klien yang telah selesai mengikuti TAKS hingga sesi 7 pada kelompok intervensi 65,6% dan belum selesai TAKS 34,5%, sedangkan pada kelompok kontrol klien yang telah selesai mengikuti TAKS hingga sesi 7 sebesar 58,1% dan belum selesai TAKS 41,9%. Hasil uji statistik disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna proporsi klien yang telah selesai mengikuti TAKS hingga sesi 7 antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol atau dengan kata lain proporsi klien telah selesai mengikuti TAKS hingga sesi 7 pada kedua kelompok homogen ( $p \text{ value} = 0,743$  ;  $\alpha = 0,05$ ).

### **5.2.2 Kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan**

Pada bagian ini akan dipaparkan distribusi rata-rata kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebelum dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol, kesetaraan antar kelompok, perbedaan antara sebelum dan sesudah terapi CBSST pada kedua kelompok, perbedaan setelah terapi CBSST, dan perbedaan selisih kemampuan kognitif sebelum dan sesudah terapi CBSST antara dua kelompok.

### 5.2.2.1 Kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebelum terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol

Kesetaraan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample t-test (Pooled t test)*.

Distribusi kemampuan kognitif dan kesetaraan klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebelum dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dan hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.5

Tabel 5.5  
Analisis kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan terapi CBSST di BLU RSMM Bogor tahun 2010 ( n = 60 )

<b>Kognitif</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>	<b>Min - Max</b>	<b>t</b>	<b>Pvalue</b>
<b>Intervensi</b>	29	10,72	3,442	0,639	4 - 17		
<b>Kontrol</b>	31	11,06	3,255	0,585	6 - 17	-0,394	<b>0,695</b>
<b>Total</b>	60	10,90	3,323	0,429	4 - 17		

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Hasil analisis tabel 5.5 memperlihatkan rata-rata kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebelum dilakukan tindakan CBSST adalah 10,90 (64,12%) dengan nilai minimal 4 (23,53%) dan nilai maksimal 17 (100%). Berdasarkan instrumen, nilai minimal untuk kemampuan kognitif adalah 0 (0%) dan nilai maksimal 17 (100%), semakin tinggi skor kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan menunjukkan kemampuan kognitif semakin baik.

Pada kelompok intervensi rata-rata kemampuan kognitif sebelum dilakukan terapi CBSST adalah 10,72 (63,06%), sedangkan pada kelompok kontrol 11,06 (65,06%). Jika diambil nilai kuartil pada kemampuan kognitif dengan rentang kurang sekali, kurang, cukup, dan baik, maka kedua kelompok ini termasuk pada rentang cukup dan rata-rata kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan termasuk pada rentang cukup juga (64,12%).

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.5 dapat disimpulkan bahwa kemampuan kognitif klien isolasi sosial sebelum dilakukan terapi CBSST antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah setara atau homogen dimana kedua variabel tersebut memiliki  $p\text{-value} > \alpha (0,05)$ .

#### **5.2.2.2 Perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebelum dan sesudah terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol**

Perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebelum dan sesudah diberikan terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol dilakukan dengan uji *dependen sample t-test (paired t-test)* yang hasil analisisnya dijelaskan pada tabel 5.6

Hasil uji statistik pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok yang mendapat terapi CBSST (kelompok intervensi) meningkat secara bermakna dengan  $p\text{-value} < \alpha$ . Peningkatan ini tampak dari perbedaan nilai sebelum mendapatkan terapi CBSST yaitu 10,72 (63,06%) menjadi 13,66 (80,35%) setelah mendapatkan terapi CBSST. Nilai ini menunjukkan bahwa kemampuan kognitif klien isolasi sosial sesudah mengikuti terapi CBSST berada pada rentang baik, namun belum optimal.

Tabel 5.6  
 Analisis perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam  
 menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebelum dan  
 sesudah pelaksanaan terapi CBSST pada kelompok  
 intervensi dan kontrol di BLU RSMM  
 Bogor tahun 2010 (n = 60)

Kelompok	Kognitif	n	Mean	SD	SE	t	p value
<b>Intervensi</b>	Sebelum	29	10,72	3,442	0,639	-5,509	<b>0,000*</b>
	Sesudah	29	13,66	2,395	0,445		
	Selisih		2,94	-1,047			
<b>Kontrol</b>	Sebelum	31	11,06	3,255	0,585	-1,372	<b>0,180</b>
	Sesudah	31	11,74	2,886	0,518		
	Selisih		0,68	-0,369			

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.6 maka dapat disimpulkan bahwa pada  $\alpha$  5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapat terapi CBSST ( $p\text{-value} < \alpha$ ).

Tabel 5.6 juga menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST (kelompok kontrol) meningkat, tetapi jika dilihat nilai  $p\text{value} > \alpha$  dapat disimpulkan kemampuan kognitif meningkat tidak bermakna. Peningkatan ini tampak dari perbedaan nilai rata-rata kemampuan kognitif sebelum dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi yaitu 11,06 (65,06%) menjadi 11,74 (69,06%) sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi CBSST. Nilai ini menunjukkan bahwa kemampuan kognitif kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat terapi CBSST masih tetap berada pada rentang cukup.

Berdasarkan hasil uji statistik diatas, maka dapat disimpulkan pada  $\alpha$  5% ada peningkatan tidak bermakna rata-rata kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan

lingkungan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST ( $p\text{-value} > \alpha$ ).

### 5.2.2.3 Selisih perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial sebelum dan sesudah CBSST antara kelompok intervensi dan kontrol

Selisih kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebelum dan sesudah terapi CBSST antara kelompok intervensi dan kontrol dianalisis dengan uji *independen sample t-test (Pooled t test)* yang akan dijelaskan pada tabel 5.7

Tabel 5.7  
Analisis selisih perbedaan peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial sebelum dan sesudah dilakukan CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010 (  $n = 60$  )

Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	Pvalue
<b>Intervensi</b>	29	2,94	2,860	0,531	3,160	<b>0,003*</b>
<b>Kontrol</b>	31	0,68	2,749	0,494		

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Tabel 5.7 menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial yang mendapat terapi CBSST sebesar 2,94 (17,29%), sedangkan pada klien yang tidak mendapat terapi CBSST meningkat sebesar 0,68 (4%). Peningkatan nilai kemampuan kognitif ini menunjukkan bahwa sesudah dilakukan terapi CBSST kelompok yang mendapat terapi CBSST kemampuan kognitifnya meningkat dan masuk dalam rentang baik walaupun belum optimal, yaitu 80,35%. Pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST kemampuan kognitifnya meningkat juga namun masih tetap termasuk dalam rentang cukup, yaitu 69,06%. Lebih lanjut, secara statistik peningkatan kemampuan psikomotor pada klien isolasi sosial yang mendapatkan terapi CBSST lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST ( $p\text{ value} < \alpha$ ).

#### 5.2.2.4 Perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah dilakukan terapi CBSST

Perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi dianalisis dengan menggunakan *independen sample t-test (Pooled t test)* dan hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.8

Tabel 5.8

Analisis perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah dilakukan CBSST di BLU RSMM Bogor tahun 2010 (n = 60)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	P value
Kognitif	Intervensi	29	13,66	2,395	0,445	7,784	<b>0,007*</b>
	Kontrol	31	11,74	2,886	0,518		

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Analisis pada tabel 5.8 memperlihatkan rata-rata kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok yang mendapatkan terapi CBSST (kelompok intervensi) sesudah dilakukan terapi CBSST meningkat dan termasuk pada rentang baik (13,66 atau 80,35%) dan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST (kelompok kontrol) masih tetap termasuk pada rentang cukup (11,74 atau 69,06%).

Berdasarkan uji statistik pada tabel 5.8 juga menunjukkan bahwa kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok yang mendapatkan terapi CBSST (kelompok intervensi) terjadi peningkatan lebih tinggi secara bermakna bila dibandingkan dengan kelompok yang tidak

mendapatkan terapi CBSST (kelompok kontrol) dengan  $p \text{ value} < \alpha$  (0,05).

### 5.2.3 Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi

Pada bagian ini akan dipaparkan distribusi rata-rata kemampuan psikomotor klien isolasi sosial sebelum dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol, kesetaraan antar kelompok, perbedaan antara sebelum dan sesudah terapi CBSST pada kedua kelompok, perbedaan sesudah terapi CBSST, dan perbedaan rata-rata selisih kemampuan psikomotor sebelum dengan sesudah terapi CBSST antara dua kelompok.

#### 5.2.3.1 Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sebelum terapi CBSST antara kelompok intervensi dan kontrol

Kesetaraan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol dianalisis menggunakan uji *independent sample t-test (Pooled t test)*. Distribusi kemampuan psikomotor dan kesetaraan dalam bersosialisasi sebelum dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol dan hasil analisis disajikan pada tabel 5.9

Tabel 5.9

Analisis kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan terapi CBSST di BLU RSMM Bogor tahun 2010 (  $n = 60$  )

Psikomotor	N	Mean	SD	SE	Min - Max	t	Pvalue
Intervensi	29	65,41	10,259	1,905	38 – 89		
Kontrol	31	65,90	12,221	2,195	44 – 89	-0,167	<b>0,868</b>
Total		65,67	11,223	1,449	38 - 89		

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Hasil analisis tabel 5.9 memperlihatkan rata-rata kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sebelum dilakukan tindakan CBSST adalah 65,67 (68,41%) dengan nilai minimal 38 (39,58%) dan nilai maksimal 89 (92,71%). Berdasarkan instrumen, nilai minimal untuk kemampuan psikomotor adalah 0 (0%) dan nilai maksimal 96 (100%), semakin tinggi skor kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi menunjukkan kemampuan psikomotor semakin baik.

Tabel 5.9 juga menunjukkan pada kelompok intervensi rata-rata kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi sebelum dilakukan terapi CBSST adalah 65,41 (68,14%), sedangkan pada kelompok kontrol 65,90 (68,65%). Jika diambil nilai kuartil pada kemampuan psikomotor dengan rentang kurang sekali, kurang, cukup, dan baik, maka kedua kelompok ini termasuk pada rentang cukup dan rata-rata kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi termasuk pada rentang cukup juga (68,41%).

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.9 dapat disimpulkan bahwa kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sebelum diberikan terapi CBSST antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol adalah setara atau homogen dimana kedua variabel tersebut memiliki  $p \text{ value} > \alpha (0,05)$ .

### **5.2.3.2 Perbedaan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sebelum dan sesudah CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol**

Perbedaan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sebelum dan sesudah dilakukan tindakan CBSST pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan uji *dependen sample t-test (paired t-test)* yang hasil analisisnya dijelaskan pada tabel 5.10

Tabel 5.10  
 Analisis perbedaan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi  
 sebelum dan sesudah pelaksanaan tindakan CBSST pada kelompok  
 intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010  
 (n = 60)

Kelompok	Psikomotor	n	Mean	SD	SE	t	p value
<b>Intervensi</b>	Sebelum	29	65,41	10,259	1,905	-6,899	<b>0,000*</b>
	Sesudah	29	76,72	7,833	1,454		
	Selisih		11,31	-2,426			
<b>Kontrol</b>	Sebelum	31	65,90	12,221	2,195	-0,645	<b>-0,524</b>
	Sesudah	31	67,06	11,275	2,025		
	Selisih		1,16	-0,946			

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Hasil uji statistik pada tabel 5.10 menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok yang mendapat terapi CBSST (kelompok intervensi) meningkat secara bermakna dengan  $p\text{-value} < \alpha$ . Peningkatan ini tampak dari perbedaan nilai sebelum mendapatkan terapi CBSST yaitu 65,41 (68,14%) menjadi 76,72 (79,92%) setelah mendapatkan terapi CBSST. Nilai ini menunjukkan bahwa kemampuan kognitif klien isolasi sosial sesudah mengikuti terapi CBSST berada pada rentang baik, namun belum optimal.

Berdasarkan hasil uji statistik tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa pada  $\alpha$  5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi sebelum dan sesudah mendapat terapi CBSST ( $p\text{ value} < \alpha$ ).

Tabel 5.10 juga menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST (kelompok kontrol) meningkat, tetapi jika dilihat nilai  $p\text{value} > \alpha$  dapat disimpulkan kemampuan psikomotor meningkat tidak bermakna. Peningkatan ini tampak dari perbedaan

nilai rata-rata kemampuan psikomotor sebelum dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi yaitu 65,90 (68,65%) menjadi 67,06 (69,85%) sesudah kelompok intervensi mendapatkan terapi CBSST. Nilai ini menunjukkan bahwa kemampuan psikomotor kelompok kontrol setelah kelompok intervensi mendapat terapi CBSST masih tetap berada pada rentang cukup.

Berdasarkan hasil uji statistik untuk kelompok kontrol di atas, maka dapat disimpulkan pada  $\alpha$  5% ada peningkatan yang tidak bermakna rata-rata kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST ( $p \text{ value} > \alpha$ ).

### 5.2.3.3 Selisih perbedaan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sebelum dan sesudah CBSST antara kelompok intervensi dan kontrol

Selisih kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sebelum dan sesudah dilakukan terapi CBSST antara kelompok intervensi dan kontrol dijelaskan pada tabel 5.11

Tabel 5.11

Analisis selisih perbedaan peningkatan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sebelum dan sesudah dilakukan CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010 (  $n = 60$  )

Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	Pvalue
<b>Intervensi</b>	29	11,31	8,828	1,639	4,151	<b>0,000*</b>
<b>Kontrol</b>	31	1,16	10,020	1,800		

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Tabel 5.11 menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial yang mendapat terapi CBSST sebesar 11,31 (11.78%), sedangkan pada klien yang tidak mendapat terapi CBSST meningkat sebesar 1,61 (1,21%). Peningkatan nilai kemampuan

psikomotor ini menunjukkan bahwa sesudah dilakukan terapi CBSST kelompok yang mendapat terapi CBSST kemampuan psikomotornya meningkat dan masuk dalam rentang baik walaupun belum optimal, yaitu 79,92%. Pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST kemampuan psikomotornya meningkat juga namun masih tetap termasuk dalam rentang cukup, yaitu 69,85%.

Tabel 5.11 juga menunjukkan secara statistik peningkatan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi pada klien isolasi sosial yang mendapatkan terapi CBSST lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST ( $p \text{ value} < \alpha$ ).

#### 5.2.3.4 Perbedaan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah dilakukan CBSST

Perbedaan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sesudah dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi dianalisis dengan menggunakan *independent sample t-test (Pooled t test)* dan hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.12

Tabel 5.12  
Analisis perbedaan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi dan kontrol sesudah dilakukan CBSST di BLU RSMM Bogor tahun 2010 (n = 60)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	P value
Psikomotor	Intervensi	29	76,72	7,833	1,454	3,829	<b>0,000*</b>
	Kontrol	31	67,06	11,275	2,025		

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Analisis pada tabel 5.12 memperlihatkan rata-rata kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok yang mendapatkan terapi CBSST (kelompok intervensi) sesudah dilakukan terapi CBSST meningkat dan termasuk pada rentang baik (76,72 atau 79,92%) dan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST (kelompok kontrol) masih tetap termasuk pada rentang cukup (67,06 atau 69,85%).

Berdasarkan uji statistik pada tabel 5.12 juga menunjukkan bahwa kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok yang mendapatkan terapi CBSST (kelompok intervensi) terjadi peningkatan lebih tinggi secara bermakna bila dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST (kelompok kontrol) dengan  $p \text{ value} < \alpha$  (0,05).

### **5.1.1 Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan**

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dilakukan untuk mengidentifikasi adanya perubahan yang bermakna terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial. Menurut Colton, dalam Hastono (2007), kekuatan hubungan dua variabel secara kualitatif dapat dibagi dalam 4 area, yaitu  $r = 0,00 - 0,25$  berarti tidak ada hubungan/hubungan yang lemah,  $r = 0,26 - 0,50$  berarti hubungan sedang,  $r = 0,51 - 0,75$  berarti hubungan kuat, dan  $r = 0,76 - 1,00$  berarti hubungan sangat kuat/sempurna.

Faktor yang berhubungan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dianalisis menggunakan uji regresi linier sederhana yang disajikan pada tabel 5.13

Tabel 5.13  
 Faktor yang berhubungan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan di BLU RSMM Bogor tahun 2010 (n=60)

Karakteristik klien	Kemampuan Kognitif				
	N	r	R <sup>2</sup>	t	p-value
1. Terapi CBSST	60			-2,641	0,011*
2. Usia	60			-0,930	0,357
3. Jenis kelamin	60			-0,063	0,950
4. Pendidikan	60	0,566	0,320	2,294	0,026*
5. Pekerjaan	60			-0,491	0,625
6. Status perkawinan	60			-1,617	0,112
7. Lama sakit	60			-0,116	0,908
8. TAKS	60			-0,562	0,577

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Berdasarkan tabel 5.13 diketahui variabel terapi CBSST dan pendidikan klien memiliki hubungan yang bermakna terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain dan lingkungan ( $p \text{ value} < \alpha$ ). Jika dilihat kekuatan hubungan terapi CBSST dan pendidikan terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan menunjukkan hubungan yang kuat ( $r = 0,566$ ) dan peluang untuk meningkatkan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebesar 32% ( $R^2 = 0,320$ ), sisanya ditentukan oleh variabel yang lain.

Variabel karakteristik klien yang lain yaitu usia, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, lama sakit, dan peran serta klien pada TAKS tidak mempunyai hubungan yang bermakna terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan ( $p \text{ value} > \alpha$ ).

### 5.1.2 Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi dilakukan untuk mengidentifikasi

adanya perubahan yang bermakna terhadap kemampuan psikomotor klien isolasi sosial. Faktor yang berhubungan dengan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dianalisis menggunakan uji regresi linier sederhana yang disajikan pada tabel 5.14

Tabel 5.14  
Faktor yang berhubungan dengan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi di BLU RSMM Bogor tahun 2010 (n=60)

Karakteristik klien	Kemampuan Psikomotor				
	N	r	R <sup>2</sup>	t	p-value
1. Terapi CBSST	60			-3,764	0,000*
2. Usia	60			-0,979	0,332
3. Jenis kelamin	60			-0,490	0,626
4. Pendidikan	60	0,704	0,496	2,776	0,008*
5. Pekerjaan	60			-0,628	0,533
6. Status perkawinan	60			-1,317	0,194
7. Lama sakit	60			0,378	0,707
8. TAKS	60			-3,187	0,002*

\*bermakna pada  $\alpha = 0,05$

Berdasarkan tabel 5.14 diatas diketahui variabel terapi CBSST, pendidikan klien, dan peran serta klien pada TAKS memiliki hubungan yang bermakna terhadap kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi ( $p\ value < \alpha$ ). Jika dilihat kekuatan hubungan terapi CBSST, pendidikan, dan TAKS terhadap kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi menunjukkan hubungan yang kuat ( $r= 0,704$ ) dan peluang untuk meningkatkan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi sebesar 49,6% ( $R^2 = 0,496$ ), sisanya ditentukan oleh variabel yang lain.

Variabel karakteristik klien yang lain yaitu usia, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, dan lama sakit tidak mempunyai hubungan yang bermakna terhadap kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisai ( $p\ value > \alpha$ ).

## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini diuraikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil penelitian seperti yang telah dipaparkan dalam bab sebelumnya dan keterbatasan yang ditemui selama proses penelitian berlangsung serta selanjutnya akan dibahas pula tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST) pada klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Penelitian ini juga bertujuan untuk mengetahui perbedaan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi, yaitu kelompok klien yang mendapatkan terapi CBSST dengan kelompok kontrol, yaitu kelompok klien yang tidak mendapatkan terapi CBSST. Pelaksanaan terapi CBSST pada penelitian ini dilakukan pada 6 (enam) kelompok dan masing masing kelompok diberikan terapi CBSST yang terdiri dari 6 (enam) sesi.

Klien dengan isolasi sosial memiliki penilaian negatif terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan yang menyebabkan perilaku negatif yaitu menarik diri atau isolasi sosial. Perilaku isolasi sosial merupakan salah satu gejala negatif skizofrenia sekaligus dapat menjadi penyebab kekambuhan sehingga perilaku isolasi sosial membutuhkan sebuah intervensi keperawatan lanjut yang bersifat spesialistik seperti terapi CBSST. Terapi CBSST melatih ketrampilan melawan pikiran negatif (distorsi kognitif) dan ketrampilan sosialisasi (komunikasi) sehingga diharapkan klien memiliki kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta memiliki kemampuan atau ketrampilan psikomotor berupa ketrampilan sosial (komunikasi) yang adekuat.

### **6.1 Pengaruh terapi CBSST terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan**

Kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sesudah dilakukan terapi CBSST meningkat secara bermakna ( $p\text{-value} < 0,05$ ) pada kelompok yang mendapatkan terapi CBSST (kelompok intervensi), sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST (kelompok kontrol) tidak mengalami peningkatan yang bermakna. Pada kelompok intervensi terdapat peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan yang lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok kontrol ( $p\text{-value} < 0,05$ ). Analisis perbedaan selisih kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan antara kelompok intervensi dan kontrol juga bermakna dimana  $p\text{-value} < 0,05$ .

Menurut Blom (1956, dalam Bastable, 2002) pengetahuan (kognitif) merupakan salah satu bagian atau domain dari perilaku selain sikap (afektif) dan tindakan (psikomotor), dimana ketiga domain ini saling mempengaruhi. 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 kegagalan membina hubungan, penolakan, merasa bodoh, tidak percaya diri, merasa orang lain tidak mendengarkan klien, merasa tidak aman berada di dekat

orang lain, merasa tidak mampu untuk berbicara dengan baik atau kegagalan-kegagalan lain dalam fungsi dan peran yang dijalannya. 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); dan Fortinash (1999) 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. Pada klien isolasi sosial menunjukkan terjadinya gangguan kognitif (distorsi kognitif) berupa penilaian negatif terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan yang perlu mendapatkan penanganan karena akan menyebabkan perilaku negatif berupa menarik diri atau isolasi sosial.

Kemampuan kognitif klien dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok intervensi mengalami peningkatan secara bermakna setelah diberikan terapi CBSST, 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 10,72 (63,06%) menjadi 13,66 (80,37%) dan selisih 2,94 (17,29%). Berdasarkan kuartil nilai kemampuan kognitif sesuai dengan instrumen maka kemampuan kognitif kelompok intervensi sebelum mendapat terapi CBSST termasuk dalam rentang cukup dan sesudah mendapat terapi CBSST termasuk dalam rentang baik walaupun belum optimal.

Pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan kemampuan kognitif, yaitu dari 11,06 (65,06%) pada *pre-test* menjadi 11,74% (69,06%) pada *post-test*. Namun secara statistik peningkatan ini tidak bermakna dan kemampuan

kognitif kelompok kontrol sesudah pemberian terapi CBSST pada kelompok intervensi masih tetap berada pada rentang cukup.

Peningkatan kemampuan kognitif yang bermakna pada kelompok intervensi terjadi karena pada kegiatan terapi CBSST klien diberikan informasi/penjelasan tentang hubungan pikiran dengan perilaku dan latihan cara untuk mengenali pikiran otomatis negatif terkait dengan perilaku menarik diri atau isolasi sosial yang terjadi pada klien serta latihan cara melawan pikiran negatif dengan pikiran rasional. Peningkatan kemampuan kognitif pada klien ini sesuai dengan pernyataan WHO dalam Notoatmodjo (2003) bahwa kognitif/pengetahuan diperoleh melalui proses pembelajaran, budaya, pendidikan, dan pengalaman hidup lainnya karena aspek kognitif terkait dengan pemahaman seseorang terhadap suatu hal. Selain itu kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya (Edelman & Mandel, 1994 dalam Potter & Perry, 2005). Kemampuan kognitif pada klien isolasi sosial dapat terus meningkat jika dilakukan pemberian informasi dan latihan terkait kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

Pelaksanaan terapi CBSST sesi satu dan dua meliputi melatih klien mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif, dan melatih melawan pikiran otomatis negatif dengan pikiran rasional. Pada sesi satu dan dua ini lebih berfokus pada aspek kognitif klien dengan harapan akan terjadi perubahan perilaku dari negatif menjadi positif setelah distorsi kognitif teratasi. Klien diberikan kesempatan untuk mengidentifikasi pikiran negatif yang menyebabkan perilaku menarik diri dan latihan cara melawan pikiran negatif tersebut. Setiap klien diberikan buku kerja untuk mencatat pikiran-pikiran negatif yang muncul, pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif, serta catatan jika klien melakukan latihan mandiri. Hal ini sesuai dengan yang diutarakan Oemarjoedi (2003) bahwa CBT meyakini pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses

rangkaian stimulus-kognisi-respon (SKR) yang saling berkait dan membentuk semacam jaringan dalam otak manusia, dimana faktor kognitif akan menjadi penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa, dan bertindak. Klien isolasi sosial memiliki pikiran negatif (distorsi kognitif) yang menyebabkan terjadinya perilaku isolasi sosial sehingga pikiran negatif perlu mendapatkan penanganan terlebih dahulu.

Kognitif merupakan sumber penting yang menentukan perilaku, oleh karena itu sebelum menyusun alternatif mengubah perilaku lebih dahulu dilakukan modifikasi pikiran. Pikiran negatif (distorsi pikiran) pada klien isolasi sosial diatasi dengan memberikan *cognitive behavioral therapy* (CBT) yang merupakan bagian dari terapi CBSST. CBT secara umum adalah suatu kombinasi dua jenis terapi yaitu terapi kognitif yang membantu pada proses pikir seperti pikiran, sikap, dan keyakinan yang tidak diinginkan (disebut proses kognitif) dan terapi perilaku yang berfokus pada perilaku yang berespon terhadap pikiran (BUPA's, 2007). CBT berfokus untuk mengatasi gejala psikosis, bagaimana pikiran/keyakinan berdampak pada perilaku dan emosi (McQuaid, dkk, 2000). CBT bertujuan untuk mengubah keyakinan yang tidak rasional, kesalahan penalaran, dan pernyataan negatif tentang keberadaan individu (Stuart & Laraia, 2005). Oemarjoedi (2003) juga menyatakan bahwa CBT bertujuan untuk memodifikasi fungsi berfikir, perasaan, tindakan dengan menekankan peran otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat, dan memutuskan kembali. Terapi CBSST pada klien isolasi sosial berfokus untuk mengatasi pikiran negatif (distorsi kognitif) yang menjadi penyebab perilaku isolasi sosial melalui CBT.

Pelaksanaan terapi CBSST dalam penelitian ini secara keseluruhan menggunakan pendekatan kelompok. Dalam mengidentifikasi pikiran negatif maupun pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif antar anggota kelompok saling membantu, anggota kelompok berbagi pengalaman (*sharing*) tentang perasaan dan pikiran negatif yang menyebabkan perilaku menarik diri. Anggota kelompok juga saling memberikan dukungan dan

masukannya terhadap latihan yang dilakukan oleh setiap anggota dalam kelompok. Hal ini sesuai dengan konsep terapi CBSST yang disampaikan McQuaid, dkk (2000) bahwa CBSST adalah *group* psikoterapi yang merupakan kombinasi *cognitive behavioral therapy* (CBT) dan *social skills training* (SST) untuk meningkatkan fungsi kognitif (proses kognitif) dan ketrampilan fungsi sosial pada klien skizofrenia. Menurut Saksa, dkk (2009) CBT yang diberikan secara kelompok merupakan alternatif yang lebih baik dibandingkan CBT individu pada klien psikosis tahap awal. CBT dengan pendekatan kelompok memungkinkan klien saling mendukung secara sosial, belajar menjalin hubungan interpersonal, merasakan kebersamaan, dan dapat saling memberi masukan dan koreksi terhadap pengalaman masing-masing klien.

Barrowclough, dkk (2006) juga melakukan penelitian terhadap 113 klien skizofrenia dengan gejala positif menetap untuk mengetahui efektifitas CBT yang diberikan secara kelompok. Intervensi diberikan melalui 18 sesi dan 2 (dua) jam setiap sesinya, penelitian dilakukan selama 6 (enam) bulan. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna dalam hal gejala positif yang muncul dan waktu kekambuhan antara kelompok intervensi dan kontrol, namun klien kelompok intervensi menunjukkan penurunan perasaan keputusasaan dan harga diri rendah. Pemberian CBT secara kelompok efektif untuk mengatasi pikiran negatif (distorsi kognitif) karena pada pendekatan kelompok akan terjadi proses atau dinamika kelompok yang dapat membangkitkan motivasi klien untuk mengubah pikiran-pikiran negatif yang dialami.

Jumlah anggota kelompok pada penelitian ini termasuk kelompok kecil yaitu 5-6 orang dengan lama pelaksanaan setiap sesinya sekitar 60 menit. Penentuan anggota kelompok pada penelitian ini berdasarkan undian dari klien yang memenuhi kriteria inklusi sehingga karakteristik anggota kelompok bervariasi, misalnya usia, latar belakang pendidikan, lama sakit, dan lain-lain. Kondisi ini berdampak positif sekaligus negatif terhadap

jalannya intervensi. Dampak positifnya antara lain *sharing* pengalaman menjadi lebih banyak karena usia klien bervariasi mulai dari dewasa muda hingga dewasa akhir, klien dengan pendidikan tinggi dan mampu menerima latihan lebih cepat dapat berpartisipasi untuk membantu klien lain yang mengalami kesulitan dan keterlambatan. Dampak negatif atau yang kurang menguntungkan karena variasi yang ada menuntut setiap anggota kelompok untuk dapat lebih memahami kondisi sesama anggota kelompok yang belum mampu mengikuti latihan dengan baik dan menunggunya untuk melanjutkan pada latihan selanjutnya. Keliat dan Akemat (2005) menyatakan bahwa jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah berkisar antara 5-12 orang. Jumlah kelompok kecil menurut Stuart dan Laraia (2005) adalah 7-10 orang. Jika anggota kelompok terlalu besar akibatnya tidak semua anggota mendapatkan kesempatan mengungkapkan perasaan, pendapat, dan pengalamannya dan jika terlalu kecil, tidak cukup variasi informasi dan interaksi yang terjadi.

Kelompok adalah 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. Hal ini dapat mengubah keyakinan klien yang salah dan distorsi kognitif klien khususnya dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungannya.

Perbedaan selisih peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok intervensi lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ( $Pvalue < 0,05$ ). Pada kelompok intervensi terjadi peningkatan 2,94 (17,29%) dan

dengan peningkatan ini menunjukkan bahwa kemampuan kognitif kelompok kontrol sudah termasuk pada rentang baik, yaitu 80,35%. Sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan 0,68 (4%) dan berdasarkan kenaikan nilai ini kemampuan kognitif kelompok kontrol masih tetap berada pada rentang cukup. Hal ini menunjukkan bahwa terapi CBSST benar-benar dapat meningkatkan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan karena walaupun pada kedua kelompok intervensi dan kontrol terjadi peningkatan, namun peningkatan pada kelompok intervensi lebih tinggi dan secara statistik bermakna.

Hasil penelitian ini didukung dengan hasil penelitian Granholm (2006) yang memberikan CBSST pada klien skizofrenia selama 9 bulan terdiri dari 36 sesi dengan usia klien 26-55 tahun sebanyak 213 orang. *Follow-up* hasil penelitian pada tahun pertama terdapat peningkatan ketrampilan fungsi sosial dan fungsi kognitif. Sasmita (2007) dalam penelitiannya tentang pengaruh CBT terhadap 35 orang klien harga diri rendah di RSMM Bogor juga mendapatkan hasil terjadi peningkatan kemampuan kognitif secara bermakna pada kelompok intervensi.

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 tidak hanya dari pengakuan klien tapi juga terlihat dari observasi sekilas peneliti dan perawat dimana klien memiliki kemampuan berhubungan sosial yang lebih baik. Peningkatan kemampuan kognitif klien dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan juga merupakan dampak dari tindakan generalis yang dilakukan perawat ruangan dan terapi medik yang saling melengkapi.

Pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST kemampuan kognitif tidak dilatih secara spesifik sehingga proses pembelajaran terhadap kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan

tidak terjadi sebagaimana yang terjadi pada kelompok intervensi. Hal inilah yang menjadi dasar peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok kontrol tidak bermakna secara statistik. Fungsi kognitif berjalan baik bila klien mampu membuat asumsi mengenai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan secara rasional, meredam emosi dan kemarahan, menghilangkan perasaan tidak berguna dan mampu mengubah tingkah laku yang tidak adekuat menjadi adekuat.

Pada kelompok intervensi maupun kontrol selama proses penelitian tetap diberikan tindakan keperawatan generalis dan terapi medis rutin dari rumah sakit. Oleh karena itu peningkatan kognitif 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 kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.

## **6.2 Pengaruh CBSST terhadap kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi**

Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sesudah dilakukan terapi CBSST meningkat secara bermakna ( $p\text{-value} < 0,05$ ) pada kelompok yang mendapatkan terapi CBSST (kelompok intervensi), sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST (kelompok kontrol) tidak 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 ( $p\text{-value} < 0,05$ ). Perbedaan selisih peningkatan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kontrol juga bermakna dimana  $p\text{-value} < 0,05$ .

Respon perilaku merefleksikan respon emosi dan fisiologis sebagai hasil analisis kognitif dalam menghadapi suatu situasi yang penuh stres. Caplan (1981, dalam Sutart & 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. Perilaku menarik diri yang ditunjukkan oleh klien isolasi sosial ini merupakan hasil analisis kognitif klien dalam menghadapi suatu situasi yang penuh stress.

Klien pada penelitian ini menunjukkan perilaku menarik diri, tidak atau jarang berkomunikasi, tidak ada kontak mata, berdiam diri di kamar, malas melakukan kegiatan sehari-hari, dan menolak hubungan dengan orang lain. Perilaku yang ditunjukkan klien ini sesuai dengan pendapat Townsend (2009); NANDA (2007); Keliat (2005); dan Fortinash (1999) 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 atau mengganti dengan perilaku yang positif.

Peningkatan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sesudah dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi meningkat secara bermakna, 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*, dimana pada *pre-test*

kemampuan psikomotor 65,41 (68,14%) menjadi 76,72 (79,92%) pada *post-test*. Berdasarkan kuartil nilai kemampuan psikomotor sesuai dengan instrumen maka kemampuan psikomotor kelompok intervensi sebelum mendapat terapi CBSST termasuk dalam rentang cukup dan sesudah mendapat terapi CBSST termasuk dalam rentang baik walaupun belum optimal.

Pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan kemampuan psikomotor, yaitu dari 65,90 (68,65%) pada *pre-test* menjadi 67,06 (69,85%) pada *post-test* dan selisih peningkatan sebesar 0,68 (4%). Namun secara statistik peningkatan ini tidak bermakna dan kemampuan psikomotor kelompok kontrol sesudah pemberian terapi CBSST pada kelompok intervensi masih tetap berada pada rentang cukup.

Peningkatan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi pada klien isolasi sosial ini terjadi karena pada terapi CBSST klien diberikan latihan kognitif (melawan pikiran negatif) dan dilanjutkan dengan latihan perilaku baru yaitu ketrampilan komunikasi. Latihan ketrampilan komunikasi diberikan kepada klien sebagai bekal dalam melakukan hubungan sosial (bersosialisasi). Hal ini sesuai dengan Frisch dan Frisch (2006) bahwa tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial bertujuan untuk melatih klien ketrampilan sosial sehingga merasa nyaman dalam situasi sosial dan melakukan interaksi sosial. 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. Klien isolasi sosial perlu diberikan latihan ketrampilan komunikasi karena klien isolasi sosial mengalami penyimpangan perilaku berupa kegagalan individu untuk menjalin interaksi dengan orang lain akibat distorsi kognitif. Ketrampilan komunikasi yang dimiliki klien dapat menjadi sumber coping dalam menghadapi masalah klien.

Pada terapi CBSST sesi tiga sampai lima dalam penelitian ini klien diberikan latihan ketrampilan komunikasi, berupa komunikasi dasar (komunikasi verbal dan non verbal), komunikasi untuk menjalin persahabatan, dan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit. Setelah klien diberikan latihan mengatasi distorsi kognitif pada sesi satu dan dua maka selanjutnya diberikan latihan ketrampilan perilaku baru sebagai pengganti perilaku negatif. Latihan ketrampilan komunikasi diberikan agar klien memiliki kemampuan baru yaitu berkomunikasi sebagai pengganti perilaku klien yang negatif yaitu menarik diri (isolasi sosial).

Ketrampilan komunikasi yang adekuat merupakan bekal bagi klien untuk melakukan hubungan sosial. Hal ini sesuai dengan konsep yang diungkapkan McQuaid, dkk (2000) bahwa modul CBSST yang disusunnya menekankan pada peningkatan ketrampilan komunikasi dan interaksi sosial melalui latihan ketrampilan sosial yaitu SST. Demikian juga dengan yang diungkapkan Kinsep dan Nathan (2004) bahwa pemberian SST pada skizofrenia membuat klien dapat mengembangkan cara berfikir rasional dan meningkatkan motivasi belajar perilaku sosial baru yang lebih baik.

Ketrampilan komunikasi dasar (verbal) yang diberikan kepada klien meliputi mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, dan bertanya untuk klarifikasi, sedangkan komunikasi non verbal berupa kontak mata, tersenyum, berjabat tangan, duduk tegak, volume suara dan tidak mendominasi dalam suatu percakapan. Ketrampilan komunikasi untuk menjalin persahabatan meliputi komunikasi untuk meminta dan memberikan pertolongan dan komunikasi untuk memberikan pujian serta saat menerima pujian dari orang lain. Sedangkan ketrampilan komunikasi untuk menghadapi situasi sulit meliputi komunikasi untuk memberikan kritik dan menerima kritik, komunikasi untuk menyampaikan penolakan dan saat menerima penolakan, serta komunikasi untuk meminta maaf dan memberikan maaf kepada orang lain. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Ramdhani dalam Prawitasari (2002) bahwa pada pelatihan ketrampilan komunikasi diajarkan

cara bertanya untuk konfirmasi, cara memberi dan menerima pujian, cara mengeluh dan menghadapi keluhan, cara menolak, cara meminta pertolongan, cara menuntut hak, cara berempati, dan cara berinteraksi dan bergabung ke dalam kelompok. Klien isolasi sosial perlu diberikan latihan komunikasi dalam berbagai situasi, baik situasi yang menyenangkan maupun situasi sulit dan penuh stress.

Menurut Corrigan, dkk (2009) ketrampilan sosial terbagi menjadi 4 (empat) kategori besar yaitu ketrampilan nonverbal, ketrampilan paralinguistik, keseimbangan dalam percakapan (interaktif), dan isi/konten verbal. Ketrampilan nonverbal meliputi kontak mata, jarak dengan lawan bicara, sikap tubuh, dan ekspresi wajah. Ketrampilan paralinguistik meliputi karakteristik vokal seperti tekanan suara, volume, perubahan nada suara, dan kecepatan bicara. Keseimbangan dalam percakapan seperti berbicara secara bergantian dan jumlah waktu bicara tiap orang/lawan bicara. Sedangkan isi/konten verbal meliputi pemilihan kata-kata atau bahasa yang tepat.

Latihan ketrampilan komunikasi yang diberikan pada klien isolasi sosial dalam penelitian ini mengikuti empat tahapan/metoda sebagaimana yang diungkapkan oleh Ramdhani (2002), yaitu; 1) *Modelling*, yaitu tahap penyajian model dalam melakukan suatu keterampilan yang dilakukan oleh terapis. Pada tahap ini peneliti/terapis memberikan contoh cara berkomunikasi sesuai situasi yang digambarkan; 2) *Role play*, yaitu tahap bermain peran dimana klien mendapat kesempatan untuk memerankan kemampuan yang telah dilakukan atau dicontohkan oleh terapis sebelumnya; 3) *Performance feedback*, yaitu tahap pemberian umpan balik yang diberikan segera setelah klien mencoba memerankan perilaku baru. Pada tahap ini klien menerima umpan balik dari anggota kelompok yang lain karena latihan ini juga dilakukan dengan pendekatan kelompok dan dari terapis/peneliti; 4) *Transfer training*, yakni tahap pemindahan ketrampilan yang diperoleh klien kedalam praktek sehari-hari. Pada tahap ini klien diberi tugas mandiri untuk

melakukan latihan ulang dengan perawat ruangan atau klien lain di ruangan yang didokumentasikan pada buku kerja klien.

Teknik atau tahapan yang diuraikan di atas mempermudah klien dalam latihan ketrampilan baru, karena sesuai dengan yang diungkapkan Kneisl (2004) bahwa SST adalah metode yang didasarkan pada prinsip-prinsip sosial pembelajaran dan menggunakan teknik perilaku bermain peran, praktik dan umpan balik untuk meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah. Hal ini juga sesuai dengan yang diungkapkan Halgin dan Whitbourne (2007) bahwa SST adalah intervensi perilaku yang meliputi pemberian penguatan terhadap perilaku yang sesuai khususnya dalam hal hubungan interpersonal.

SST dalam penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kelompok. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Fontaine (2003) bahwa SST merupakan latihan ketrampilan yang dilakukan melalui beberapa seri secara terstruktur dan terorganisasi dan biasanya dilakukan dalam bentuk kelompok. Corrigan, dkk (2009) juga menyatakan bahwa SST merupakan pendekatan yang sistematis dalam melatih ketrampilan interpersonal berdasarkan pada teori belajar sosial dan lebih sering dilakukan dengan pendekatan kelompok. Ramdhani (2002) menguraikan beberapa keuntungan apabila SST dilakukan secara kelompok, yaitu; penghematan tenaga, waktu dan biaya. Bagi klien yang mengalami ketidakmampuan berinteraksi, SST merupakan miniatur masyarakat sesungguhnya, masing-masing anggota mendapatkan kesempatan melakukan praktek dalam kelompok sehingga mereka melakukan perilaku sesuai contoh dan merasakan emosi yang menyertai perilaku, masing-masing anggota kelompok saling memberi umpan balik, pujian dan dorongan, klien merasakan adanya universalitas yaitu klien sadar bahwa ada orang lain yang mengalami masalah serupa dengan dirinya sehingga meningkatkan pembukaan diri dan memotivasi untuk berubah.

Menurut Corrigan, dkk (2009) beberapa keuntungan SST dengan pendekatan kelompok dibandingkan dengan pendekatan individu adalah lebih ekonomis

karena dalam satu waktu dapat menangani beberapa klien sekaligus, dalam kelompok klien lebih banyak memiliki *role model* karena masing-masing anggota kelompok dapat saling melihat/observasi ketrampilan yang dimiliki anggota kelompok lain, dan dalam kelompok tiap anggota dapat saling memberikan suport dan saling membantu yang sekaligus menimbulkan keyakinan bahwa diri klien masih berguna dan mampu membantu orang lain. SST yang dilakukan dengan pendekatan kelompok secara tidak langsung juga memperbaiki fungsi kognitif klien dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan karena dalam latihan ini klien langsung berinteraksi dengan orang lain yaitu anggota dalam kelompok. Pendekatan kelompok yang digunakan dalam penelitian ini memfasilitasi klien untuk dapat langsung mencobakan ketrampilan baru yang dipelajari kepada klien lain dalam kelompok. Kelompok merupakan miniatur dari kehidupan bermasyarakat yang dapat menjadi tempat belajar bagi klien mendekati realita kehidupan yang dijalani.

Pada penelitian ini jumlah anggota tiap kelompok 5-6 orang, dengan lama sesi sekitar 60 menit. Pelaksanaan SST pada penelitian ini sesuai dengan pendapat Corrigan, dkk (2008) bahwa pelaksanaan tiap sesi SST sekitar satu jam dan jumlah anggota kelompok dalam pelaksanaan SST sekitar 4-8 orang, namun jika pada klien dengan gangguan kognitif yang lebih berat atau pada klien dengan gejala psikotik berat maka direkomendasikan kelompok kecil yaitu 3-5 orang. Sedangkan menurut Kelly (1982); Michelson, dkk (1985) dalam Ramdhani (2002) besar anggota kelompok pada pelaksanaan SST secara kelompok tidak lebih dari 12 orang. Jumlah anggota kelompok mempengaruhi kesempatan klien mendapatkan kesempatan latihan berinteraksi dan perhatian yang diterima dari terapis.

Pada penelitian ini juga menggunakan buku kerja klien yang disimpan sendiri oleh masing-masing klien. Buku ini berisi ketrampilan-ketrampilan yang dipelajari dan harus dimiliki klien. Pada setiap akhir sesi pertemuan peneliti memberikan tugas pada klien untuk melakukan latihan mandiri dengan klien lain dalam kelompok maupun dengan klien lain di ruangan dan

mendokumentasikan latihan yang dilakukan pada buku kerja klien. Pada pertemuan berikutnya sebelum memulai sesi pada hari tersebut peneliti melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan latihan mandiri pada masing-masing klien dan memberikan umpan balik positif terhadap apa yang telah dilakukan klien. Hal ini sesuai dengan yang diuraikan Corrigan, dkk (2009) bahwa pada SST tugas latihan mandiri secara rutin selalu diberikan diakhir pertemuan dengan tujuan untuk memfasilitasi klien latihan secara mandiri. Selanjutnya tugas ini akan dievaluasi pada awal pertemuan berikutnya dan diberikan umpan balik baik oleh terapis maupun anggota kelompok yang lain. Tugas mandiri serta umpan balik yang diberikan pada klien dapat memotivasi klien untuk melakukan ketrampilan baru yang dilatih.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Granholm, Ben-Zeev, dan Link (2009) tentang sikap antisosial dan *group* CBSST untuk gangguan fungsi sosial pada skizofrenia terhadap 79 orang dengan skizofrenia. Hasil yang diperoleh menunjukkan terjadi peningkatan minat melakukan hubungan sosial pada kelompok klien yang diberi terapi CBSST. Hasil studi kasus terhadap 10 orang dengan skizofrenia yang dilakukan oleh McQuaid, dkk (2000) selama 12 minggu juga mendukung hasil penelitian ini, dimana setelah mengikuti CBSST responden menyatakan dapat berkomunikasi secara asertif dengan keluarga, dapat berkomunikasi dengan lebih baik kepada semua orang, dan dapat memonitor serta mengatasi gejala yang dialaminya.

Hasil penelitian yang lain juga mendukung hasil penelitian ini, diantaranya penelitian Grandholm, dkk (2005) terhadap 76 orang dengan skizofrenia selama 24 minggu. Pada kelompok yang mendapat *group* CBSST menunjukkan peningkatan aktivitas sosial, peningkatan kognitif, dan penurunan gejala positif skizofrenia. Penelitian Chen (2004) terhadap siswa dengan gangguan emosi/perilaku diperoleh hasil SST merupakan intervensi perilaku sosial bagi siswa yang memiliki kecenderungan menarik diri dari lingkungan sekolah dan mengalami penurunan kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Demikian juga penelitian Shukhodolsky, dkk (2001) yang

menunjukkan bahwa modifikasi CBT efektif untuk meningkatkan kemampuan sosial pada anak dengan masalah perilaku.

Keliat, dkk (1999) melakukan penelitian tentang pengaruh model terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) terhadap komunikasi verbal dan non verbal pada 76 orang klien menarik diri di RSMM dan 36 orang di RSJP Jakarta. Hasil penelitian menunjukkan terjadi perbedaan peningkatan kemampuan berkomunikasi secara bermakna antara kelompok intervensi dan kontrol. Menurut Keliat dan Akemat (2005) TAKS bertujuan untuk meningkatkan hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap dengan cara klien diberikan latihan memperkenalkan diri, berkenalan dengan anggota kelompok, bercakap-cakap dengan anggota kelompok, menyampaikan dan membicarakan topik percakapan, menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi pada orang lain, bekerjasama dalam permainan sosialisasi kelompok, dan menyampaikan pendapat tentang manfaat kegiatan TAKS yang telah dilakukan. TAKS memberikan latihan bersosialisasi pada klien isolasi sosial pada aspek psikomotor, tanpa diberi latihan kognitif.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian Renidayati (2008) tentang pengaruh SST terhadap klien isolasi sosial di RSJ HB Sa'anin Padang Sumatera Barat, dimana setelah diberikan SST melalui 5 (lima) sesi dan setiap sesi diulang sebanyak 3 (tiga) kali terjadi peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku klien isolasi sosial. Responden pada penelitian ini terdiri dari 30 orang kelompok intervensi dan 30 orang kelompok kontrol dan menggunakan pendekatan individu.

Menurut Corrigan, dkk (2009) SST menggunakan pendekatan yang sistematis dalam melatih ketrampilan interpersonal berdasarkan teori belajar sosial. SST terus mengalami perkembangan beberapa dekade hingga saat ini. Perkembangan SST pertama kali pada tahun 1940 oleh Salter (1949) dalam Corrigan, dkk (2009) dengan teknik bermain peran, kemudian pada tahun 1950-an Wolpe's menggunakan instruksi dan bermain peran untuk melatih

ketrampilan asertif dalam mengatasi perasaan ansietas. Selanjutnya pada tahun 1960-an Bandura's (1969) mengemukakan teknik *modelling* yang digunakan sebagai bagian prosedur dalam melatih ketrampilan sosial. Proses latihan perilaku atau ketrampilan sosial pada SST melalui bermain peran atau mencontoh suatu perilaku yang telah dilakukan atau diperagakan oleh terapis terlebih dahulu.

SST adalah intervensi perilaku yang meliputi pemberian penguatan terhadap perilaku yang sesuai khususnya dalam hal hubungan interpersonal (Halgin & Whitbourne, 2007). SST merupakan proses belajar dimana seseorang belajar cara fungsional dalam berinteraksi (Carson, 2000). SST didasarkan pada keyakinan bahwa ketrampilan dapat dipelajari oleh karena itu dapat dipelajari oleh orang yang tidak memilikinya (Stuart & Laraia, 2005). Sedangkan menurut Kneisl (2004) SST adalah metode yang didasarkan pada prinsip-prinsip sosial pembelajaran dan menggunakan teknik perilaku bermain peran, praktik dan umpan balik untuk meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah. Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa SST adalah proses belajar untuk meningkatkan kemampuan seseorang khususnya dalam hubungan interpersonal melalui teknik bermain peran dan umpan balik positif terhadap perilaku adaptif secara sosial. Latihan bersosialisasi pada SST menekankan aspek psikomotor untuk melihat kemampuan klien dalam berinteraksi dengan orang lain sehingga pendekatan kelompok dapat langsung memfasilitasi klien dalam melakukan latihan *role-play*.

Perilaku isolasi sosial pada seseorang didasari oleh pikiran negatif terhadap diri sendiri, orang lain, dan lingkungan yang menunjukkan adanya harga diri rendah. Sasmita (2007) melakukan penelitian tentang pengaruh CBT pada klien harga diri rendah terhadap 35 klien di RSMM Bogor. Hasil penelitian terjadi peningkatan kemampuan kognitif sehingga harga diri rendah pada klien menurun. CBT pada penelitian ini hanya mengatasi aspek kognitif dan tidak memberikan latihan psikomotor untuk mengatasi harga diri rendah atau

lebih jauh perilaku isolasi sosial sebagai perilaku yang tampak akibat distorsi kognitif dan harga diri rendah.

Pada CBSST, latihan ketrampilan sosial diberikan setelah klien diberikan latihan kognitif untuk mengatasi fungsi kognitif yang mengalami distorsi dan menyebabkan perilaku isolasi sosial serta latihan untuk melawan pikiran negatif tersebut. Latihan ini semakin mendukung peningkatan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi karena kognitif merupakan faktor penentu manusia dalam bertindak atau berperilaku. Hal ini sesuai dengan yang disampaikan Oemarjoedi (2003) bahwa pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon (SKR) yang saling berkait dan membentuk semacam jaringan dalam otak manusia, dimana faktor kognitif akan menjadi penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa, dan bertindak.

Menurut Corrigan, dkk (2009) terdapat 4 (empat) faktor yang berbeda yang berhubungan dengan ketidakmampuan pada kasus-kasus psikiatri yang berdampak pada fungsi sosial yaitu gejala-gejala gangguan psikiatri, fungsi kognitif, ketrampilan sosial, dan faktor lingkungan. Gejala gangguan psikiatri terkait dengan gejala negatif yang berdampak besar pada fungsi sosial (Mueser, Doudlas, Bellack, & Morrison, 1991; Pogue-Geile, 1989; Sayers, Curran, & Mueser, 1996) dalam Corrigan, dkk (2009). Fungsi kognitif berdampak secara signifikan terhadap fungsi sosial (Green, 1996; Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000; McGurk, Mueser, Harvey, Marder, & LaPuglia, 2003, dalam Corrigan, dkk, 2009).

Menurut Penn, Addington, dan Pinkham (2006) dalam Corrigan, dkk (2009) khusus pada klien skizofrenia mengalami kesulitan yang besar dalam mengekspresikan emosi kepada orang lain. Memahami komunikasi dengan orang lain merupakan bagian yang penting pada fungsi sosial khususnya dalam hubungan terbuka dan gangguan kognitif menjadi penghambat yang signifikan pada hubungan sosial (Corrigan, dkk, 2009). Jadi aspek kognitif

menjadi hal yang penting dalam menentukan kemampuan seseorang dalam melakukan hubungan atau interaksi sosial khususnya dalam hal komunikasi.

Peningkatan kemampuan psikomotor dalam bersosialisai pada penelitian ini dapat lebih meningkat lagi jika pelaksanaan intervensi dilakukan dalam rentang waktu yang lebih lama lagi. Pada penelitian ini setelah selesai sesi 6 CBSST langsung dilakukan *post-test* atau dengan kata lain *post-test* dilakukan 10 hari setelah *pre-test*. Menurut Corrigan, dkk (2009) SST dilakukan paling sedikit selama 3 bulan dan biasanya 6 bulan sampai 1 tahun atau lebih lama lagi. Rentang waktu penelitian yang lebih lama memberikan kesempatan kepada klien untuk belajar lebih optimal dan kontinuitas perubahan perilaku atau psikomotor klien dalam bersosialisasi dapat terpantau hingga perilaku tersebut membudaya pada diri setiap klien sampai klien berada kembali di tengah-tengah masyarakat tempat tinggal klien.

Pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi namun secara statistik tidak bermakna. Perbedaan selisih peningkatan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol ( $Pvalue < 0,05$ ). Selisih peningkatan kemampuan psikomotor pada kelompok intervensi adalah 11,31 (11,78%), sedangkan pada kelompok kontrol sebesar 1,61 (1,21%). Hal ini menunjukkan bahwa terapi CBSST 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 dan secara statistik bermakna.

Pada kelompok yang tidak mendapatkan terapi CBSST kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi tidak dilatih secara spesifik sehingga proses pembelajaran tidak terjadi sebagaimana yang terjadi pada kelompok intervensi. Hal inilah yang menjadi dasar peningkatan kemampuan

psikomotor dalam bersosialisasi pada kelompok kontrol tidak bermakna secara statistik. Hal ini juga didasarkan pada keyakinan sebagaimana yang diungkapkan Stuart dan Laraia (2005) bahwa ketrampilan dapat dipelajari oleh karena itu 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.

### **6.3 Faktor yang berhubungan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi**

Berikut ini akan diuraikan faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.

#### **6.3.1 Hubungan usia dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi**

Hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan usia dengan kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial ( $p\text{-value} > \alpha 0,05$ ), sehingga berapapun usia klien tidak berpengaruh terhadap kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi.

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan ketrampilan dalam mekanisme coping. Pada penelitian ini rata-rata usia responden

termasuk dalam kelompok dewasa muda yaitu 34,07 tahun dan lama sakit 6,5 tahun, dengan demikian dapat dianalisa rata-rata klien sakit sejak usia 28,5 tahun. Temuan pada penelitian ini sesuai dengan yang diungkapkan Prawirohadikusumo (2003) yaitu pada klien skizofrenia sebagian besar berada pada rentang usia 21-35 tahun (dewasa muda) dan pada tahap dewasa muda kemampuan kognitif dan perilaku klien lebih mudah ditingkatkan pada saat pertama kali klien dirawat.

Usia klien saat pertama kali muncul gangguan jiwa merupakan faktor penting dalam menentukan seberapa baik kemajuan yang akan dialami 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.

Hasil penelitian ini didukung penelitian Renidayati (2008), yang menyatakan tidak ditemukan adanya hubungan antara usia klien skizofrenia yang menunjukkan isolasi sosial dengan peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku dengan pemberian terapi SST. 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 yang diberikan CBT di RSMM Bogor. Pada klien skizofrenia kemampuan dalam berfikir sangat ditentukan oleh besar kecilnya kerusakan struktur otak yang dialami klien.

Dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa faktor usia responden tidak memiliki hubungan atau kontribusi yang bermakna terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi.

### 6.3.2 Hubungan jenis kelamin dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa jenis kelamin responden lebih banyak laki-laki (73,3%) daripada perempuan (26,7%). Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan jenis kelamin dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi ( $p\text{-value} > \alpha$ ).

Townsend (2005); Stuart (2007) menjelaskan faktor sosial budaya dikaitkan dengan terjadinya isolasi sosial meliputi; umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan keyakinan. Proporsi klien laki-laki lebih besar pada penelitian ini sesuai dengan temuan penelitian Wardani, Keliat, dan Mustikasari (2003) tentang karakteristik klien yang dirawat di ruang model praktik keperawatan profesional RSMM Bogor, dimana dari 79 klien yang dirawat terdapat 50 orang (63,29%) berjenis kelamin laki-laki.

Temuan pada penelitian ini didukung oleh 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.

Proporsi klien laki-laki yang lebih banyak dibandingkan klien perempuan pada penelitian ini didukung oleh temuan Kaplan, Sadock, dan Grebb (1999); Davison dan Neale (2001), dalam Fausiah dan Widury, (2005) dalam penelitiannya yang menunjukkan bahwa laki-laki lebih mungkin memunculkan gejala negatif dibandingkan wanita dan wanita tampaknya memiliki fungsi sosial yang lebih baik daripada laki-laki.

Pada penelitian ini tidak ditemukan kontribusi jenis kelamin terhadap kemampuan klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi.

### 6.3.3 Hubungan pendidikan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan menengah (SMP dan SMA) yaitu sebanyak 75%. Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa ada hubungan latar belakang pendidikan responden dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi ( $p\text{-value} < \alpha$ ).

Berdasarkan Model Stress Adaptasi Stuart pendidikan merupakan salah satu faktor predisposisi sosial budaya untuk terjadinya gangguan jiwa. Pendidikan menjadi salah satu tolak ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2005). Faktor pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang menyelesaikan masalah yang dihadapi termasuk dalam hal ini

kemampuan kognitif dan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.

Pada penelitian ini karakteristik pendidikan responden memiliki hubungan yang bermakna terhadap kemampuan klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun terhadap kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi. Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Kopelowicz (2002) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan seseorang akan berkorelasi positif dengan keterampilan coping yang dimiliki. Responden dalam penelitian ini sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan menengah yang dapat dijadikan sebagai sumber coping dalam menghadapi suatu masalah.

Pendidikan merupakan sumber coping bagi seseorang dalam menghadapi suatu masalah. Pada proses pemberian terapi CBSST pada penelitian ini responden dengan latar belakang pendidikan tinggi dan menengah memiliki kemampuan untuk menerima informasi lebih baik dibandingkan dengan responden dengan latar belakang rendah atau tidak tamat SD. 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 sebagai sumber coping berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk menerima informasi yang dapat membantu mengatasi masalah yang dihadapi seseorang.

#### 6.3.4 Hubungan pekerjaan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden tidak bekerja (78,3%). Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan status bekerja responden dengan kemampuan kognitif

dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi ( $p\text{-value} > \alpha$ ).

Pekerjaan merupakan salah satu faktor predisposisi sosial budaya proses terjadinya gangguan jiwa. Masalah pekerjaan merupakan sumber stress pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi yang bersangkutan dapat jatuh sakit (Hawari, 2001). Senada dengan yang diungkapkan Tarwoto dan Wartonah (2003) bahwa status pekerjaan akan mempengaruhi timbulnya stres. Status pekerjaan terkait dengan status ekonomi seseorang, orang dengan status ekonomi yang kuat akan jauh lebih sukar mengalami stres dibanding mereka yang status ekonominya lemah. Hal tersebut diperkuat oleh pendapat Cattell (2001) serta Hoffiman dan Hatch (2000) yang menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara kemiskinan dengan stressor keuangan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada kontribusi status pekerjaan klien terhadap kemampuan kognitif dan psikomotor klien isolasi sosial. Hal ini tidak sejalan dengan yang diungkapkan Maguire, (2002) dalam Fortinash & Worret (2004) yang menyatakan bahwa skizofrenia terjadi pada semua kelompok sosial ekonomi, namun lebih banyak terjadi pada kelompok sosial ekonomi rendah dan penjelasan hipotesis "*downward drift*" bahwa klien skizofrenia yang memiliki ketrampilan sosial rendah berasal dari kelompok sosial ekonomi rendah.

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. Stress kehidupan dalam kelompok sosial ekonomi rendah cukup sering mencetuskan terjadinya skizofrenia pada masyarakat. Klien dengan skizofrenia akibat stress psikologis

menunjukkan harga diri rendah dan persepsi diri yang buruk serta mengalami keterbatasan sumber koping terhadap situasi yang dihadapi.

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

#### 6.3.5 Hubungan status perkawinan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki status perkawinan “tidak kawin” yaitu sebesar 81,7%. Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada kontribusi status perkawinan responden terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi ( $p\text{-value} > \alpha$ ).

Proporsi klien berstatus tidak kawin lebih besar pada penelitian ini sesuai dengan temuan penelitian Wardani, Keliat, dan Mustikasari (2003) tentang karakteristik klien yang dirawat di ruang model praktik keperawatan profesional RSMM Bogor, dimana 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. Widya (2007) juga menyatakan gangguan jiwa lebih sering dialami individu bercerai atau berpisah dibandingkan dengan menikah atau lajang. Masalah kejiwaan lebih sering pada orang

yang tinggal sendiri dibandingkan tinggal bersama kerabat lain (Amir, 2005). 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.

#### 6.3.6 Hubungan lama sakit dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rata-rata lama sakit responden adalah 6,5 tahun. Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada kontribusi lama sakit terhadap kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi ( $p\text{-value} > \alpha$ ).

Stuart dan Laraia (2005) menyatakan bahwa waktu atau lamanya terpapar stresor, yakni terkait sejak kapan, sudah berapa lama, dan berapa kali kejadian (frekuensi) akan memberikan dampak adanya keterlambatan dalam mencapai kemampuan dan kemandirian. Keliat (3002) juga menyatakan semakin singkat klien sakit dan terpapar dengan lingkungan pelayanan rumah sakit akan memberikan keuntungan bagi klien dan keluarga. Hal ini akan meminimalkan kemungkinan kemunduran fungsi sosial.

Rata-rata lama sakit klien pada penelitian ini termasuk kronis sehingga kemungkinan klien mengalami keterlambatan dalam mencapai kemampuan dan kemandirian khususnya dalam hal ini kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi. Gangguan kognitif sebagai dampak dari penyakit klien menghambat kemampuan klien

dalam menerima informasi dan mengikuti latihan yang diberikan pada terapi CBSST.

#### 6.3.7 Hubungan peran serta dalam terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan dan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah mendapatkan terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) hingga selesai (sesi 7), yaitu sebesar 61,7% . Berdasarkan uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada kontribusi status keikutsertaan responden pada TAKS terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan ( $p\text{-value} > \alpha$ ), namun terdapat kontribusi yang bermakna terhadap kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi ( $p\text{-value} < \alpha$ ).

Menurut Keliat dan Akemat (2005) terapi aktivitas kelompok merupakan terapi modalitas keperawatan yang ditujukan pada kelompok klien dengan masalah yang sama. Terapi aktivitas kelompok yang diberikan pada klien isolasi sosial adalah terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) yang terdiri dari 7 (tujuh) sesi. 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.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh 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, dimana didapatkan hasil terjadi peningkatan secara bermakna kemampuan komunikasi pada kelompok intervensi.

Pada penelitian ini terdapat kontribusi TAKS terhadap kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi khususnya ketrampilan komunikasi dikarenakan pada TAKS klien juga diberikan latihan meningkatkan hubungan sosial dalam kelompok secara bertahap. Dengan demikian TAKS dan terapi CBSST saling mendukung dalam meningkatkan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.

#### **6.4 Keterbatasan penelitian**

Dalam setiap penelitian berisiko mengalami kelemahan yang diakibatkan adanya keterbatasan-keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang meliputi keterbatasan tempat penelitian (tempat pelaksanaan intervensi terapi CBSST), keterbatasan instrumen (kuesioner penelitian dan modul terapi CBSST), dan keterbatasan waktu.

Tempat pelaksanaan terapi CBSST di beberapa ruang rawat inap kurang kondusif, dimana beberapa ruang rawat inap tidak memiliki ruang khusus atau ruang diskusi sehingga pelaksanaan terapi dilakukan di ruang makan atau ruang terbuka yang cukup ramai sehingga mengganggu konsentrasi. Sebagai antisipasi terhadap hal ini maka peneliti membuat kesepakatan dengan responden waktu pelaksanaan terapi pada siang dan sore hari sehingga ruangan tidak terlalu ramai. Pada saat pelaksanaan intervensi klien ruang utari dilakukan di ruang diskusi ruangan Drupadi karena pada saat yang bersamaan sedang ada renovasi ruangan Utari yang menimbulkan kebisingan sehingga kurang kondusif untuk pelaksanaan terapi.

Modul (buku pedoman) yang digunakan untuk membantu pelaksanaan terapi CBSST pada penelitian ini disusun oleh peneliti sendiri berdasarkan referensi. Meskipun buku ini belum dilakukan uji coba pada klien lain diluar penelitian, namun untuk validitas isi (*construct validity*) buku pedoman terapi CBSST ini telah dilakukan dengan mengkonsultasikan kepada pakar keperawatan jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Dalam pelaksanaan terapi CBSST terdapat hambatan khususnya pada kolom yang pada buku kerja pasien yang dirasakan terlalu kecil bagi pasien (responden) yang telah menggunakan kaca mata dan memiliki kebiasaan menulis dengan huruf yang besar. Untuk kendala ini, maka peneliti melakukan solusi pemecahannya dengan memberikan buku kerja pasien yang lebih besar sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan menulis pasien.

Pelaksanaan terapi CBSST berlangsung lebih kurang 2 (dua) minggu untuk setiap kelompok klien sehingga hal ini masih kurang dapat mengindikasikan efektifitas pelaksanaan terapi CBSST pada klien isolasi sosial, sehingga perlu adanya tindak lanjut pemantauan kondisi klien selama dirawat bahkan *follow-up* sampai klien pulang ke rumah. Namun demikian, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terapi CBSST berpengaruh untuk meningkatkan kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta meningkatkan kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi sehingga perlu dilakukan penelitian dalam rentang waktu yang lebih lama (desain *longitudinal*) hingga klien berada dimasyarakat/komunitas.

Keterbatasan lain pada penelitian ini adalah antara peneliti dengan kolektor data (mahasiswa magister keperawatan jiwa) hanya melakukan penyamaan persepsi terhadap instrumen/kuesioner penelitian yang diberikan kepada responden dan tidak dilakukan uji *interrater reliability*, namun demikian antara peneliti dengan kolektor data memiliki latar belakang pendidikan yang sama-sama sedang menempuh program magister ilmu keperawatan jiwa sehingga secara umum memiliki pemahaman yang sama terhadap fenomena dalam penelitian ini.

## **6.5 Implikasi hasil penelitian**

Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan jiwa, keilmuan dan pendidikan keperawatan, dan terhadap penelitian berikutnya.

### 6.5.1 Pelayanan keperawatan jiwa

Terapi CBSST dapat sebagai salah satu modalitas terapi keperawatan jiwa yang efektif untuk mengatasi perilaku isolasi sosial pada klien skizofrenia. Terapi CBSST juga dapat diterapkan pada klien dengan masalah lain seperti risiko perilaku kekerasan dan halusinasi serta pada kelompok tumbuh kembang dengan masalah kesulitan bergaul, misalnya anak usia sekolah atau remaja dengan kesulitan bergaul. Pendekatan kelompok yang digunakan dalam terapi CBSST ini efektif untuk memberikan latihan ketrampilan merubah perilaku baru yang positif.

### 6.5.2 Keilmuan dan pendidikan keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan pengaruh terapi CBSST terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan, serta kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi. Hasil penelitian ini memberi implikasi bagi pendidikan keperawatan untuk dapat memasukkan terapi CBSST serbagai salah satu kompetensi yang harus dilakukan oleh mahasiswa keperawatan spesialis jiwa dalam melakukan terapi kelompok pada klien isolasi sosial. Penelitian ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan jiwa khususnya dalam mengembangkan kemampuan melaksanakan intervensi keperawatan jiwa spesialistik dan pelayanan keperawatan jiwa pada umumnya.

### 6.5.3 Penelitian berikutnya

Hasil penelitian ini terbatas pada klien isolasi sosial di BLU RSMM Bogor. Penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan menggunakan metode penelitian yang berbeda, seperti menggunakan pendekatan studi *longitudinal* yang dilaksanakan dalam rentang waktu lebih lama sampai klien kembali ke masyarakat atau komunitas.

Penelitian lain juga dapat dilakukan menggunakan terapi yang sama pada kelompok sampel yang berbeda, misalnya pada klien skizofrenia dengan risiko perilaku kekerasan dan halusinasi, serta pada kelompok tumbuh kembang atau anak sekolah dengan kesulitan bergaul atau bersosialisasi. Penelitian berikutnya juga dapat membandingkan efektifitas kombinasi terapi aktivitas kelompok sosialisasi dan CBSST dengan TAKS dan *social skills training* (SST) untuk mengatasi perilaku isolasi sosial pada klien skizofrenia.



## **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:

#### **7.1 Simpulan**

- a. Karakteristik klien rata-rata berusia 34,07 tahun, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, pendidikan menengah (SMP dan SMA), tidak memiliki pekerjaan, status perkawinan “tidak kawin”, rata-rata lama sakit 6,5 tahun, dan sebagian besar telah mengikuti TAKS hingga selesai sesi 7 (tujuh).
- b. Kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum mendapat terapi CBSST adalah setara dengan rata-rata kemampuan kognitif termasuk dalam rentang cukup, yaitu sebesar 10,90 (64,12%), sedangkan nilai maksimal kemampuan kognitif adalah 17 (100%).
- c. Kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum mendapat terapi CBSST adalah setara dengan rata-rata kemampuan psikomotor termasuk dalam rentang cukup, yaitu sebesar 65,67 (68,41%), sedangkan nilai maksimal psikomotor adalah 96 (100%).
- d. Kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan 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.
- e. Kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam 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.

- f. Peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok yang mendapat terapi CBSST lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapat terapi CBSST
- g. Peningkatan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok yang mendapat terapi CBSST lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapat terapi CBSST
- h. Faktor yang berhubungan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan adalah terapi CBSST dan pendidikan klien, sedangkan faktor/karakteristik klien yang lain tidak berhubungan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan.
- i. Faktor yang berhubungan dengan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi adalah terapi CBSST, pendidikan klien, dan peran serta klien pada kegiatan TAKS, sedangkan faktor/karakteristik klien yang lain tidak berhubungan dengan kemampuan psikomotor klien dalam bersosialisasi.

## **7.2 Saran**

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan dari hasil penelitian kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi.

### **7.2.1 Aplikasi keperawatan**

- a. Rumah sakit dengan pelayana psikiatri hendaknya menetapkan terapi CBSST sebagai standar terapi keperawatan spesialisik yang diberikan pada klien dengan masalah keperawaan isolasi sosial
- b. Organisasi profesi melalui kolegium pendidikan keperawatn jiwa hendaknya menetapkan terapi CBSST sebagai salah satu kompetensi perawat spesialis keperawatan jiwa

- c. Dinas kesehatan hendaknya menempatkan perawat spesialis jiwa di puskesmas yang dapat melakukan *follow-up* terhadap pelaksanaan terapi CBSST di rumah sakit selama klien dirawat
- d. Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan jiwa hendaknya melakukan sosialisasi hasil penelitian tentang terapi CBSST kepada bagian pendidikan dan pelatihan serta bidang perawatan BLU RSMM Bogor
- e. Praktek mandiri perawat spesialis jiwa hendaknya menggunakan pedoman terapi CBSST sebagai aplikasi nyata dalam merawat klien isolasi sosial.

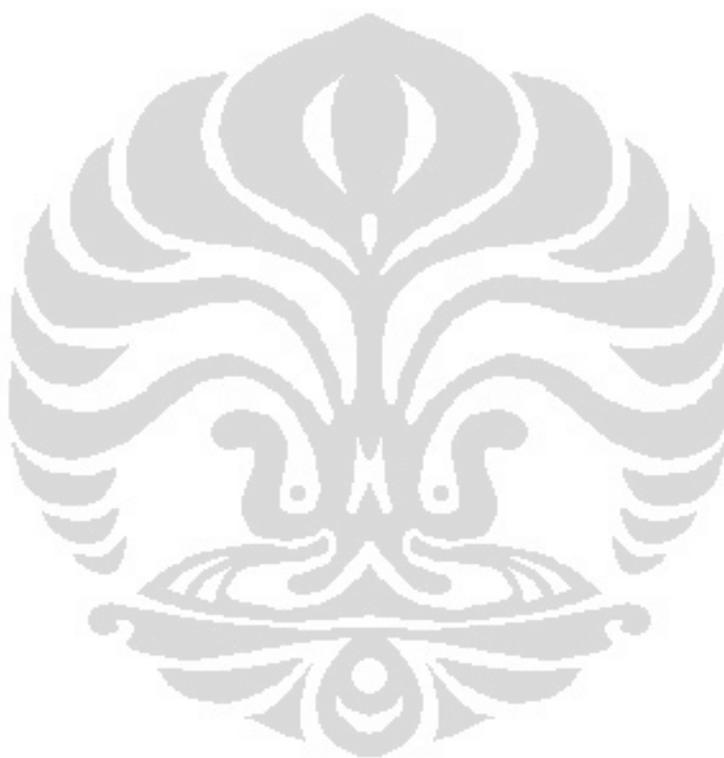
### **7.2.2 Pengembangan keilmuan**

- a. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan terapi CBSST beserta modul atau pedoman pelaksanaan CBSST pada kelompok klien dengan masalah yang lain, baik kelompok klien gangguan (seperti risiko perilaku kekerasan dan halusinasi) maupun kelompok klien risiko (remaja atau anak sekolah dengan kesulitan bergaul) dalam upaya meningkatkan modalitas terapi keperawatan jiwa yang efektif
- b. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya menggunakan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa dalam penerapan terapi CBSST pada klien isolasi sosial

### **7.2.3 Penelitian berikutnya**

- a. Perlunya dilakukan replikasi pada rumah sakit jiwa yang lain di seluruh Indonesia sehingga keefektifan penggunaan terapi CBSST pada klien isolasi social semakin teruji.
- b. Perlunya dilakukan penelitian lebih lanjut pada klien isolasi sosial dengan desain *longitudinal* hingga klien pulang ke masyarakat untuk mengetahui keberlanjutan kemampuan klien dalam bersosialisasi pada masyarakat luas sebagai *follow-up* terhadap terapi CBSST yang telah dilakukan di rumah sakit tempat klien dirawat

- c. Perlunya dilakukan penelitian tentang pengaruh terapi CBSST pada klien dengan masalah keperawatan yang lain baik pada klien kelompok gangguan (seperti risiko perilaku kekerasan dan halusinasi) maupun kelompok risiko (remaja, anak sekolah) yang mengalami masalah atau kesulitan bersosialisasi.
- d. Perlunya dilakukan penelitian dengan mengkombinasikan terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS) dan CBSST yang dibandingkan dengan kombinasi TAKS dan *social skills training* (SST) pada klien isolasi sosial.



## DAFTAR PUSTAKA

- Aide Medicale Internationale. (2008). *Health Messenger : Mental Health*. Jakarta : AMI
- Amir, N. (2005). *Depresi : Aspek Neurobiologi Diagnosis dan Tatalaksana*. Jakarta : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Anonim. *UCLA Social and Independent Living Skills Modules*.  
<http://www.psychrehab.com/pdf/Prostectus.pdf>. Januari 22, 2010.
- Arikunto, S. (2005). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi revisi. Jakarta : Rineka Cipta
- Barrowclough, C., dkk. (2006). Group Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 527-532
- Bond, F.W., & Dryden, W. (2002). *Handbook of Brief Cognitif Behavior Therapy*. England : John Wiley & Sons Ltd
- Brady, N. (2004). *Psychiatric Nursing Made Incredibly Easy*. USA : Lippincott Williams & Wilkins
- Brockopp, D.Y., & Tolsma. M.T.H. (2000). *Fundamental of Nursing Research (Dasar-dasar Riset Keperawatan)*. Boston : Jones & Barlett Publishers.
- BUPA's. (2007). *Cognitive Behavioral Therapy*.  
[http://hcd2.bupa.co.uk/fact\\_sheets/html/CBT.html](http://hcd2.bupa.co.uk/fact_sheets/html/CBT.html), Maret 22, 2010.
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing : The Nurse-Patient Journey*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : W.B. saunders Company.
- Chen, K, & walk. (2006). *Social Skills Training Intervension for Student with Emotional/Behavioral Disorder : A Literature Review from American Perspective*. [www.ccbd.net/dokuments/bb/BB.15\(3\)%social](http://www.ccbd.net/dokuments/bb/BB.15(3)%social) % 20 skills pdf. Januari 29, 2010.
- Corrigan, P.W., dkk. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation An Empirical Approach*. New York : The Guilford Press.
- Dahlan, M.S. (2008). *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta : Sagung Seto.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*.  
<http://www.litbang.depkes.go.id/LaporanRKD/IndonesiaNasional.pdf>. Februari 22, 2009.

- Emery, R.E., & Oltmanns, T.F. (2000). *Essentials of Abnormal Psychology*. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Fausiah, F., & Widury, J. (2005). *Psikologi Abnormal Klinis Dewasa*. Jakarta : UI-Press.
- Fauziah. (2009). *Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif (TPK) Pada Klien Skizofrenia Dengan Perilaku Kekerasan di Rumah sakit Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental Health Nursing*. 5<sup>th</sup> ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Fortinash, K.M., & Worret, P.A.H. (2004). *Psychiayric Mental Health Nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. USA : Mosby, Inc.
- Fortinash, K.M., & Holoday-Worret, P.A. (1999). *Psychiatric Nursing Care Plans*. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis, Missouri : Mosby. Inc.
- Frisch, N.C., & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. 3<sup>th</sup> ed. Canada : Thomson Delmar Learning
- Granholm, E., dkk. (2004). Group Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Older Outpatients with Chronic Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 18(3), 265-279
- Granholm, E., dkk. (2005). A Randomized, Controlled Trial of Cognitive behavioral Social Skills Training for Middle-Aged and Older Outpatients with Chronic Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 520-529
- Granholm, E., dkk. (2006). *Cognitive Behavioral Social Skills Training for Improving Social Functioning in People with Schizophrenia*. Ongoing Research. <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00338975>. Januari 29, 2010
- Granholm, E., dkk. (2006). *Cognitive Behavioral Social Skills Training*. [http://www.nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM\\_ID=94](http://www.nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=94). Maret 13, 2010
- Granholm, E., Ben-Zeef, D., & Link, P.C.,. (2009). Social Disinterest attitudes an Group Cognitive Behavioral Social Skills Training for Functional Disability in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 874-883
- Halgin, R.P., & Whitbourne, S.K. (2007). *Abnormal Psychology Clinical Perspectives on Psychological Disorder*. 5<sup>th</sup> ed. New York : McGraw-Hill.
- Hastono, S.P. (2007). *Basic Data Analysis for Health Research Training Analisa Data Kesehatan*. FKM-UI.

- Hawari, D. (2007). *Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta : FK-UI
- Hawthorne, G. (2005). Measuring Social Isolation in Older Adults : Development and Initial Validation of the Friendship Scale. *Social Indicators Research*, 77, 521-548
- Hidayat, A.A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Kazantzis, N., Reinecke, M.A., & Freeman, A. (2010). *Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice*. New York : A Division of Guildford Publications, Inc.
- Keliat, B.A, dkk. (1999). Pengaruh Model Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) Terhadap Kemampuan Komunikasi Verbal dan Non Verbal Pada Klien Menarik Diri di Rumah Sakit Jiwa. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, II(8), 277-283
- Keliat, B.A., (2006). *Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Keliat, B.A., dkk. (2005). *Modul Basic Course Community Mental Health Nursing*. Kerjasama FIK UI dan WHO.
- Keliat, B.A., & Akemat. (2005). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta : EGC
- Kintono, F. (2010). *Penyebab Umum Gangguan Jiwa*. <http://www.docstoc.com/docs>, diperoleh 30 Juni 2010
- Kinsep, P & Nathan, P. (2004). *Social skills training for severe mental disorder*. [http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/social\\_skills.pdf](http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/social_skills.pdf). Januari 29, 2010
- Kneisl, C.R., Wilson, H.S., & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary Psychiatry Mental Health Nursing*. New Jersey : Pearson Prentice Hall
- Kopelowicz, dkk. (2002). *Psychosocial treatment for shizoprenia*. New York: Oxford University.
- Lemeshow, et al. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Penerjemah: Dibyو Pramono. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : airlangga University Press.
- Marsoeki. (2008). *Hidup Makin Sulit, Gangguan Jiwa Mengintip*. <http://www.suarapembaruan.com/News/2008/10/19/Utama/ut01.htm>. Januari 27, 2010

- Maslim, R. (2001). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta : Nuh Jaya.
- McQuaid, dkk. (2000). Development of an Integrated Cognitive-Behavioral and Social Skills training Intervention for Older Patients With Schizophrenia. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(3), 149-156
- NACBT. (2009). Cognitive Behavior Therapy. [http://www.nacbt.org.uk/nacbt/cognitive\\_behavioral\\_therapy.htm](http://www.nacbt.org.uk/nacbt/cognitive_behavioral_therapy.htm). Maret 13, 2010
- NANDA. (2007). *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification 2007-2008*. Philadelphia: NANDA International
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pengantar pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Oemarjoedi, A,K,. (2003). *Pendekatan Cognitive Behavioral Dalam Psikoterapi*. Jakarta : Kreatif Media.
- Pollit, D.F, Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2006). *Essential of Nursing Research: Methods Appraisal and Utilization*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott. Williams & Wilkins.
- Potter , Perry. (2005). *Fundamentals of Nursing : Concept, Process, and Practice*. Alih bahasa Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC
- Prawitasari, dkk. (2002). *Psikoterapi Pendekatan Konvensional dan Kontemporer*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar dan Unit Publikasi Fakultas Psikologi UGM.
- Prawirohadikusumo. (2003). Pengaruh Faktor Genetik pada Pasien Gangguan Jiwa. <http://www.republika.com.id>. Juni 24, 2010
- Ramdhani, N. (2002). *Pelatihan Ketrampilan Sosial untuk Terapi Kesulitan Bergaul*. <http://lib-ugm.ac.id/data/pubdata/ketsos> pdf. Januari 12, 2010
- Rawlin's, Heacock. (1993). *Clinical Manual of Psychiatric Nursing*. Philadelphia : Mosby Year Book
- Renidayati. (2008). *Pengaruh Social Skills Training (SST) pada Klien Isolasi Sosial di RSJ H.B. Sa'anin Padang Sumatera Barat*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan
- Sabri, L, & Hastono, S,P,. (2008). *Statistik Kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta : Rajawali Pers.

- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 10<sup>th</sup> ed. Lippincott Williams & Wilkins
- Saksa, J.R., dkk. (2009). Cognitive Behavioral Therapy for Early Psychosis : A Comprehensive Review of Individual vs. Group treatment Studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(3), 357-377
- Sasmita, H. (2007). *Efektifitas Cognitive Behavioral Therapy (CBT) pada Klien Harga Diri Rendah di RS Dr. Marzoeqi Mahdi Bogor tahun 2007*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan
- Sastroasmoro, S, & Ismael, S,. (2008). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-3. Jakarta : sagung Seto.
- Sugiyono. (2006). *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Shives, L.R. (2005). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. (2005). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi ke-4. Jakarta : EGC
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8<sup>th</sup> ed. Missouri : Mosby, Inc.
- Sullivan, dkk. (2003). <http://www.health.gld.gov.au/rbwh/inbmhs/factsheets/cbt> pdf. Februari 1, 2010
- Supriyanto, S. (2007). *Metodologi Riset*. Surabaya : Program Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM-Unair
- Swanson, E, dkk, (2008). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. USA : Mosby. Inc.
- Tarwoto & Wortinah. (2003). *Kebutuhan dasar manusia dalam proses keperawatan*. Edisi pertama. Jakarta : Salemba Medika
- Townsend, M.C. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Townsend, M.C. (2009). *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Trihadi, D. (2009). *Pengaruh Terapi Kelompok Terapeutik Terhadap Kemampuan Keluarga Dalam Memberikan Stimulasi Perkembangan Dini Pada Kanak – kanak di Kelurahan Bubulak Kabupaten Bogor Tahun 2009*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.

- Turkington, D., dkk, (2004). Cognitive-Bahavioral Therapy for Schizophrenia : A Review. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 5-16
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., & Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing a Clinical Approach*. Missouri : Saunders Elsevier
- Videbeck, S.L. (2006). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Wardani, Keliat, dan Mustikasari. (2003). Karakteristik Klien yang Dirawat di Ruang Model Praktik Keperawatan Profesional Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor. *Makara, Kesehatan*, 7 (1).
- Wheeler, K. (2008). *Psychotherapy for the Advanced Practice Psychiatric Nurse*. St. Louis : Mosby, Inc.
- Wilkinson. (2007). *Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- WHO. (2001). *New Understanding, New Hope*. France : WHO Graphis.
- WHO. (2003). *Investing in Mental Health. Switzerland* : Nove Impression.
- WHO. (2007). *The Lancet*. London : Elsevier Properties SA
- Widya, R.S., (2007). Gangguan Afektif. [http://www.idijakbar.com/prosiding/gangguan\\_afektif.htm](http://www.idijakbar.com/prosiding/gangguan_afektif.htm). Juni 24, 2010
- Workshop Keperawatan Jiwa FIK UI. (2008). *Draft Standar Asuhan Keperawatan Program Spesialis Jiwa*. Tidak dipublikasikan.

## PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

**Nama : Jumaini**  
**Status : Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**  
**NPM : 0806446416**

Bermaksud mengadakan penelitian tentang” **Pengaruh *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)* Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Klien Isolasi Sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor**”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana pengaruh *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)* pada kemampuan kognitif dan perilaku sosial klien isolasi sosial. Manfaat penelitian ini secara garis besar akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa khususnya pada klien dengan isolasi sosial.

Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan kesehatan jiwa. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif atau pengaruh yang merugikan bagi siapapun. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara:

1. Menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, pengolahan data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya.
2. Menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini. Terimakasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Depok, April 2010

Jumaini  
NPM 0806446416

## LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan penelitian ini dan mendapatkan jawaban atas pertanyaan yang saya ajukan, maka saya mengetahui manfaat dan tujuan penelitian ini yang nantinya berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa, saya mengerti bahwa peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden.

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi saya. Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya dalam upaya merawat klien dengan isolasi sosial.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini berarti saya telah menyatakan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa paksaan dan bersifat sukarela.

Peneliti

Bogor, .....2010

Responden,

Jumaini  
NPM 0806446416

.....  
Paraf/Tanda tangan



UNIVERSITAS INDONESIA

INSTRUMEN PENELITIAN

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIORAL SOCIAL SKILLS TRAINING* (CBSST) PADA KLIEN ISOLASI SOSIAL  
DI BLU RS DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**

Kode Responden : ..... (*diisi 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 Kognitif Klien Isolasi Sosial)
- C. Kuesioner C (Kemampuan Kognitif Klien Isolasi Sosial)

## KUESIONER B

### KEMAMPUAN KOGNITIF KLIEN ISOLASI SOSIAL DI BLU RS DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

**Petunjuk pengisian :**

1. Berilah tanda *ceck list* (√) pada pilihan jawaban sesuai dengan pendapat bapak/ibu/saudara/i
2. Semua pernyataan diharapkan dapat diisi semuanya dengan **jujur**

No	Pernyataan	Ya	Tidak
1	Saya merasa berguna		
2	Saya mempunyai kemampuan yang dapat dibanggakan		
3	Saya mempunyai harapan/tujuan hidup		
4	Saya sulit untuk memusatkan perhatian (konsentrasi)		
5	Saya merasa puas terhadap kehidupan saya		
6	Saya sulit mengambil keputusan		
7	Saya merasa tidak aman dekat dengan orang lain		
8	Saya merasa orang lain dapat menerima pendapat saya		
9	Saya merasa kesepian		
10	Saya mudah putus asa		
11	Saya merasa orang lain menganggap rendah terhadap saya		
12	Saya merasa percaya diri		
13	Saya merasa orang lain tidak mendengarkan saya		
14	Saya dapat menerima keadaan diri saya apa adanya		
15	Saya merasa malu saat bercakap-cakap dengan orang lain		
16	Saya mengajak teman untuk bicara saat saya bingung		
17	Saya sulit menyesuaikan diri dengan lingkungan		

## KUESIONER C

### KEMAMPUAN PSIKOMOTOR KLIEN ISOLASI SOSIAL DI BLU RS DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

**Petunjuk pengisian :**

3. Berilah tanda *ceck list* (√) pada pilihan jawaban sesuai dengan pendapat bapak/ibu/saudara/i
4. Jika jawaban bapak/ibu/saudara/i adalah :
  - Tidak pernah memikirkan/melakukan, maka isilah pada kolom **Tidak pernah**
  - Jarang memikirkan/melakukan, maka isilah pada kolom **Kadang-kadang**
  - Pernah melakukan/melakukan 2-5 kali per minggu, maka isilah pada kolom **Sering**
  - Selalu memikirkan/melakukan lebih dari 5 kali per minggu, maka isilah pada kolom **Selalu**
5. Semua pernyataan harap dijawab dengan **jujur**

No	Penyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Saya suka menyendiri				
2	Saya malas berbicara dengan orang lain				
3	Saya bercerita/mengungkapkan perasaan dengan teman saya				
4	Saya menatap muka lawan bicara saya				
5	Saya malas melakukan kegiatan sehari-hari				
6	Saya mengerjakan tugas yang diberikan dengan sungguh-sungguh				

No	Penyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
7	Saat bercakap-cakap saya lebih banyak menjadi pendengar				
8	Saya tersenyum saat bertemu dengan orang lain				
9	Saya menolong teman yang kesulitan				
10	Saya mengajak teman-teman di ruangan untuk melakukan pekerjaan sehari-hari. Contoh : merapikan tempat tidur, mencuci piring, dll				
11	Saya mengucapkan terima kasih kepada orang lain yang telah membantu saya				
12	Saya meminta maaf jika melakukan kesalahan				
13	Saya meminta bantuan teman jika saya perlu pertolongan				
14	Saya memendam rasa kesal/jengkel kepada orang lain				
15	Saya sulit memaafkan orang lain				
16	Saya memperkenalkan diri pada orang lain yang belum saya kenal				
17	Saya menyampaikan pendapat saya tanpa ragu-ragu				
18	Saya mengikuti kegiatan-kegiatan di ruangan. Contoh : senam, jalan pagi, TAK				
19	Saya merasa segan untuk mengajak orang lain berbincang-bincang				
20	Saya merasa sulit untuk membina hubungan dengan orang lain				
21	Saya menerima saran atau kritik dari				

No	Penyataan	Tidak pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
	orang lain				
22	Saya memberikan pujian kepada orang yang berbuat baik				
23	Saya takut untuk menatap lawan bicara saya				
24	Saya melawan pikiran kurang baik yang muncul dan mengganggu saya				





Lampiran 7

**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 *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)* Pada Klien Isolasi Sosial di RS Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor.**

Nama peneliti utama : **Jumaini**

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

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 27 April 2010

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

### KETERANGAN LOLOS *EXPERT VALIDITY*

Tim *Expert Validity* Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah mengkaji dengan teliti modul :

#### *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)*

##### **Pada Klien Isolasi Sosial**

yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)* Pada Klien Isolasi Sosial di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor.

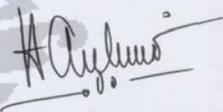
Nama peneliti utama : **Jumaini**  
Nama Institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan – Universitas  
Indonesia**

Dan telah menyetujui penggunaan modul tersebut.

Ketua tim,

  
Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.App.Sc.

Jakarta, April 2010  
*Expert Validity,*

  
Novy Helena C.D., S.Kp., M.Sc.

### KETERANGAN LOLOS UJI KOMPETENSI

Tim Penguji Kompetensi Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan jiwa, telah melakukan uji kompetensi pada :

Nama : **Jumaini**

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

dan telah dinyatakan :

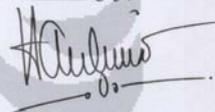
**LULUS**

untuk melaksanakan *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)* Pada Klien Isolasi Sosial dalam penelitian yang berjudul Pengaruh *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)* Pada Klien Isolasi Sosial di RS. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor.

Ketua tim penguji,

  
Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.AppSc.

Depok, 10 Mei 2010  
Penguji,

  
Novy Helena C.D., S.Kp., MSc.



Lampiran 10

**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 : 390 /H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010 3 Februari 2010  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan meninjau

Yth. Direktur  
RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi  
Bogor  
Jawa Barat

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

**Sdr. Jumaini**  
**0806446416**

Bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa *meninjau* untuk mencari data awal di RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

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

Wakil Dekan,

**Dra. Junaiti Sahar, SKp., M.App.Sc., Ph.D.**  
NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth.:

1. Direktur SDM dan Pendidikan RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi
2. Ka. Diklat. RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi
3. Ka. Bid. Keperawatan RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi
4. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
5. Sekretaris FIK-UI
6. Manajer Pendidikan FIK-UI
7. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
8. Koordinator M.A. "Tesis"
9. Peringgal

**RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**  
DIREKTORAT SUMBER DAYA MANUSIA DAN PENDIDIKAN  
BAGIAN PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

Jl. Dr. Sumeru No.114 Bogor 16111

Telp. 0251 – 8324024/8324026

Nomor : DL.02.03.047  
Lampiran: -  
Perihal : Surat Pemberitahuan ke Ruangan

Bogor, 18 Maret 2010

Kepada

Yth. ....

Pada RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

Di

Tempat

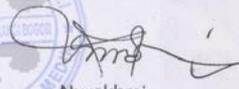
Sehubungan dengan adanya kegiatan mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia (FIK - UI) yang akan meninjau untuk mencari data awal di BLU RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor pada bulan Maret 2010 atas:

1. Nama : Jumaini  
NIM : 0806446416
2. Nama : Dewi Eka Putri  
NIM : 0806469565

Tempat / ruangan yang akan dipergunakan adalah ruangan rawat inap psikiatri, untuk itu kami mohon kerjasamanya dalam memfasilitasi kegiatan tersebut.

Demikian surat pemberitahuan disampaikan. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

An. Ka. Sub. Bag. Diklit Tenaga  
Keperawatan dan non Medik  
Koodinator Kurikulum Keperawatan,

  
Nurokhmi

NIP. 19621002198202001



Lampiran 12

**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 : 1432A/H2.F12.D/PDP.04.02:Tesis/2010 20 April 2010  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian dan uji instrumen penelitian

Yth. Direktur  
RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi  
Bogor  
Jawa Barat

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

**Jumaini**  
0806446416

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Pengaruh Cognitive behavioral social Skills training (CBST) Pada Klien Isolasi Sosial Di RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji instrumen penelitian di RS. Dr. H. Marzoeqi Mahdi - Bogor.

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

Dekan

  
Dewi Irawaty, MA., Ph.D.

NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

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



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL BINA PELAYANAN MEDIK  
RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR

Lampiran 13



Jl. Dr. Sumeru No. 114 Bogor 16111, PO.Box.178

Telp. (0251) 8324026 Fax : 8324025

Nomor : DL.02.04. 2023  
Lampiran : -  
Perihal : Jawaban permohonan ijin penelitian  
dan uji instrumen penelitian

6 Mei 2010

Yth. Dekan

Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia

Di

Tempat

Dengan hormat,

Menjawab surat Saudara, Nomor : 14824/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010, Perihal: Pemohonan ijin penelitian dan uji instrumen penelitian mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) di BLU RS. Dr. H. Marzoeeki Mahdi atas:

Nama : Jumaini  
NIM : 0806446416  
Judul : Pengaruh Kognitif Behavioral Social Skill Training (CBST) pada Klien Isolasi Sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor

dengan ini kami sampaikan persetujuan bagi Mahasiswa Saudara untuk melakukan kegiatan tersebut di BLU Rumah Sakit Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor.

Demikian penyampaian dari kami. Atas perhatian Saudara diucapkan terima kasih.

Direktur Utama  
BLU RS. Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor,



Dr. Hj. Irwani Muthalib, Sp.KJ.  
NIP. 195109021976122001



**RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**  
DIREKTORAT SUMBER DAYA MANUSIA DAN PENDIDIKAN  
BAGIAN PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

Jl. Dr. Sumeru No.114 Bogor 16111

Telp. 0251 – 8324024/8324026

Nomor : DL.02.04.088

Bogor, 6 Mei 2010

Lampiran: -

Perihal : Pemberitahuan Uji Instrumen Penelitian

Kepada

Yth. ....

Pada RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor  
Di

Tempat

Sehubungan dengan adanya kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) yang akan melaksanakan Uji Instrumen Penelitian di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada tanggal 7 Mei s.d 21 Mei 2010 atas:

Nama : Jumaini  
NIM : 0806446416  
Judul : Pengaruh Kognitif Behavioral Social Skill Training (CBST) pada Klien Isolasi Sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Maka bersama ini kami mohon bantuan Saudara/i dalam pelaksanaan kegiatan tersebut. Keterangan Lolos Kaji Etik (terlampir)

Demikian surat pemberitahuan ini disampaikan. Atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Bagian Pendidikan dan Penelitian

Erwanto Budi Winulyo, C.S. Sp.PD.  
NIP. 196209041989011002

Tembusan :

1. Kepala Bidang Perawatan
2. Arsip



**RUMAH SAKIT Dr. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR**  
DIREKTORAT SUMBER DAYA MANUSIA DAN PENDIDIKAN  
BAGIAN PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

Lampiran 15

Jl. Dr. Sumeru No.114 Bogor 16111

Telp. 0251 – 8324024/8324026

Nomor : DL.02.04.91  
Lampiran: -  
Perihal : Pengambilan Data

Bogor, 17 Mei 2010

Kepada

Yth. ....

Pada RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

Di

Tempat

Sehubungan dengan adanya kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI) yang akan melaksanakan pengambilan data di BLU RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor pada bulan Mei - Juni 2010 atas:

Nama : Jumaini  
NIM : 0806446416  
Judul : Pengaruh Kognitif Behavioral Social Skill Training (CBST) pada Klien Isolasi Sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor

Tempat penelitian :

1. Ruang Arimbi
2. Ruang Utari
3. Ruang Bratasena
4. Ruang Antareja

Maka bersama ini kami mohon bantuan Saudara/i dalam pelaksanaan kegiatan tersebut. Keterangan Lolos Kaji Etik (terlampir)

Demikian surat pemberitahuan ini disampaikan. Atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ka. Sub. Bag. Diklit Tenaga Keperawatan dan Non Medik,

Akemat, SKp, M. Kes  
NIP. 196810281994031005

Tembusan :  
1. Kepala Bidang Perawatan  
2. Arsip

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### **Biodata**

Nama : Jumaini  
Tempat/Tanggal Lahir : Sei-Sagu, 15 April 1978  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Staf Pengajar Keperawatan Jiwa PSIK F-MIPA  
Universitas Riau  
Alamat Instansi : Jl. Diponegoro No. 8 Pekanbaru  
Alamat rumah : Perum Villa Fajar Indah II Blok C No. 6 Sail  
Tenayan Raya Pekanbaru

### **Riwayat Pendidikan**

PSIK FK UGM : Lulus Tahun 2003  
DIII Keperawatan Depkes Yogyakarta : Lulus tahun 1999  
SMA Muhammadiyah Yogyakarta : Lulus Tahun 1996  
SMP N 1 Lirik Inhu Riau : Lulus Tahun 1993  
SD N 049 Sei-Sagu Lirik Inhu Riau : Lulus Tahun 1990

### **Riwayat Pekerjaan**

Staf Pengajar PSIK F-MIPA Universitas Riau : tahun 2008 – sekarang  
Staf Pengajar AKPER Muhammadiyah Pekanbaru : tahun 2007 - 2008  
Staf Pengajar STIKES Al-Irsyad Cilacap : tahun 2003 – 2006  
Perawat Pelaksana RSUP dr. Sardjito Yogyakarta : tahun 1999 - 2000

**Jadwal Pelaksanaan Terapi *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST)  
 Pada Penelitian Pengaruh CBSST Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Klien Isolasi Sosial  
 di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Tahun 2010**

Kelompok	Kegiatan/hari ke-													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>Periode I</b>														
1	<i>Pre-test</i>	<i>Pre-test</i>	S1	U1	S2	S3	U3	S4	U4	S5	U5	S6	<i>Pot-test</i>	<i>Pot-test</i>
2	<i>Pre-test</i>	<i>Pre-test</i>	S1	U1	S2	S3	U3	S4	U4	S5	U5	S6	<i>Pot-test</i>	<i>Pot-test</i>
3	<i>Pre-test</i>	<i>Pre-test</i>	S1	U1	S2	S3	U3	S4	U4	S5	U5	S6	<i>Pot-test</i>	<i>Pot-test</i>
<b>Periode II</b>														
4	<i>Pre-test</i>	<i>Pre-test</i>	S1	U1	S2	S3	U3	S4	U4	S5	U5	S6	<i>Pot-test</i>	<i>Pot-test</i>
5	<i>Pre-test</i>	<i>Pre-test</i>	S1	U1	S2	S3	U3	S4	U4	S5	U5	S6	<i>Pot-test</i>	<i>Pot-test</i>
6	<i>Pre-test</i>	<i>Pre-test</i>	S1	U1	S2	S3	U3	S4	U4	S5	U5	S6	<i>Pot-test</i>	<i>Pot-test</i>

Keterangan :

S1 : Sesi 1

U1 : Ulang sesi 1

S2 : Sesi 2

S3 : Sesi 3

U3 : Ulang sesi 3

S4 : Sesi 4

U4 : Ulang sesi 4

S5 : Sesi 5

U5 : Ulang sesi 5

S6 : Sesi 6

**Jadwal Penelitian Pengaruh *Cognitif Behavioral Social Skills Training* (CBSST)  
Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Klien Isolasi di BLU RS Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor  
Tahun 2010**

No	Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyelesaian proposal	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√														
2	Ujian proposal											√													
1	Revisi proposal											√	√												
2	Ujian <i>expert validity</i>												√												
3	Ujian Kompetensi CBSST													√											
4	Pengurusan izin penelitian											√	√												
5	Uji coba instrumen													√	√										
6	Pengambilan data/ intervensi															√	√	√	√						
7	Analisis data																			√	√	√			
8	Ujian hasil penelitian																						√		
9	Perbaikan hasil penelitian																					√	√		
10	Sidang tesis																					√			
11	Perbaikan hasil sidang tesis																					√	√		
12	Pengumpulan tesis																					√	√		



**Universitas Indonesia**

**MODUL**

***COGNITIVE BEHAVIORAL SOCIAL SKILLS TRAINING***  
**(CBSST) PADA KLIEN ISOLASI SOSIAL**

Oleh:

**Ns. Jumaini, S.Kep**

**Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.App.Sc**

**Novy Helena, C.D, S.Kp, M.Sc**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN**  
**KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**TAHUN 2010**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan “**Modul *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)***”. Modul ini disusun dalam rangka pelaksanaan penelitian (Tesis) yaitu Pengaruh *cognitive behavioral social skills training (CBSST)* terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeke Mahdi Bogor tahun 2010.

Penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dan dukungan dari beberapa pihak terutama :

1. Ibu Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc, selaku Pembimbing I yang telah membimbing peneliti dengan sabar, tekun, bijaksana dan cermat memberikan masukan dan motivasi dalam penyusunan modul ini
2. Ibu Novy Helena, C.D., S.Kp, M.Sc, selaku Co Pembimbing yang memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyusunan modul ini.

Untuk itu perkenankanlah penulis mengucapkan rasa hormat dan terimakasih yang setulusnya kepada beliau dan semua pihak yang turut memperlancar penyusunan modul ini.

Modul ini masih perlu banyak penyempurnaan, untuk itu saran dan kritik yang membangun dari pembaca sangat penulis harapkan demi kesempurnaan modul ini. Semoga modul ini dapat bermanfaat memberi arah dalam penerapan *cognitive behavioral social skills training (CBSST)* untuk meningkatkan kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial.

Depok, April 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI .....	ii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	3
<b>BAB II PROSES PELAKSANAAN <i>COGNITIVE BEHAVIORAL</i></b>	
<b><i>SOCIAL SKILLS TRAINING (CBSST)</i> .....</b>	<b>4</b>
A. Pengertian .....	4
B. Tujuan .....	6
C. Indikasi.....	7
D. Karakteristik Pasien.....	7
E. Kriteria Terapis .....	8
F. Peran Terapis.....	9
G. Strategi Pelaksanaan .....	9
<b>BAB III IMPLEMENTASI <i>COGNITIVE BEHAVIORAL SOCIAL</i></b>	
<b><i>SKILLS TRAINING (CBSST)</i> .....</b>	<b>13</b>
Sesi I.....	13
Sesi II .....	17
Sesi III.....	21
Sesi IV .....	27
Sesi V.....	34
Sesi VI .....	41
<b>BAB IV PENUTUP.....</b>	<b>47</b>

## DAFTAR PUSTAKA

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Isolasi sosial atau menarik diri adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain (NANDA, 2007). Menarik diri merupakan suatu usaha untuk menghindari interaksi dengan orang lain, melalui perilaku menghindari untuk menjalin hubungan dengan orang lain (Rawlin's & Heacock, 1993). 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 menghindar 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 pikiran-pikiran negatif serta pengalaman-pengalaman yang tidak menyenangkan sebagai ancaman terhadap individu.

Individu dengan isolasi sosial 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). Menurut Rawlin's dan Heacock (1993) perilaku yang muncul pada klien menarik diri antara lain merasa kesepian, cemas, ketakutan, cepat lelah, lesu, regresi, miskin pikir, harga diri rendah, apatis, tergantung pada orang lain, dan berkeinginan untuk mati. Dapat disimpulkan beberapa perilaku yang sering ditampilkan klien isolasi adalah tidak/jarang berkomunikasi, tidak/jarang kontak mata, menolak berhubungan dengan orang lain, sedih, berdiam diri, dan tidak/malas melakukan kegiatan sehari-hari.

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan kepada klien isolasi sosial adalah terapi generalis dan terapi spesialis (terapi psikososial/psikoterapi) yang ditujukan kepada klien sebagai individu, kelompok klien, dan keluarga klien, serta komunitas

di sekitar klien. Psikoterapi individu meliputi : terapi kognitif, terapi perilaku, *cognitive behaviour therapy*, dan *social skills training*; terapi keluarga meliputi : *triangle therapy*, *family psychoeducation*; terapi kelompok meliputi : terapi aktivitas kelompok, *logotherapy*, terapi suportif, *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)*; dan terapi komunitas : *Assertive Community Treatment (ACT)*.

*Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)* adalah psikoterapi kelompok yang merupakan kombinasi antara *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* dan *Social Skills Training (SST)* yang melatih teknik koping, ketrampilan fungsi sosial, *problem-solving*, dan penanganan gangguan neurokognitif (Granholm dkk, 2005). Granholm dkk, (2005) melakukan penelitian dengan membandingkan kemampuan kelompok klien yang hanya diberikan intervensi standar/generalis dengan kelompok klien yang diberikan intervensi standar/generalis ditambah dengan CBSST. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok yang diberikan CBSST memiliki fungsi sosial lebih baik daripada kelompok yang tidak mendapatkan CBSST dan klien yang mendapatkan CBSST memiliki kognitif yang lebih baik yang dibuktikan dengan kemampuan menilai gejala-gejala yang muncul lebih objektif dan lebih mampu mengatasinya. Granholm, dkk (2006) juga memberikan CBSST pada klien skizofrenia usia 26-55 tahun dengan hasil terjadi peningkatan ketrampilan fungsi sosial dan fungsi kognitif.

Menurut Granholm, dkk, (2004) pendekatan kelompok yang digunakan dalam CBSST memiliki keuntungan, yaitu biaya lebih murah dan efektif karena lebih banyak klien dapat tertangani oleh seorang terapis, adanya interaksi dalam kelompok memungkinkan anggota kelompok saling memberikan dukungan untuk merubah dan meningkatkan ketrampilan kemampuan yang diharapkan, terciptanya lingkungan atau tempat yang aman dan mendukung untuk latihan ketrampilan komunikasi interpersonal, memungkinkan klien tetap saling menjaga hubungan atau kontak sosial diluar kegiatan kelompok, klien merasa tidak sendiri dalam menghadapi masalahnya, serta masing-masing klien dapat saling memberi contoh dan berbagi pengalaman.

Berdasarkan uraian di atas, CBSST merupakan salah satu terapi psikososial yang dapat meningkatkan fungsi kognitif dan sosial, sehingga terapi ini dapat diterapkan pada klien dengan isolasi sosial. Perawat seyogyanya dapat menjadikan CBSST ini sebagai modal dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan jiwa khususnya pada klien dengan isolasi sosial.

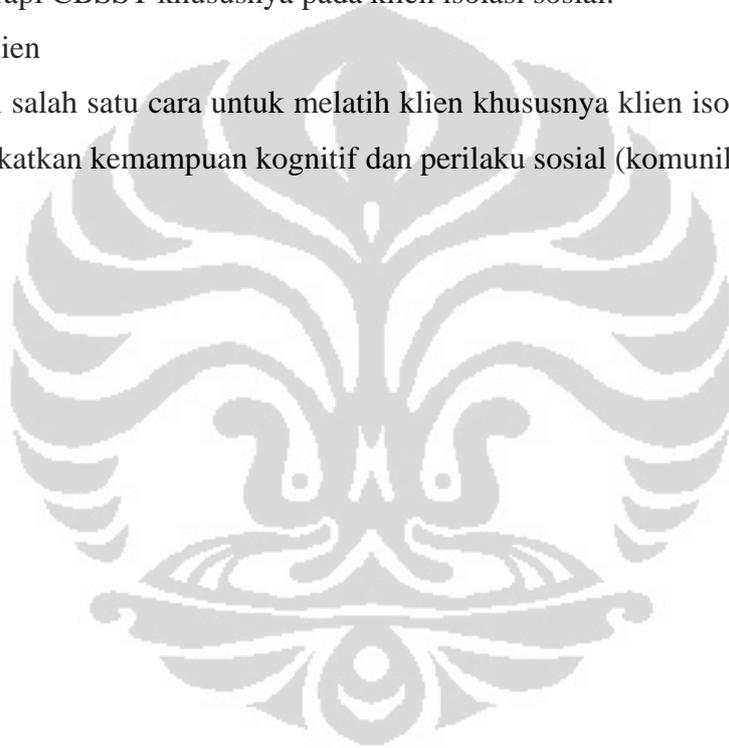
## B. Tujuan

### 1. Bagi Perawat

Sebagai panduan atau pedoman yang mempermudah perawat dalam memberikan psikoterapi CBSST khususnya pada klien isolasi sosial.

### 2. Bagi Klien

Sebagai salah satu cara untuk melatih klien khususnya klien isolasi sosial dalam meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku sosial (komunikasi).



## **BAB II**

### **PROSES PELAKSANAAN *COGNITIVE BEHAVIORAL SOCIAL SKILLS TRAINING (CBSST)***

#### **A. Pengertian**

CBSST adalah group psikoterapi yang merupakan kombinasi *Cognitive Behavioral Therapy (CBT)* dan *Social Skills Training (SST)* untuk meningkatkan fungsi kognitif (proses kognitif) dan ketrampilan fungsi sosial pada klien skizofrenia. CBSST dikembangkan oleh McQuaid, dkk melalui pilot studi dan studi kasus pada tahun 1999 dengan 10 (sepuluh) orang responden usia 45 tahun keatas yang didaftarkan di pusat penelitian intervensi (*Interventions Research Center/IRC*) San Diego, California (McQuaid, dkk, 2000).

Pada akhir pilot studi responden menyatakan latihan/ketrampilan yang diberikan tepat dan mudah diikuti, partisipan mendapatkan pengetahuan dan pemahaman yang mendalam tentang masalah gangguan jiwa yang sangat berguna bagi responden, dan responden merasa sangat senang mendengarkan *sharing* antar anggota dalam kelompok. Sedangkan pada studi kasus, setelah mengikuti CBSST responden menyatakan dapat berkomunikasi secara asertif dengan keluarga dan dapat berkomunikasi dengan lebih baik kepada semua orang (McQuaid, dkk, 2000).

CBT secara umum merupakan kombinasi dua jenis terapi yaitu terapi kognitif yang membantu pada proses pikir seperti pikiran, sikap, dan keyakinan yang tidak diinginkan (disebut proses kognitif) dan terapi perilaku yang berfokus pada perilaku sebagai respon dari pikiran (BUPA's, 2007). SST berhubungan dengan intervensi perilaku pada klien skizofrenia khususnya ketrampilan fungsi sosial, hubungan interpersonal, manajemen simptom, dan ketrampilan *problem solving* (McQuaid, dkk, 2000).

Berdasarkan Model Stres Adaptasi Stuart, pada klien isolasi sosial memiliki riwayat terjadi kegagalan secara terus menerus dalam menghadapi stresor dan penolakan dari lingkungan yang mengakibatkan individu tidak mampu berfikir secara logis,

merasa bahwa dirinya tidak mampu atau merasa gagal menjalankan fungsi dan perannya sesuai tahap tumbuh kembang. Kegagalan menghadapi stresor dan menjalankan peran dan fungsi ini menyebabkan harga diri rendah sehingga individu merasa tidak berguna, malu, dan tidak percaya diri. Pikiran tidak logis ini akan berpengaruh terhadap perilaku yang ditunjukkan oleh individu, yaitu berupa perilaku isolasi sosial.

Beck dalam Oemarjoedi (2003) meyakinkan bahwa klien yang memiliki kesulitan berfikir logis menimbulkan gangguan pada kapasitas pemahamannya yang disebut sebagai distorsi kognitif, antara lain :

1. Mudah membuat kesimpulan tanpa data yang mendukung, cenderung berfikir secara “catastrophic” atau berpikir seburuk-buruknya.

Contoh : Seorang pria yang mengalami kegagalan dalam hubungan perkawinannya menjadi enggan untuk membina hubungan baru karena yakin akan gagal lagi.

2. Memiliki pemahaman yang selektif, membatasi kesimpulan berdasarkan hal-hal yang terbatas.

Contoh : Seorang wanita menentukan criteria yang terlalu tinggi untuk memilih calon suami, berakibat kepada sulitnya criteria tersebut terpenuhi, lalu menyimpulkan bahwa ia tidak layak untuk bersuami.

3. Mudah melakukan generalisasi, sebagai proses meyakini suatu kejadian untuk diterapkan secara tidak tepat pada situasi lain.

Contoh : pengalaman anak yang memiliki ayah berselingkuh menumbuhkan keyakinan bahwa semua laki-laki suka berselingkuh.

4. Kecenderungan memperbesar dan memperkecil masalah, membuat klien tidak mampu menilai masalah secara objektif.

Contoh : Kegagalan kecil dianggap sebagai akhir dari segala-galanya.

5. Personalisasi, membuat klien cenderung menghubungkan antara kejadian eksternal dengan diri sendiri dan menyalahkan diri sendiri.

Contoh : Ketika klien tidak datang kembali untuk sesi konselingnya, terapis meyakini bahwa hal itu disebabkan karena kegagalan dalam memberikan konseling.

6. Pemberian label atau kesalahan memberi label, menentukan identitas diri berdasarkan kegagalan atau kesalahan.

Contoh : Kegagalan untuk diterima bekerja membuat seseorang dengan distorsi kognitif menilai bahwa dirinya tidak berharga.

7. Pola pemikiran yang terpolarisasi, kecenderungan untuk berpikir dan menginterpretasikan segala sesuatu dalam bentuk “*all-or-nothing*” (semua atau tidak sama sekali).

CBSST dilakukan dengan menggunakan pendekatan kelompok, dimana besar anggota tiap kelompok pada CBSST maksimal 8 (delapan) orang (Granholm, dkk, 2004). Menurut Stuart dan Laraia (2005) jumlah anggota kelompok yang kecil adalah 7-10 orang. Jumlah anggota kelompok yang nyaman adalah kelompok kecil yang anggotanya berkisar antara 5-12 orang (Keliat & Akemat, 2005). Jika anggota kelompok terlalu besar akibatnya tidak semua anggota mendapat kesempatan mengungkapkan perasaan, pendapat dan pengalamannya, namun jika terlalu kecil, tidak cukup variasi informasi dan interaksi yang terjadi.

## **B. Tujuan**

CBSST bertujuan untuk meningkatkan fungsi dan kualitas hidup klien skizofrenia (McQuaid, dkk, 2000). CBSST melatih teknik coping kognitif dan perilaku, ketrampilan fungsi sosial, *problem-solving*, dan mengatasi gangguan neurokognitif. Ketrampilan *problem-solving* merupakan rangkaian kegiatan CBT yang menekankan pada pemahaman dan mengatasi masalah yang dihadapi sehari-hari, seperti masalah impersonal (masalah keuangan, transportasi), masalah personal/intrapersonal (kognitif, emosi, perilaku), dan masalah interpersonal (konflik dalam berhubungan dengan orang lain). Pada modul ini CBSST bertujuan untuk meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku sosial pada klien isolasi sosial.

## **C. Indikasi**

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa CBSST merupakan salah satu intervensi dalam bentuk kelompok untuk meningkatkan fungsi kognitif dan ketrampilan sosial

klien skizofrenia. McQuaid, dkk (2000) melakukan pilot studi dan studi kasus pada klien skizofrenia yang mengalami masalah komunikasi akibat isolasi sosial, halusinasi, dan waham curiga serta studi kasus terhadap klien skizofrenia kelompok usia menengah dan usia lanjut. Hasilnya terjadi peningkatan kemampuan kognitif dan ketrampilan sosial serta ketrampilan coping pada klien skizofrenia.

Granholm (2005) juga memaparkan hasil penelitian tentang pengaruh CBSST terhadap peningkatan fungsi sosial pada klien skizofrenia usia 18 tahun ke atas dengan membandingkan kelompok klien dengan terapi standar ditambah dengan CBSST dan kelompok klien dengan terapi standar ditambah dengan *supportive contact* (SC). Granholm, Ben-zeev, dan Link, (2009) juga melakukan penelitian tentang pengaruh grup CBSST terhadap perilaku *social disinterest* dan hasilnya menunjukkan terjadi penurunan perilaku *social disinterest* secara signifikan. Friedberg (2003) dalam penelitiannya tentang *cognitive behavioral skills training group* pada anak usia sekolah yang mengalami gejala ansietas dan depresi mendapatkan hasil terjadi penurunan gejala ansietas dan depresi secara bermakna.

Berdasarkan beberapa hasil penelitian di atas, maka indikasi CBSST adalah klien isolasi sosial, halusinasi, waham curiga, ansietas, dan gangguan komunikasi. Pada modul ini disusun pedoman pelaksanaan CBSST pada klien isolasi sosial.

#### **D. Karakteristik Pasien**

Pasien yang dapat diberikan CBSST adalah pasien dengan diagnosa keperawatan isolasi sosial dengan karakteristik sebagai berikut :

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

## **E. 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 mudah 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 suatu 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.

Menurut Fortinash dan Worret (2004); Wheeler (2008) terapi psikososial dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu, seperti psikiater, psikolog, pekerja sosial psikiatri, perawat spesialis psikiatri, konsultan spesialis anak dan keluarga yang semuanya telah menempuh pendidikan level master atau doktoral. Selain persyaratan jenjang pendidikan, terapis pada psikoterapi juga mengikuti program pelatihan-pelatihan psikoterapi untuk mendapatkan lisensi (surat izin). Menurut Wheeler (2008) pendidikan perawat spesialis kesehatan jiwa untuk dapat menjadi terapis pada terapi psikososial adalah level master atau doktor dan tersertifikasi serta memiliki lisensi.

## **F. Peran Terapis**

1. Membantu klien mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang dialami klien dan perilaku negatif (isolasi sosial) sebagai akibat pikiran otomatis negatif.
2. Membantu klien mengidentifikasi pikiran untuk melawan/memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif klien.
3. Mendemonstrasikan ketrampilan perilaku baru (latihan komunikasi) untuk mengganti perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif.
4. Memberi kesempatan pada klien untuk mendemonstrasikan kembali ketrampilan perilaku yang dilatih bersama klien lain dalam kelompok
5. Memberikan umpan balik terhadap perilaku baru yang didemonstrasikan oleh klien
6. Memfasilitasi klien untuk mengungkapkan perasaan dan pendapatnya tentang manfaat latihan yang telah dilakukan.

## **G. Strategi Pelaksanaan**

CBSST diberikan secara berkelompok dengan jumlah klien 5-6 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).

Modul CBSST ini terdiri dari 2 (dua) bagian, dimana bagian 1 (satu) berfokus pada *cognitive behavioral skills* yang terdiri dari 2 (dua) sesi dan bagian 2 (dua) berfokus pada SST yang terdiri dari 3 (tiga) sesi, serta 1 (satu) sesi untuk evaluasi manfaat latihan, sehingga total menjadi 6 (enam) sesi. Pada setiap sesi klien menggunakan catatan atau buku kerja untuk keberlangsungan latihan yang diberikan pada klien. Pada sesi 1-2 klien diarahkan untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif khususnya perilaku yang berhubungan dengan interaksi sosial. Selanjutnya klien dilatih

mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan atau memberi tanggapan terhadap pikiran otomatis negatif.

Pada sesi 3-5 klien akan diberikan latihan untuk merubah perilaku isolasi social dengan meningkatkan ketrampilan komunikasi dan interaksi sosial. Pelaksanaan sesi 3-5 dengan menggunakan 4 (empat) metoda pada SST yaitu 1) *modeling*, adalah terapis melakukan demonstrasi tindakan ketrampilan yang akan dilakukan; 2) *role-playing*, yaitu tahap bermain peran, dimana klien mendapat kesempatan untuk memerankan kemampuan/ketrampilan yang telah dilakukan/diperankan oleh terapis; 3) *performance feedback*, yaitu tahap pemberian umpan balik. Umpan balik harus diberikan segera setelah klien mencoba memerankan seberapa baik menjalankan latihan; dan 4) *transfer training*, yakni tahap pemindahan ketrampilan yang diperoleh klien ke dalam praktik sehari-hari. Pada sesi 6 (enam) klien akan dilatih mengungkapkan pendapatnya tentang manfaat latihan kognitif dan perilaku : komunikasi.

Berikut ini sesi-sesi pelaksanaan CBSST :

***Sesi 1 : Orientasi kelompok, pengkajian dan formulasi masalah.***

Identifikasi pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif khususnya perilaku isolasi sosial, berdiskusi untuk 1 (satu) pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu, melawan 1 (satu) pikiran negatif yang paling mengganggu dengan menggunakan pikiran rasional dan membuat catatan pada buku kerja klien.

***Sesi 2 : Melatih memberi tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif.***

Evaluasi sesi 1, memilih pikiran otomatis negatif kedua, mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif kedua dan latihan melawan pikiran negatif kedua dengan menggunakan pikiran rasional.

***Sesi 3 : Melatih ketrampilan merubah perilaku negatif***

Evaluasi sesi 1 dan 2, memilih perilaku baru untuk dilatih yaitu komunikasi dasar (verbal dan non verbal). Komunikasi verbal meliputi mengucapkan salam,

memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya untuk klarifikasi. Komunikasi non verbal (bahasa tubuh) meliputi kontak mata, tersenyum, berjabat tangan, duduk tegak/posisi tubuh saat berkomunikasi.

***Sesi 4 : Melatih komunikasi untuk menjalin persahabatan***

Evaluasi sesi 1-3, melatih kemampuan komunikasi dalam menjalin persahabatan, meliputi : komunikasi untuk meminta dan memberikan pertolongan kepada orang lain, komunikasi saat menerima dan memberikan pujian kepada orang lain.

***Sesi 5: Melatih komunikasi untuk mengatasi situasi sulit***

Evaluasi sesi 1-4, melatih kemampuan komunikasi dalam situasi sulit, meliputi: komunikasi saat menerima dan memberikan kritik kepada orang lain, komunikasi untuk menyampaikan penolakan dan menerima penolakan dari orang lain, serta komunikasi saat menerima dan memberikan maaf kepada orang lain.

***Sesi 6: Melakukan evaluasi manfaat latihan kognitif dan perilaku/ psikomotor : komunikasi***

Evaluasi sesi 1-5, melatih kemampuan klien mengemukakan pendapat tentang manfaat kegiatan yang telah dilakukan yaitu latihan kognitif dan perilaku/ psikomotor : komunikasi.

**H. Waktu Pelaksanaan**

Pelaksanaan CBSST untuk setiap sesi membutuhkan waktu 60 menit dan masing-masing sesi dilakukan sebanyak 2 (dua) kali. Dalam proses pemberian CBSST, terapis mengamati kemampuan klien dalam pembuatan catatan harian secara mandiri melalui buku catatan harian/buku kerja klien. Terapis juga mencatat hasil evaluasi pelaksanaan terapi pada buku kerja terapis.

**I. Tempat Pelaksanaan**

Pelaksanaan CBSST ini membutuhkan ruangan yang kondusif (tidak berisik) untuk mencapai keefektifan terapi dan tetap menjaga privasi klien.

**BAB III**  
**IMPLEMENTASI *COGNITIVE BEHAVIORAL***  
***SOCIAL SKILLS TRAINING (CBSST)***

Pada bab ini akan dijelaskan aplikasi dan strategi pelaksanaan CBSST pada masing-masing sesi dan bagaimana melakukannya.

***Sesi 1 : Orientasi kelompok, pengkajian dan formulasi masalah***

**Tujuan**

Klien mampu :

1. Mengidentifikasi pikiran otomatis negatif tentang diri klien.
2. Mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif
3. Memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu
4. Mengidentifikasi pikiran untuk melawan pikiran negatif secara rasional
5. Melawan pikiran negatif yang paling mengganggu secara rasional

**Setting**

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
2. Ruangan nyaman dan tenang

**Alat**

1. Format evaluasi proses (buku kerja terapis)
2. Format jadwal kegiatan harian
3. Buku kerja klien
4. Alat tulis

**Metode**

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab

**Langkah-langkah kegiatan**

**A. Persiapan**

1. Melakukan seleksi klien

2. Membuat kontrak dengan klien bahwa terapi akan dilaksanakan secara berkelompok dalam 6 (enam) sesi, dimana setiap sesi dilakukan 2 (dua) kali dan waktu pelaksanaan masing-masing sesi selama  $\pm$  60 menit.
3. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

## **B. Pelaksanaan**

1. Orientasi
  - a. Salam terapeutik
    - 1) Salam dari terapis
    - 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis
    - 3) Mempersilahkan klien menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan secara bergiliran (masing-masing klien memakai papan nama)
  - b. Evaluasi/validasi : menanyakan perasaan klien saat ini
  - c. Kontrak :
    - 1) Menyepakati pelaksanaan CBSST sebanyak 12 (dua belas) kali pertemuan.
    - 2) Menyepakati sesi 1 yaitu orientasi kelompok, pengkajian, dan formulasi masalah
    - 3) Menjelaskan tujuan pertemuan/sesi 1 :
      - a) Klien mampu mengidentifikasi pikiran otomatis negatif tentang diri klien.
      - b) Klien mampu mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif
      - c) Klien mampu memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu
      - d) Klien mampu mengidentifikasi pikiran untuk melawan pikiran negatif secara rasional
      - e) Klien mampu melawan pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu secara rasional
    - 4) Terapis menjelaskan tata tertib sebagai berikut :
      - a) Lama kegiatan  $\pm$  60 menit.
      - b) Setiap klien mengikuti kegiatan dari awal sampai selesai

- c) Jika ada klien yang akan meninggalkan kelompok harus meminta izin kepada terapis

## 2. Tahap kerja

- a. Terapis meminta setiap klien menuliskan pikiran otomatis negatif yang mengganggu di buku kerja sambil diarahkan cara penulisannya (halaman 1)
- b. Terapis meminta klien secara bergantian untuk menyebutkan pikiran otomatis negatif yang telah dicatat hingga seluruh klien
- c. Terapis meminta setiap klien menuliskan perilaku negatif akibat pikiran negatif di buku kerja sambil diarahkan cara penulisannya (halaman 1)
- d. Terapis meminta klien secara bergantian untuk menyebutkan perilaku negatif akibat pikiran negatif hingga seluruh klien
- e. Terapis meminta masing-masing klien untuk memilih satu pikiran otomatis negatif yang paling mengganggu untuk diatasi
- f. Terapis meminta setiap klien menyampaikan pikiran negatif yang dipilih
- g. Terapis meminta setiap klien untuk mencatat pikiran negatif yang dipilih di buku kerja sambil diarahkan cara penulisannya (halaman 5)
- h. Terapis meminta setiap klien untuk mencatat pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif di buku kerja sambil diarahkan cara penulisannya (halaman 5)
- i. Terapis meminta klien secara bergantian menyebutkan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif yang telah dicatat hingga seluruh klien
- j. Terapis melatih melawan pikiran negatif :
  - 1) Terapis memberi contoh melawan pikiran negatif satu klien, yaitu meminta klien mengingat dan mengatakan pikiran negatif yang dipilih kemudian minta klien mengatakan pikiran rasional dengan membaca daftar pikiran rasional yang telah dicatat.  
(.....*pikiran negatif*.....tapi kan saya.....*pikiran rasional*.....)
  - 2) Meminta klien untuk melakukan latihan tersebut minimal 2 (dua) kali
  - 3) Evaluasi perasaan klien setelah melakukan latihan ini
  - 4) Berikan pujian atas keberhasilan klien
- k. Terapis meminta tanggapan klien yang lain dalam kelompok

- l. Ulangi kegiatan (j) pada klien yang lain sampai seluruh klien dalam kelompok
  - m. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat seluruh klien.
3. Tahap terminasi
- a. Evaluasi
    - 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan
    - 2) Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi pikiran otomatis negatif
    - 3) Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran negatif
    - 4) Mengevaluasi kemampuan klien melawan pikiran otomatis negatif dengan pikiran rasional
    - 5) Memberikan umpan balik positif atas keberhasilan klien.
  - b. Tindak Lanjut
    - 1) Anjurkan klien untuk melawan pikiran negatif jika muncul kembali dan catat di buku kerja/catatan harianku (halaman 9-12)
    - 2) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan pikiran rasional untuk melawan pikiran otomatis negatif (halaman 5).
    - 3) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan pikiran otomatis negatif yang lain (halaman 1-4)
    - 4) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan perilaku negatif yang lain akibat pikiran negatif (halaman 1-4)
    - 5) Buat jadwal klien latihan melawan pikiran otomatis negatif dengan pikiran rasional
  - c. Kontrak yang akan datang
    - 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 2 yaitu latihan melawan pikiran otomatis negatif berikutnya.
    - 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 2

**C. Evaluasi dan Dokumentasi**

1. Evaluasi Proses

Evaluasi dilakukan saat proses CBSST berlangsung khususnya pada fase kerja. Aspek yang dievaluasi pada sesi 1 adalah kemampnan klien mengungkapkan pikiran otomatis negatif, mengungkapkan perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif, mengungkapkan pikiran rasional untuk melawan pikiran otomatis negatif dan kemampuan menggunakan pikiran rasional untuk melawan pikiran otomatis negatif.

2. Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien pada akhir terapi pada catatan keperawatan masing-masing klien.

D. Format evaluasi proses

Petunjuk penilaian :

Beri nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan

Beri nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan

**Hari/Tanggal :** .....

**Ruang :** .....

No	Aspek yang dinilai	Klien					
		1	2	3	4	5	6
1	Mengungkapkan pikiran otomatis negatif						
2	Mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif						
3	Memilih satu pikiran negatif yang paling mengganggu untuk diatasi						
4	Mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran otomatis negatif						
5	Melawan pikiran otomatis negatif secara rasional						
	Jumlah						

Nama klien :

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 4. .... |
| 2. .... | 5. .... |
| 3. .... | 6. .... |

## **Sesi 2 : Melatih member tanggapan rasional terhadap pikiran otomatis negatif**

### **Tujuan**

Klien mampu :

1. Memilih pikiran otomatis negatif kedua yang akan diatasi
2. Mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif kedua
3. Melawan pikiran negatif yang dipilih dengan menggunakan pikiran rasional

### **Setting**

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
2. Ruangannya nyaman dan tenang

### **Alat**

1. Format evaluasi proses (buku kerja perawat)
2. Format jadwal kegiatan harian
3. Buku kerja klien
4. Alat tulis

### **Metode**

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab

### **Langkah-Langkah Kegiatan**

#### **A. Persiapan**

1. Mengingatkan kontrak dengan klien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

#### **B. Pelaksanaan**

1. Orientasi
  - a. Salam terapeutik : salam dari terapis kepada klien
  - b. Evaluasi/validasi
    - 1) Menanyakan perasaan klien saat ini
    - 2) Menanyakan apakah pikiran-pikiran negatif muncul kembali (pikiran negatif apa, waktu munculnya pikiran negatif, dan apa yang dilakukan klien)
    - 3) Menanyakan apakah klien telah latihan melawan pikiran negatif yang paling mengganggu dengan menggunakan pikiran rasional

- 4) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif yang paling mengganggu
- 5) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran otomatis negatif
- 6) Menanyakan apakah ada tambahan perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif
- 7) Meminta klien mengulang latihan yang telah diberikan
- 8) Memberi pujian jika klien telah melakukannya

c. Kontrak

- 1) Menyepakati terapi sesi 2, yaitu melatih melawan pikiran otomatis negatif menggunakan pikiran rasional
- 2) Menjelaskan tujuan pertemuan/sesi 2 yaitu:
  - a) Klien mampu memilih pikiran otomatis negatif kedua yang akan diatasi
  - b) Klien mampu mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif kedua
  - c) Klien mampu melawan pikiran negatif yang dipilih dengan menggunakan pikiran rasional
- 3) Menyepakati tempat dan waktu pertemuan

2. Tahap kerja

- a. Terapis meminta setiap klien menyampaikan pikiran negatif yang dipilih
- b. Terapis meminta setiap klien untuk mencatat pikiran negatif yang dipilih di buku kerja klien
- c. Terapis meminta setiap klien untuk mencatat pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif di buku kerja klien (halaman 6)
- d. Terapis meminta klien secara bergantian menyebutkan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif yang telah dicatat hingga seluruh klien (halaman 6)
- e. Terapis melatih melawan pikiran negatif :
  - 1) Terapis memberi contoh melawan pikiran negatif satu klien, yaitu meminta klien mengingat dan mengatakan pikiran negatif yang dipilih

kemudian minta klien mengatakan pikiran rasional dengan membaca daftar pikiran rasional yang telah dicatat.

(.....*pikiran negatif*.....tapi kan saya.....*pikiran rasional*.....)

- 2) Meminta klien untuk melakukan latihan tersebut minimal 2 (dua) kali
  - 3) Evaluasi perasaan klien setelah melakukan latihan ini
  - 4) Berikan pujian atas keberhasilan klien
- f. Terapis meminta tanggapan klien yang lain dalam kelompok
- g. Ulangi kegiatan (e) pada klien yang lain sampai seluruh klien dalam kelompok
- h. Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat seluruh klien.

### 3. Tahap terminasi

- a. Evaluasi
  - 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan
  - 2) Mengevaluasi kemampuan klien memilih pikiran negatif kedua
  - 3) Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif
  - 4) Mengevaluasi kemampuan klien melawan pikiran negatif dengan menggunakan pikiran rasional
  - 5) Memberikan umpan balik positif atas keberhasilan klien
- b. Tindak Lanjut
  - 1) Anjurkan klien untuk melawan pikiran negatif jika muncul kembali dan catat di buku kerja/catatan harianku (halaman 9-12)
  - 2) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan pikiran rasional untuk melawan pikiran otomatis negatif (halaman 6)
  - 3) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan pikiran otomatis negatif yang lain (halaman 1-4)
  - 4) Anjurkan klien mencatat kembali jika masih menemukan perilaku negatif yang lain akibat pikiran negative (halaman 1-4)
  - 5) Buat jadwal klien latihan melawan pikiran negatif secara rasional

- c. Kontrak yang akan datang
  - 1) Menyetujui topik percakapan pada sesi 3 yaitu melatih ketrampilan merubah perilaku negatif
  - 2) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 3

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi dilakukan saat proses terapi berlangsung khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien memilih pikiran negatif kedua yang akan diatasi, mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif, dan kemampuan klien dalam latihan melawan pikiran negatif dengan menggunakan pikiran rasional.

2. Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien pada akhir terapi pada catatan keperawatan masing-masing klien.

D. Format evaluasi proses

Petunjuk penilaian :

Beri nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan

Beri nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan

**Hari/Tanggal :** .....

**Ruang :** .....

No	Aspek yang dinilai	Klien					
		1	2	3	4	5	6
1	Memilih pikiran negatif kedua yang akan diatasi						
2	Mengidentifikasi pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif kedua						
3	Melawan pikiran negatif kedua dengan menggunakan pikiran rasional						
	Jumlah						

Nama klien :

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 4. .... |
| 2. .... | 5. .... |
| 3. .... | 6. .... |

### ***Sesi 3 : Melatih ketrampilan merubah perilaku negatif***

#### **Tujuan**

Klien mampu :

1. Mengidentifikasi perilaku baru untuk mengganti perilaku negatif
2. Mengidentifikasi perilaku dalam berkomunikasi (verbal dan non verbal)
3. Menggunakan bahasa sikap tubuh (non verbal) yang baik dalam berkomunikasi
4. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri
5. Berkomunikasi dalam menjawab pertanyaan dengan baik
6. Berkomunikasi saat bertanya untuk tujuan klarifikasi dengan baik

#### **Setting**

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
2. Ruangan nyaman dan tenang

#### **Alat**

1. Format evaluasi proses (buku kerja perawat)
2. Format jadwal kegiatan harian
3. Buku kerja klien
4. Alat tulis
5. Cermin

#### **Metode**

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. *Modeling* (demonstrasi dari terapis)
4. *Role play* (redemonstrasi dari klien)
5. *Feedback* dari terapis
6. *Transfer training* yang dilakukan oleh klien dengan klien lain dalam kelompok

## **Langkah-Langkah Kegiatan**

### **A. Persiapan**

1. Mengingat kontrak dengan klien
2. Mempersiapkan alat dan bahan

### **B. Pelaksanaan**

#### **1. Orientasi**

a. Salam terapeutik : salam dari terapis kepada klien

b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan perasaan klien saat ini
- 2) Menanyakan apakah pikiran-pikiran negatif muncul kembali (pikiran negatif apa, waktu munculnya pikiran negatif, dan apa yang dilakukan klien)
- 3) Menanyakan apakah klien telah latihan melawan pikiran negatif dengan menggunakan pikiran rasional
- 4) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif
- 5) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran otomatis negatif
- 6) Menanyakan apakah ada tambahan perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif
- 7) Meminta klien mengulang latihan yang telah diberikan
- 8) Memberi pujian jika klien telah melakukannya

c. Kontrak

- 1) Menyetujui terapi sesi 3, yaitu melatih kampilan merubah perilaku negative
- 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 4, yaitu :
  - a) Klien mampu mengidentifikasi perilaku baru untuk mengganti perilaku negatif
  - b) Klien mampu mengidentifikasi perilaku dalam berkomunikasi (verbal dan non verbal)
  - c) Klien mampu menggunakan sikap tubuh yang baik dalam berkomunikasi: senyum, kontak mata, duduk tegak, jabat tangan.
  - d) Klien mampu mengucapkan salam dan memperkenalkan diri

- e) Klien mampu menjawab pertanyaan dengan baik
  - f) Klien mampu bertanya untuk tujuan klarifikasi dengan baik
- 3) Menyetujui tempat dan waktu pertemuan

## 2. Tahap kerja

- a. Terapis meminta klien mengidentifikasi perilaku baru untuk mengganti perilaku negatif akibat pikiran negatif
- b. Terapis meminta klien secara bergantian untuk menyebutkan perilaku baru untuk mengganti perilaku negatif hingga seluruh klien
- c. Terapis mendiskusikan cara mengubah perilaku negatif yaitu dengan latihan komunikasi yang baik, meliputi komunikasi dasar, komunikasi untuk menjalin persahabatan, dan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit
- d. Terapis meminta klien untuk memilih dan menyetujui satu perilaku baru yang akan dilatih yaitu komunikasi dasar (verbal dan non verbal)
- e. Terapis memberi kesempatan kepada klien untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas
- f. Terapis mendiskusikan dengan seluruh klien tentang kemampuan komunikasi dasar yang telah dimiliki/dilakukan meliputi: menggunakan bahasa tubuh yang tepat (kontak mata, tersenyum, duduk tegak, jabat tangan), mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya untuk klarifikasi.
- g. Terapis memberikan pujian atas ketrampilan yang telah dilakukan klien.
- h. Terapis melatih komunikasi dasar **non verbal/sikap tubuh** menggunakan kedia cermin, seperti : kontak mata, duduk tegak, tersenyum, dan jabat tangan dengan menggunakan metode:
  - 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan sikap tubuh yang baik dalam berkomunikasi.
  - 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasi sikap tubuh yang baik dalam berkomunikasi.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan

- 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
  - 6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali sikap tubuh yang baik dalam berkomunikasi dalam kelompok.
  - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
  - 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- i. Terapis melatih komunikasi verbal : mengucapkan **salam** (selamat pagi, selamat siang, dan selamat malam) dan **memperkenalkan diri** (memperkenalkan nama lengkap, nama panggilan, asal, dan hobi) dengan menggunakan metode:
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
  - 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasikan cara mengucapkan salam dan memperkenalkan diri kepada terapis.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
  - 6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali cara memperkenalkan diri kepada klien lain dalam kelompok, kemudian kepada perawat diruangan atau klien lain yang belum dikenal
  - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
  - 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- j. Terapis melatih komunikasi dalam **menjawab pertanyaan** terkait dengan kegiatan sehari-hari yang dilakukan klien di rumah atau di rumah sakit dengan menggunakan metode:
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasi cara menjawab pertanyaan.

- 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasikan cara menjawab pertanyaan.
- 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
- 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
- 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
- 6) Seluruh klien secara berpasangan dalam kelompok mempraktekan kembali cara menjawab pertanyaan
- 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
- 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien

k. Terapis melatih komunikasi untuk **bertanya/klarifikasi** dengan menggunakan metode:

- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara bertanya untuk klarifikasi.
- 2) Klien 1 melakukan kembali/ redemonstrasi cara bertanya untuk klarifikasi.
- 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
- 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
- 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
- 6) Seluruh klien secara berpasangan dalam kelompok mempraktekan kembali cara bertanya untuk klarifikasi
- 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
- 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien

### 3. Tahap terminasi

#### a. Evaluasi

- 1) Menyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengidentifikasi perilaku baru untuk mengganti perilaku negatif

- 3) Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi perilaku dalam berkomunikasi (verbal dan non verbal)
  - 4) Mengevaluasi kemampuan klien menggunakan sikap tubuh yang baik dalam berkomunikasi : senyum, kontak mata, duduk tegak, jabat tangan
  - 5) Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengucapkan salam dan memperkenalkan diri
  - 6) Mengevaluasi kemampuan klien dalam menjawab pertanyaan
  - 7) Mengevaluasi kemampuan klien dalam bertanya untuk klarifikasi.
  - 8) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan keberhasilan klien
- b. Tindak Lanjut
- 1) Anjurkan klien melakukan latihan komunikasi dasar (verbal dan non verbal) kembali dengan teman dalam kelompok, dengan klien lain di ruangan, serta perawat dalam ruangan.
  - 2) Anjurkan klien mencatat kembali jika menemukan perilaku baru yang lain
  - 3) Anjurkan klien mencatat kembali jika menemukan perilaku dalam berkomunikasi yang lain
  - 4) Masukkan rencana latihan klien dalam jadwal kegiatan harian
- c. Kontrak yang akan datang
- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 4 yaitu melatih komunikasi untuk menjalin persahabatan.
  - 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 4

### C. Evaluasi dan Dokumentasi

#### 1. Evaluasi proses

Evaluasi proses dilakukan saat proses CBSST berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien mengidentifikasi perilaku baru untuk mengganti perilaku negatif, kemampuan klien untuk mengidentifikasi perilaku dalam berkomunikasi, kemampuan klien berkomunikasi meliputi: menggunakan sikap tubuh/non verbal (senyum, kontak mata, duduk tegak, jabat tangan) yang tepat, mengucapkan salam,

memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, dan bertanya untuk tujuan klarifikasi.

2. Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien pada akhir terapi pada catatan keperawatan masing-masing klien.

D. Format evaluasi proses

Petunjuk penilaian :

Beri nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan

Beri nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan

**Hari/Tanggal :** .....

**Ruang :** .....

No	Aspek yang dinilai	Klien					
		1	2	3	4	5	6
1	Mengidentifikasi perilaku baru untuk mengganti perilaku negatif						
2	Mengidentifikasi perilaku dalam berkomunikasi						
3	Komunikasi non verbal (sikap tubuh) : kontak mata						
4	Komunikasi non verbal (sikap tubuh) : duduk tegak						
5	Komunikasi non verbal (sikap tubuh) : tersenyum						
6	Mengucapkan salam						
7	Komunikasi untuk memperkenalkan diri						
8	Komunikasi dalam menjawab pertanyaan						
9	Komunikasi saat bertanya untuk klarifikasi						
	Jumlah						

Nama klien :

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 4. .... |
| 3. .... | 5. .... |
| 4. .... | 6. .... |

## ***Sesi 4 : Melatih komunikasi untuk menjalin persahabatan***

### **Tujuan**

Klien mampu :

1. Komunikasi dalam memberikan pertolongan kepada orang lain
2. Komunikasi saat meminta pertolongan dari orang lain
3. Komunikasi dalam memberikan pujian kepada orang lain
4. Komunikasi saat menerima pujian dari orang lain

### **Setting**

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
2. Ruangan nyaman dan tenang

### **Alat**

1. Format evaluasi proses (buku kerja perawat)
2. Format jadwal kegiatan harian
3. Buku kerja klien
4. Alat tulis

### **Metode**

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. *Modeling* (demonstrasi dari terapis)
4. *Role play* (redemonstrasi dari klien)
5. *Feedback* dari terapis
6. *Transfer training* yang dilakukan oleh klien dengan klien lain dalam kelompok

### **Langkah-Langkah Kegiatan**

#### **A. Persiapan**

1. Mengingatkan kontrak dengan klien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

#### **B. Pelaksanaan**

1. Orientasi
  - a. Salam terapeutik : salam dari terapis kepada klien
  - b. Evaluasi/validasi
    - 1) Menanyakan perasaan klien saat ini

- 2) Menanyakan apakah pikiran-pikiran negatif muncul kembali (pikiran negatif apa, waktu munculnya pikiran negatif, dan apa yang dilakukan klien)
- 3) Menanyakan apakah klien telah latihan melawan pikiran negatif dengan menggunakan pikiran rasional
- 4) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif
- 5) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran otomatis negatif
- 6) Menanyakan apakah ada tambahan perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif
- 7) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi non verbal/sikap tubuh (senyum, kontak mata, duduk tegak, jabat tangan) dengan klien anggota kelompok, klien lain atau perawat ruangan
- 8) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi verbal : mengucapkan salam dan memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, dan bertanya untuk klarifikasi dengan klien anggota kelompok, klien lain atau perawat ruangan
- 9) Menanyakan apakah menemukan perilaku baru yang lain untuk mengganti perilaku negatif
- 10) Menanyakan apakah masih menemukan perilaku dalam berkomunikasi yang lain
- 11) Meminta klien mengulang latihan yang telah diberikan
- 12) Memberi pujian jika klien telah melakukannya

c. Kontrak

- 1) Menyepakati terapi sesi 4, yaitu latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan
- 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 4, yaitu :
  - a) Klien mampu berkomunikasi untuk memberikan pertolongan kepada orang lain
  - b) Klien mampu berkomunikasi saat menerima pertolongan dari orang lain

- c) Klien mampu berkomunikasi untuk memberikan pujian kepada orang lain
  - d) Klien mampu berkomunikasi saat menerima pujian dari orang lain
- 3) Menyetujui waktu dan tempat pertemuan

## 2. Tahap kerja

- a. Terapis mendiskusikan dengan seluruh klien tentang kemampuan yang telah dilakukan/dimiliki klien dalam menjalin persahabatan meliputi: menerima dan memberikan pujian, meminta dan memberikan pertolongan kepada orang lain
- b. Memberikan pujian atas ketrampilan yang telah dilakukan klien.
- c. Terapis melatih berkomunikasi dalam **memberikan pertolongan** kepada orang lain dengan menggunakan metode:
  - 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan komunikasi dalam memberikan pertolongan.
  - 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi dalam memberikan pertolongan.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
  - 6) Secara berpasangan klien mempraktekan kembali cara komunikasi dalam memberikan pertolongan kepada orang lain
  - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
  - 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- d. Terapis melatih berkomunikasi saat **meminta pertolongan** kepada orang lain dengan menggunakan metode:
  - 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi saat meminta pertolongan.

- 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi saat meminta pertolongan.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
  - 6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali cara komunikasi saat meminta pertolongan kepada orang lain
  - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
  - 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- e. Terapis melatih berkomunikasi untuk **memberi pujian** kepada orang lain dengan metode :
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi untuk memberi pujian.
  - 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi untuk memberi pujian.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
  - 6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali cara komunikasi untuk memberikan pujian kepada orang lain
  - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
  - 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- f. Terapis melatih berkomunikasi saat **menerima pujian** dari orang lain dengan metode :

- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi saat menerima pujian.
- 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi saat menerima pujian.
- 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
- 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
- 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
- 6) Seluruh klien secara berkelompok mempraktekkan kembali cara komunikasi saat menerima pujian dari orang lain
- 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
- 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien

### 3. Tahap terminasi

#### a. Evaluasi

- 1) Menyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi untuk meminta pertolongan kepada orang lain
- 3) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi saat memberi pertolongan kepada orang lain
- 4) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi untuk memberi pujian kepada orang lain
- 5) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi saat menerima pujian dari orang lain
- 6) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan keberhasilan klien.

#### b. Tindak Lanjut

- 1) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi untuk meminta pertolongan kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.

- 2) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi untuk memberikan pertolongan kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
  - 3) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi untuk memberikan pujian kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
  - 4) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi saat menerima pujian dari orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
  - 5) Masukkan rencana latihan klien dalam jadwal kegiatan harian
- c. Kontrak yang akan datang
- 1) Menyetujui topik percakapan pada sesi 5 yaitu latihan komunikasi untuk situasi sulit.
  - 2) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 5

#### C. Evaluasi dan Dokumentasi

##### 1. Evaluasi proses

Evaluasi proses dilakukan saat proses CBSST berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien berkomunikasi dalam menjalin persahabatan, meliputi: berkomunikasi untuk memberikan pertolongan, berkomunikasi untuk meminta pertolongan, berkomunikasi untuk memberikan pujian, dan berkomunikasi saat menerima pujian.

##### 2. Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien pada akhir terapi pada catatan keperawatan masing-masing klien.

#### D. Format evaluasi proses

##### Petunjuk penilaian :

Beri nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan

Beri nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan

Hari/Tanggal : .....

Ruang : .....

No	Aspek yang dinilai	Klien					
		1	2	3	4	5	6
1	Komunikasi untuk memberikan pertolongan kepada orang lain						
2	Komunikasi untuk meminta pertolongan dari orang lain						
3	Komunikasi untuk memberikan pujian kepada orang lain						
4	Komunikasi saat menerima pujian dari orang lain						
	Jumlah						

Nama klien :

1. .... 4. ....
2. .... 5. ....
3. .... 6. ....

### ***Sesi 5 : Melatih komunikasi untuk mengatasi situasi sulit***

#### **Tujuan**

Klien mampu :

1. Berkomunikasi saat menerima kritik dari orang lain
2. Berkomunikasi untuk memberikan kritik kepada orang lain
3. Berkomunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain
4. Berkomunikasi saat menerima penolakan dari orang lain
5. Berkomunikasi untuk menyampaikan permintaan maaf kepada orang lain
6. Berkomunikasi saat memberikan maaf kepada orang lain.

#### **Setting**

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
2. Ruangan nyaman dan tenang

#### **Alat**

1. Format evaluasi proses (buku kerja perawat)
2. Format jadwal kegiatan harian
3. Buku kerja klien
4. Alat tulis

## Metode

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. *Modeling* (demonstrasi dari terapis)
4. *Role play* (redemonstrasi dari klien)
5. *Feedback* dari terapis
6. *Transfer training* yang dilakukan oleh klien dengan klien lain dalam kelompok

## Langkah-Langkah Kegiatan

### A. Persiapan

1. Mengingatnkan kontrak dengan klien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

### B. Pelaksanaan

#### 1. Orientasi

- a. Salam terapeutik : salam dari terapis kepada klien
- b. Evaluasi/validasi
  - 1) Menanyakan perasaan klien saat ini
  - 2) Menanyakan apakah pikiran-pikiran negatif muncul kembali (pikiran negatif apa, waktu munculnya pikiran negatif, dan apa yang dilakukan klien)
  - 3) Menanyakan apakah klien telah latihan melawan pikiran negatif dengan menggunakan pikiran rasional
  - 4) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif
  - 5) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran otomatis negatif
  - 6) Menanyakan apakah ada tambahan perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif
  - 7) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi non verbal/sikap tubuh (senyum, kontak mata, duduk tegak, jabat tangan) dengan klien anggota kelompok, klien lain atau perawat ruangan
  - 8) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi verbal : mengucapkan salam dan memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, dan

bertanya untuk klarifikasi dengan klien anggota kelompok, klien lain atau perawat ruangan

- 9) Menanyakan apakah klien menemukan perilaku baru yang lain untuk mengganti perilaku negatif
- 10) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk meminta pertolongan kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 11) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk memberikan pertolongan kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 12) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk memberikan pujian kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 13) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi saat menerima pujian dari orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 14) Meminta klien mengulang latihan yang telah diberikan
- 15) Memberi pujian jika klien telah melakukannya

c. Kontrak

- 1) Menyepakati terapi sesi 5, yaitu latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit
- 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 5, yaitu :
  - a) Klien mampu berkomunikasi saat menerima kritik dari orang lain
  - b) Klien mampu berkomunikasi untuk menyampaikan kritik kepada orang lain
  - c) Klien mampu berkomunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain
  - d) Klien mampu berkomunikasi saat menerima penolakan dari orang lain
  - e) Klien mampu berkomunikasi untuk menyampaikan permintaan maaf kepada orang lain
  - f) Klien mampu berkomunikasi saat memberikan maaf pada orang lain

3) Menyepakati tempat dan waktu pertemuan

2. Tahap kerja

b. Terapis mendiskusikan dengan klien tentang kemampuan yang telah dilakukan/dimiliki klien dalam menghadapi situasi sulit meliputi; menerima dan memberikan kritik, menyampaikan penolakan dan menerima penolakan dari orang lain, serta meminta maaf dan memberi maaf.

c. Terapis memberikan pujian atas ketrampilan yang telah dilakukan/dimiliki klien.

d. Terapis melatih berkomunikasi saat **menerima kritik** dari orang lain dengan menggunakan metode:

1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi saat menerima kritik.

2) Klien 1 melakukan kembali/ redemonstrasi cara komunikasi saat menerima kritik.

3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.

4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan

5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok

6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali cara komunikasi saat menerima kritik dari orang lain

7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien

8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien

e. Terapis melatih berkomunikasi untuk **memberikan kritik** kepada orang lain dengan menggunakan metode :

1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi untuk memberikan kritik kepada orang lain.

2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi untuk memberikan kritik kepada orang lain.

- 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
  - 6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali cara komunikasi untuk memberikan kritik kepada orang lain
  - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
  - 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- f. Terapis melatih berkomunikasi saat **menerima penolakan** dari orang lain dengan menggunakan metode:
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi saat menerima penolakan dari orang lain.
  - 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi saat menerima penolakan dari orang lain.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
  - 6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali cara komunikasi saat menerima penolakan dari orang lain dalam kelompok
  - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
  - 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- g. Terapis melatih berkomunikasi untuk **menyampaikan penolakan** kepada orang lain dengan menggunakan metode :
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain.

- 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
  - 6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali cara menyampaikan penolakan kepada orang lain
  - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
  - 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- h. Terapis melatih berkomunikasi untuk **meminta maaf** dengan menggunakan metode :
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi untuk meminta maaf.
  - 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi untuk meminta maaf.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
  - 6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali cara meminta maaf kepada orang lain dalam kelompok
  - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
  - 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- i. Terapis melatih berkomunikasi untuk **memberikan maaf** dengan menggunakan metode :

- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi untuk memberikan maaf.
- 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi untuk memberikan maaf
- 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
- 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
- 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
- 6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali cara komunikasi untuk memberikan maaf kepada orang lain
- 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
- 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien

### 3. Tahap terminasi

#### a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi saat menerima kritik dari orang lain
- 3) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi dalam memberikan kritik kepada orang lain
- 4) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi saat menerima penolakan dari orang lain
- 5) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi dalam menyampaikan penolakan kepada orang lain
- 6) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi untuk meminta maaf kepada orang lain
- 7) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi untuk memaafkan orang lain.
- 8) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan keberhasilan klien.

b. Tindak Lanjut

- 1) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi dalam menerima kritik dengan klien dalam kelompok, klien lain atau perawat ruangan
- 2) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi dalam menyampaikan kritik dengan klien dalam kelompok, klien lain atau perawat ruangan
- 3) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi saat menyampaikan penolakan dengan klien dalam kelompok, klien lain atau perawat ruangan
- 4) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi saat menerima penolakan dengan klien dalam kelompok, klien lain atau perawat ruangan
- 5) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi untuk menyampaikan permintaan maaf dengan klien dalam kelompok, klien lain atau perawat ruangan
- 6) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi saat memberikan maaf dengan klien dalam kelompok, klien lain atau perawat ruangan
- 7) Masukkan rencana latihan klien dalam jadwal kegiatan harian

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 6 yaitu klien mengungkapkan pendapatnya tentang manfaat latihan kognitif dan latihan perilaku : komunikasi.
- 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan sesi 6

C. Evaluasi dan Dokumentasi

1. Evaluasi proses

Evaluasi proses dilakukan saat proses CBSST berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien berkomunikasi dalam situasi sulit, meliputi: komunikasi untuk memberikan kritik, komunikasi saat menerima kritik, komunikasi saat menerima penolakan, komunikasi untuk menyampaikan penolakan, komunikasi untuk meminta maaf, dan komunikasi saat memberikan maaf kepada orang lain.

2. Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien pada akhir terapi pada catatan keperawatan masing-masing klien.

D. Format evaluasi proses

Petunjuk penilaian :

Beri nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan

Beri nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan

**Hari/Tanggal :** .....

**Ruang :** .....

No	Aspek yang dinilai	Klien					
		1	2	3	4	5	6
1	Komunikasi saat menerima kritik dari orang lain						
2	Komunikasi untuk memberikan kritik kepada orang lain						
3	Komunikasi saat menerima penolakan dari orang lain						
4	Komunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain						
5	Komunikasi untuk meminta maaf kepada orang lain						
6	Komunikasi saat memberikan maaf kepada orang lain						
	Jumlah						

Nama klien :

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 4. .... |
| 2. .... | 5. .... |
| 3. .... | 6. .... |

## ***Sesi 6 : Melakukan evaluasi manfaat latihan kognitif dan perilaku : komunikasi***

### **Tujuan**

Klien mampu :

1. Menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan melawan pikiran otomatis negatif dengan menggunakan pikiran rasional
2. Menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi non verbal : kontak mata, senyum, duduk tegak, dan jabat tangan
3. Menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi dasar : salam dan memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, bertanya untuk klarifikasi
4. Menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan (memberikan dan menerima pertolongan, memberikan dan menerima pujian)
5. Menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit (menyampaikan dan menerima kritik, menyampaikan dan menerima penolakan, menyampaikan permintaan maaf dan memberikan maaf)

### **Setting**

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran
2. Ruangannya nyaman dan tenang

### **Alat**

1. Format evaluasi proses (buku kerja perawat)
2. Format jadwal kegiatan harian
3. Buku kerja klien
4. Alat tulis

### **Metode**

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab

### **Langkah-Langkah Kegiatan**

#### **A. Persiapan**

1. Mengingat kontrak dengan klien
2. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

## B. Pelaksanaan

### 1. Orientasi

- a. Salam terapeutik : salam dari terapis kepada klien
- b. Evaluasi/validasi
  - 1) Menanyakan perasaan klien saat ini
  - 2) Menanyakan apakah pikiran-pikiran negatif muncul kembali (pikiran negatif apa, waktu munculnya pikiran negatif, dan apa yang dilakukan klien)
  - 3) Menanyakan apakah klien telah latihan melawan pikiran negatif dengan menggunakan pikiran rasional
  - 4) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif
  - 5) Menanyakan apakah ada tambahan pikiran otomatis negatif
  - 6) Menanyakan apakah ada tambahan perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif
  - 7) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi non verbal/sikap tubuh (senyum, kontak mata, duduk tegak, jabat tangan) dengan klien anggota kelompok, klien lain atau perawat ruangan
  - 8) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi verbal : mengucapkan salam dan memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, dan bertanya untuk klarifikasi dengan klien anggota kelompok, klien lain atau perawat ruangan
  - 9) Menanyakan apakah menemukan perilaku baru yang lain untuk mengganti perilaku negatif
  - 10) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk meminta pertolongan kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
  - 11) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk memberikan pertolongan kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.

- 12) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk memberikan pujian kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 13) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi saat menerima pujian dari orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 14) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi saat menerima kritik dari orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 15) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk menyampaikan kritik kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 16) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 17) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi saat menerima penolakan dari orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 18) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk menyampaikan permintaan maaf kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 19) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi saat memberikan maaf kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, klien lain, maupun perawat ruangan.
- 20) Meminta klien mengulang latihan yang telah diberikan
- 21) Memberi pujian jika klien telah melakukannya

c. Kontrak

- 1) Menyepakati terapi sesi 6, yaitu evaluasi manfaat latihan kognitif dan latihan perilaku : komunikasi
- 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 6, yaitu :

- a) Klien mampu menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan melawan pikiran otomatis negatif dengan menggunakan pikiran rasional
  - b) Klien mampu menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi non verbal : kontak mata, senyum, duduk tegak, dan jabat tangan
  - c) Klien mampu menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi dasar : salam dan memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, bertanya untuk klarifikasi
  - d) Klien mampu menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan (memberikan dan menerima pertolongan, memberikan dan menerima pujian)
  - e) Klien mampu menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit (menyampaikan dan menerima kritik, menyampaikan dan menerima penolakan, menyampaikan permintaan maaf dan memberikan maaf)
- 3) Menepakati tempat dan waktu pertemuan

## 2. Tahap kerja

- a. Terapis meminta setiap klien menyampaikan manfaat latihan melawan pikiran negatif dengan menggunakan pikiran rasional
- b. Memberikan pujian atas keberhasilan setiap klien dalam menyampaikan manfaat latihan melawan pikiran negatif
- c. Terapis meminta setiap klien menyampaikan manfaat latihan komunikasi non verbal
- d. Memberikan pujian atas keberhasilan setiap klien dalam menyampaikan manfaat latihan komunikasi non verbal
- e. Terapis meminta setiap klien menyampaikan manfaat latihan komunikasi dasar
- f. Memberikan pujian atas keberhasilan setiap klien dalam menyampaikan manfaat latihan komunikasi dasar

- g. Terapis meminta setiap klien menyampaikan manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan
- h. Memberikan pujian atas keberhasilan setiap klien dalam menyampaikan manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan
- i. Terapis meminta setiap klien menyampaikan manfaat kegiatan latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit
- j. Memberikan pujian atas keberhasilan setiap klien dalam menyampaikan manfaat latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit

### 3. Tahap terminasi

- a. Evaluasi
  - 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti terapi sesi 1-6
  - 2) Menanyakan kembali manfaat terapi setelah mengikuti seluruh sesi dalam CBSST
  - 3) Memberikan pujian atas partisipasi dan keberhasilan klien
- b. Tindak lanjut
  - 1) Menganjurkan klien melatih kembali untuk semua kemampuan yang telah dimiliki, baik di RS maupun di rumah
  - 2) Kerjasama dengan perawat ruangan untuk memonitor perilaku klien dalam komunikasi dasar, menjalin persahabatan, dan menghadapi situasi sulit sehari-hari
  - 3) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian
- c. Kontrak yang akan datang
  - Menyepakati rencana evaluasi kemampuan secara periodik

### C. Evaluasi dan Dokumentasi

#### 1. Evaluasi proses

Evaluasi proses dilakukan pada saat proses CBSST berlangsung, khususnya pada fase kerja. Aspek yang dinilai adalah kemampuan klien menyampaikan manfaat terapi yang telah diikuti.

2. Dokumentasi

Dokumentasi kemampuan yang dimiliki klien pada akhir terapi pada catatan keperawatan masing-masing klien.

D. Format evaluasi proses

Petunjuk penilaian :

Beri nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan

Beri nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan

**Hari/Tanggal :** .....

**Ruang :** .....

No	Aspek yang dinilai	Klien					
		1	2	3	4	5	6
1	Menyebutkan manfaat latihan melawan pikiran negatif						
2	Menyebutkan manfaat latihan komunikasi dasar (non verbal)						
3	Menyebutkan manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan						
4	Menyebutkan manfaat latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit						
	Jumlah						

Nama klien :

- |         |         |
|---------|---------|
| 1. .... | 4. .... |
| 2. .... | 5. .... |
| 3. .... | 6. .... |

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

Kesehatan jiwa merupakan bagian integral dari kesehatan dan kondisi di mana individu memiliki hubungan yang sehat baik terhadap diri sendiri maupun dengan orang lain di lingkungannya. Seseorang yang sehat jiwa mampu mengaktualisasikan dirinya yang ditunjukkan dengan memiliki konsep diri positif dan memiliki hubungan yang baik dengan orang lain dan lingkungannya, terbuka dengan orang lain, membuat keputusan berdasarkan realita yang ada, optimis, menghargai dan menikmati hidup, mandiri dalam berfikir dan bertindak sesuai dengan standar perilaku dan nilai-nilai, serta kreatif menggunakan berbagai pendekatan dalam penyelesaian masalah.

Gangguan jiwa dikarakteristikan dengan adanya gangguan pikiran, perasaan, dan perilaku serta hubungan dengan orang lain, baik yang berhubungan dengan kondisi fisik, mental, maupun budaya/norma yang berlaku di lingkungan seseorang. Salah satu gangguan jiwa berat adalah skizofrenia dan isolasi sosial merupakan gejala negatif yang muncul.

Individu dengan isolasi sosial 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. Kondisi klien isolasi sosial sering terabaikan karena tidak secara langsung mengganggu atau merusak lingkungan dan hal ini makin memperburuk kondisi klien.

Upaya-upaya tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada klien isolasi sosial bertujuan untuk melatih klien melakukan interaksi sosial atau hubungan interpersonal sehingga klien merasa nyaman ketika berhubungan dengan orang lain. Salah satu tindakan keperawatan tersebut yang termasuk dalam kelompok terapi psikososial adalah *Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)*.

CBSST merupakan psikoterapi kelompok yang merupakan kombinasi antara *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dan *Social Skills Training* (SST) yang melatih teknik koping, ketrampilan fungsi sosial, *problem-solving*, dan penanganan gangguan neurokognitif. Dengan demikian CBSST merupakan alternatif terapi psikososial yang dapat dilakukan oleh perawat kepada klien dengan isolasi sosial.



## DAFTAR PUSTAKA

- Barrowclough, C., dkk. (2006). *Group Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia. British Journal of Psychiatry*, 189, 527-532
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing : The Nurse-Patient Journey*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Fauziah. (2009). *Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif (TPK) Pada Klien Skizofrenia Dengan Perilaku Kekerasan di Rumah sakit Marzoeeki Mahdi Bogor*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Fortinash, K.M., & Worret, P.A.H. (2004). *Psychiaryic Mental Health Nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. USA : Mosby, Inc.
- Granhholm, E., dkk. (2004). Group Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Older Outpatients with Chronic Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 18(3), 265-279
- Granhholm, E., dkk. (2005). A Randomized, Controlled Trial of Cognitive behavioral Social Skills Training for Middle-Aged and Older Outpatients with Chronic Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 520-529
- Granhholm, E., dkk. (2006). Cognitive Behavioral Social Skills Training for Improving Social Functioning in People with Schizophrenia. Ongoing Research. <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00338975>, diperoleh 29 Januari 2010
- Granhholm, E., Ben-Zeef, D., & Link, P.C., (2009). Social Disinterest attitudes and Group Cognitive Behavioral Social Skills Training for Functional Disability in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 874-883
- Keliat, B.A, dkk. (1999). Pengaruh Model Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) Terhadap Kemampuan Komunikasi Verbal dan Non Verbal Pada Klien Menarik Diri di Rumah Sakit Jiwa. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, II(8), 277-283
- Keliat, B.A., & Akemat. (2005). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta : EGC
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga University Press.
- McQuaid, dkk. (2000). Development of an Integrated Cognitive-Behavioral and Social Skills training Intervention for Older Patients With Schizophrenia. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(3), 149-156

NANDA. (2007). *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification 2007-2008*. Philadelphia: NANDA International

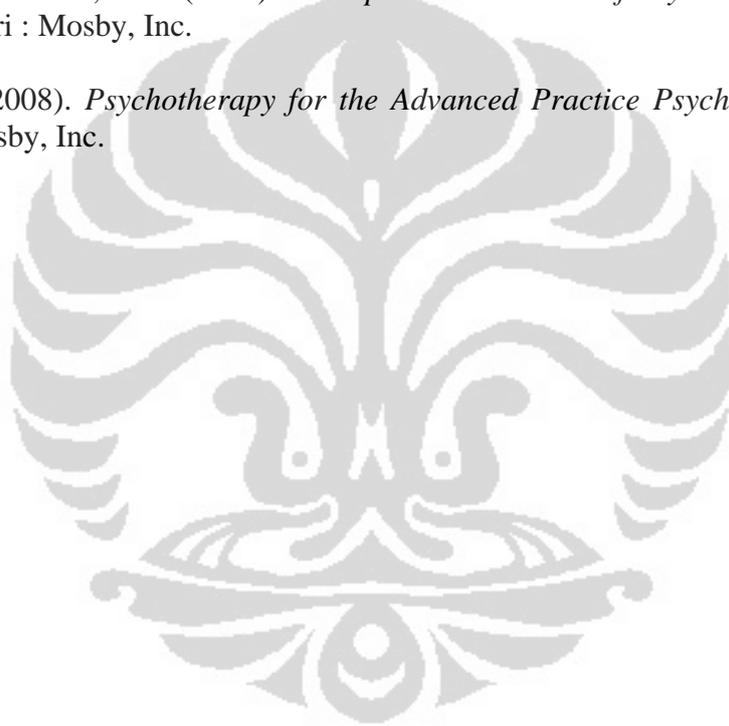
Prawitasari, dkk. (2002). *Psikoterapi Pendekatan Konvensional dan Kontemporer*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar dan Unit Publikasi Fakultas Psikologi UGM.

Renidayati. (2008). *Pengaruh Social Skills Training (SST) pada Klien Isolasi Sosial di RSJ H.B. Sa'anin Padang Sumatera Barat*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan

Sasmita, H. (2007). *Efektifitas Cognitive Behavioral Therapy (CBT) pada Klien Harga Diri Rendah di RS Dr. Marzoeqi Mahdi Bogor tahun 2007*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan

Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8<sup>th</sup> ed. Missouri : Mosby, Inc.

Wheeler, K. (2008). *Psychotherapy for the Advanced Practice Psychiatric Nurse*. St. Louis : Mosby, Inc.



# BUKU KERJA PERAWAT



Digunakan dalam Pelaksanaan  
*Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)*  
Pada Klien Isolasi Sosial

Nama Kelompok : .....

Ruang : .....

### DAFTAR PIKIRAN NEGATIF DAN PERILAKU NEGATIF

Komponen	Hari/ Tanggal	Nama Klien		
Pikiran Otomatis Negatif				
Perilaku Negatif akibat Pikiran Negatif				

**DAFTAR PIKIRAN NEGATIF DAN PIKIRAN RASIONAL  
UNTUK MELAWAN PIKIRAN NEGATIF**

Komponen	Hari/ Tanggal	Nama Klien		
Pikiran Negatif yang Dipilih untuk Diatasi				
Pikiran Rasional untuk Melawan Pikiran Negatif				

### LATIHAN PERILAKU : KOMUNIKASI DASAR

Hari/ Tanggal	Komponen	Nama Klien					
	a. Kontak mata						
	b. Tersenyum						
	c. Duduk tegak						
	d. Berjabat tangan						
	e. Mengucapkan salam						
	f. Memperkenalkan diri						
	g. Menjawab pertanyaan						
	h. Bertanya untuk klarifikasi						
	a. Kontak mata						
	b. Tersenyum						
	c. Duduk tegak						
	d. Berjabat tangan						
	e. Mengucapkan salam						
	f. Memperkenalkan diri						
	g. Menjawab pertanyaan						
	h. Bertanya untuk klarifikasi						
	a. Kontak mata						
	b. Tersenyum						
	c. Duduk tegak						
	d. Berjabat tangan						
	e. Mengucapkan salam						
	f. Memperkenalkan diri						
	g. Menjawab pertanyaan						
	h. Bertanya untuk klarifikasi						

**LATIHAN PERILAKU : KOMUNIKASI UNTUK MENJALIN PERSAHABATAN**

Hari/ Tanggal	Komponen	Nama Klien					
	a. Memberikan pertolongan kepada orang lain						
	b. Meminta pertolongan dari orang lain						
	c. Memberikan pujian kepada orang lain						
	d. Menerima pujian dari orang lain						
	a. Memberikan pertolongan kepada orang lain						
	b. Meminta pertolongan dari orang lain						
	c. Memberikan pujian kepada orang lain						
	d. Menerima pujian dari orang lain						
	a. Memberikan pertolongan kepada orang lain						
	b. Meminta pertolongan dari orang lain						
	c. Memberikan pujian kepada orang lain						
	d. Menerima pujian dari orang lain						

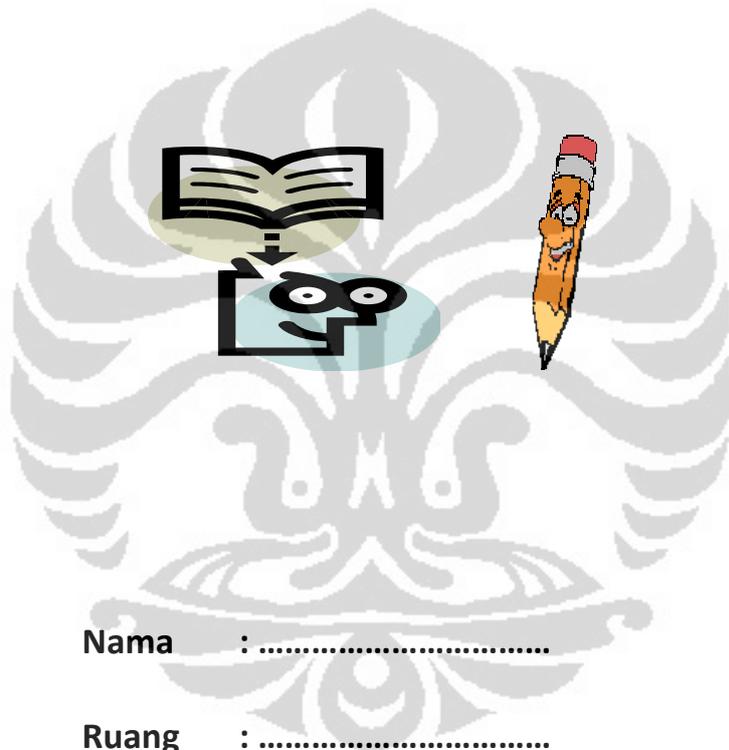
**LATIHAN PERILAKU : KOMUNIKASI UNTUK MENGATASI SITUASI SULIT**

Hari/ Tanggal	Komponen	Nama Klien					
	a. Menyampaikan kritik kepada orang lain						
	b. Menerima kritik dari orang lain						
	c. Menyampaikan penolakan kepada orang lain						
	d. Menerima penolakan dari orang lain						
	e. Meminta maaf kepada orang lain						
	f. Menerima maaf dari orang lain						
	a. Menyampaikan kritik kepada orang lain						
	b. Menerima kritik dari orang lain						
	c. Menyampaikan penolakan kepada orang lain						
	d. Menerima penolakan dari orang lain						
	e. Meminta maaf kepada orang lain						
	f. Menerima maaf dari orang lain						
	a. Menyampaikan kritik kepada orang lain						
	b. Menerima kritik dari orang lain						
	c. Menyampaikan penolakan kepada orang lain						
	d. Menerima penolakan dari orang lain						
	e. Meminta maaf kepada orang lain						
	f. Menerima maaf dari orang lain						

**MANFAAT LATIHAN KOGNITIF DAN PERILAKU : KOMUNIKASI**

Hari/ Tanggal	Komponen	Nama Klien					
	a. Menyebutkan manfaat latihan mengidentifikasi pikiran negatif						
	b. Menyebutkan manfaat latihan mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran negatif						
	c. Menyebutkan manfaat latihan menggunakan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif						
	d. Menyebutkan manfaat latihan komunikasi dasar						
	e. Menyebutkan manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan						
	f. Menyebutkan manfaat latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit						
	a. Menyebutkan manfaat latihan mengidentifikasi pikiran negatif dan perilaku negatif akibat pikiran negatif						
	b. Menyebutkan manfaat latihan mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran negatif						
	c. Menyebutkan manfaat latihan menggunakan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif						
	d. Menyebutkan manfaat latihan komunikasi dasar						
	e. Menyebutkan manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan						
	f. Menyebutkan manfaat latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit						

**BUKU**  
**CATATAN HARIANKU**



Nama : .....

Ruang : .....

Kelompok : .....

**BUKU**  
**CATATAN HARIANKU**

Digunakan dalam pelaksanaan

*Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST)*

Pada Klien Isolasi Sosial

Tim Penyusun :

Ns. Jumaini, S.Kep

Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc

Novi Helena C.D., SKp, M.Sc

## DATA PRIBADIKU

Nama Lengkap : .....

Nama Panggilan : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : Laki-Laki / Perempuan

Ruang : .....

Alamat : .....

.....

.....

No. Telp/Hp : .....

## **PETUNJUK PENGISIAN**

### **BUKU CATATAN HARIAN**

1. Tulislah data pribadi bapak/ibu/saudara/i di lembar 'Data Pribadiku'
2. Buku ini merupakan buku kerja bapak/ibu/saudara/i dalam mengikuti CBSST dimana isi dari buku ini adalah catatan bapak/ibu/saudara dalam melaksanakan CBSST secara mandiri.
3. Buku ini berisi:
  - a. Pikiran otomatis negatif, yaitu pernyataan bapak/ibu/saudara/i terhadap diri yang bersifat negatif dan mengganggu pikiran bapak/ibu/saudara/i
  - b. Perilaku negatif yang muncul akibat adanya pikiran negatif
  - c. Pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif
  - d. Perilaku baru untuk mengganti perilaku negatif akibat pikiran negatif
  - e. *Check list* (✓) latihan ketrampilan komunikasi (komunikasi dasar, komunikasi dalam menjalin persahabatan, dan komunikasi dalam situasi sulit)

**SELAMAT MENGGUNAKAN BUKU INI,**

**SEMOGA BERMANFAAT DAN SUKSES...**















**LATIHAN KOMUNIKASI DASAR**

**(NON VERBAL DAN VERBAL)**

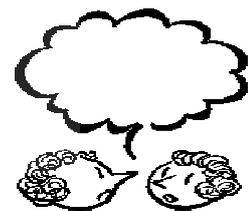
No	Komponen	Tanggal									
1	Kontak mata										
2	Tersenyum										
3	Duduk tegak										
4	Mengucapkan salam										
5	Memperkenalkan diri										
6	Menjawab pertanyaan										
7	Bertanya untuk klarifikasi										



## LATIHAN KOMUNIKASI

### DALAM MENJALIN PERSAHABATAN

No	Komponen	Tanggal							
1	Komunikasi untuk memberikan pertolongan kepada orang lain								
2	Komunikasi untuk permintaan pertolongan dari orang lain								
3	Komunikasi dalam memberikan pujian kepada orang lain								
4	Komunikasi pada saat menerima pujian dari orang lain								





**LATIHAN KOMUNIKASI**  
**DALAM SITUASI SULIT**

No	Komponen	Tanggal							
1	Komunikasi untuk menyampaikan kritik kepada orang lain								
2	Komunikasi pada saat menerima kritik dari orang lain								
3	Komunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain								
4	Komunikasi saat menerima penolakan dari orang lain								
5	Komunikasi untuk meminta maaf pada orang lain								
6	Komunikasi saat orang lain meminta maaf								