



**Universitas Indonesia**

**PENGARUH TERAPI PERILAKU KOGNITIF TERHADAP  
KEMAMPUAN INTERAKSI SOSIAL KLIEN ISOLASI SOSIAL  
DI RSJ Dr AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

**TESIS**

**SRI NYUMIRAH  
NPM. 1006801084**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, JULI 2012**



**Universitas Indonesia**

**PENGARUH TERAPI PERILAKU KOGNITIF TERHADAP  
KEMAMPUAN INTERAKSI SOSIAL KLIEN ISOLASI SOSIAL  
DI RSJ Dr AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk  
memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan (M.Kep)  
Kekhususan Keperawatan Jiwa**

**SRI NYUMIRAH  
NPM. 1006801084**

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

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**DEPOK, JULI 2012**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Sri Nyumirah

NPM : 1006801084

Tanda Tangan :



Tanggal : 9 Juli 2012

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

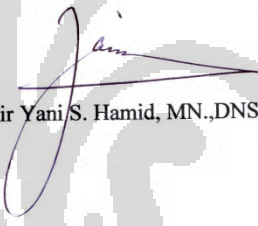
Tesis dengan judul :

**PENGARUH TERAPI PERILAKU KOGNITIF TERHADAP  
KEMAMPUAN INTERAKSI SOSIAL KLIEN ISOLASI SOSIAL  
DI RSJ Dr AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG**

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan  
dihadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Keperawatan  
Fakultas Ilmu Keperawatan – Universitas Indonesia

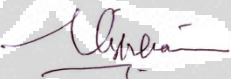
Depok, Juli 2012

**Pembimbing I**



Prof Achir Yani S. Hamid, MN.,DNSc

**Pembimbing II**



Mustikasari, SKp.,MARS

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Sri Nyumirah

Program Studi : Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

Judul Tesis : Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif terhadap Kemampuan Interaksi Sosial Klien Isolasi Sosial di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang

**Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan penguji dan diterima sebagai Persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan – Universitas Indonesia**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof Achir Yani S. Hamid, MN.,DNSc

(.....)

Pembimbing : Mustikasari, SKp.,MARS

(.....)

Penguji : Tjahjanti Kristiyansih,SKp.,M.Kep.,Sp.Kep J

(.....)

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

(.....)

Ditetapkan di Depok  
Tanggal 9 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Tesis dengan judul ” **Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif terhadap Kemampuan Klien dalam Melakukan Interaksi Sosial pada Klien Isolasi Sosial di RSJ Amino Gondohutomo Semarang**”. Penyusunan 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 penyusunan proposal 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 Astuti Yuni, S.Kp., MN, selaku Koordinator Mata Ajar Tesis sekaligus Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan.
3. Ibu Prof. Achir Yani S. Hamid, MN., DNSc, selaku Pembimbing I yang telah membimbing peneliti dengan sabar, tekun, bijaksana dan cermat memberikan masukan dan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
4. Ibu Mustikasari, SKp., MAR Sselaku Pembimbing II yang telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta cermat memberikan bimbingan selama proses penyusunan tesis ini.
5. Ibu Tjahjanti Kristyaningsih, SKp., MKep, Sp.Kep.J, selaku Penguji I yang telah memberikan motivasi, masukan, dan arahan selama proses penyusunan tesis ini.
6. Ibu Novy Helena C.D, S. Kp, M.Sc, selaku Penguji II yang telah memberikan motivasi, masukan, dan arahan selama proses penyusunan Tesis ini.
7. Direktur RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang dan kepala ruangan yang telah memberikan ijin pada penulis untuk melakukan penelitian dalam rangka penyusunan Tesis.

8. Bapak dr. Muchtadi.,Msc, selaku Ketua Stikes Cendekia Utama Kudus yang telah memberikan ijin tugas studi.
9. Ibu Biyanti Dwi Winarsih, S.Kep.,Ns, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan yang telah memberikan ijin belajar,memberikan motivasi, danarahanselama proses tesisini.
10. Staf pengajar Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan yang telah membekali ilmu, sehingga penulis mampu menyusun tesis ini.
11. Semua responden yang telah membantu penulis jalannya proses penelitian.
12. Suami tercinta Hery Prihastomo,Ssi yang selalu memberikan dukungan, doa, dan pengertiannya dalam proses tesis ini
13. Bapak, Ibu dan mertua saya yang selalu mendoakan dan memberikan arahan supaya penulis selalu berjuang untuk mencari ilmu.
14. Teman-teman di Stikes Cendekia Utama Kudus yang telah memberikan motivasi dan keringanan kerja selama dalam proses belajar.
15. Rekan-rekan angkatan VI (2010) Program Magister Keperawatan Jiwa yang selalu memberikan dukungan dan kerjasamanya.
16. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian penyusunan proposal ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas semua kebaikan yang telah Bapak/Ibu/Saudara/i berikan. Tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaiki.

Depok, Juli 2012

Penulis

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

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sri Nyumirah  
NPM : 1006801084  
Program Studi : Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

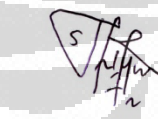
Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atau karya ilmiah saya yang berjudul :

Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif terhadap Kemampuan Interaksi Sosial Klien Isolasi Sosial di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, 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 : 9 Juli 2012  
Yang menyatakan



(Sri Nyumirah)



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

Tesis, Juli 2012  
Sri Nyumirah

Pengaruh Terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan interaksi sosial klien isolasi sosial di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang  
xvii + 98 hal + 14 tabel + 4 skema + 12 lampiran

**Abstrak**

Isolasi sosial merupakan suatu keadaan perubahan yang dialami klien skizofrenia. Suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan klien isolasi sosial dalam melakukan interaksi di ruang rawat inap di RSJ Dr Amino gondohutomo Semarang . Desain penelitian *quasi experimental pre-post test with without control*. Sampel berjumlah 33 orang dengan tehnik pengambilan sampel *total sampling*. Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan interaksi (kognitif, afektif dan perilaku) pada klien isolasi sosial ( $p \text{ value} \leq 0.05$ ). Ada peningkatan kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) setelah dilakukan terapi perilaku kognitif. Terapi perilaku kognitif direkomendasikan diterapkan sebagai terapi keperawatan dalam merawat klien dengan isolasi sosial dengan penurunan kemampuan interaksi sosial.

**Kata kunci** :Terapi perilaku kognitif, kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan psikomotor), klien isolasi sosial

Daftar pustaka : 88 (1999 -2012)

**POSTGRADUATE PROGRAM  
PSYCHIATRIC NURSING  
FACULTY of NURSING  
UNIVERSITY of INDONESIA**

Thesis, July 2012  
Sri Nyumirah

The Effect of cognitive behavioral Therapy to the client ability of social interaction with social isolation at RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang.

xvii+98+ 14thetable+ 4+ 12 attachmentscheme

**Abstract**

Social isolation is a state of change experienced by clients with schizophrenia. A person's solitude experience and shyness towards others as something negative. This study aimed to determine the effect of cognitive behavioral therapy for social isolation in the client's ability to interact in the hospitalized in the RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang. Quasi-experimental research design pre-post test with without control was used for this study sample consistend of 33 respondents were selected using the with total sampling technique. The results of that study showed that there was no effect of cognitive behavioral therapy on the ability of interaction (cognitive, affective and behavioral) of the client's social isolation ( $p \text{ value} < 0.05$ ). There was increasing social interaction skills (cognitive, affective and behavioral) after receiving cognitive behavioral therapy. Cognitive behavioral therapy was recommended as a treatment applied to nursing care the clients with social isolation experienced the low ability social interaction skills.

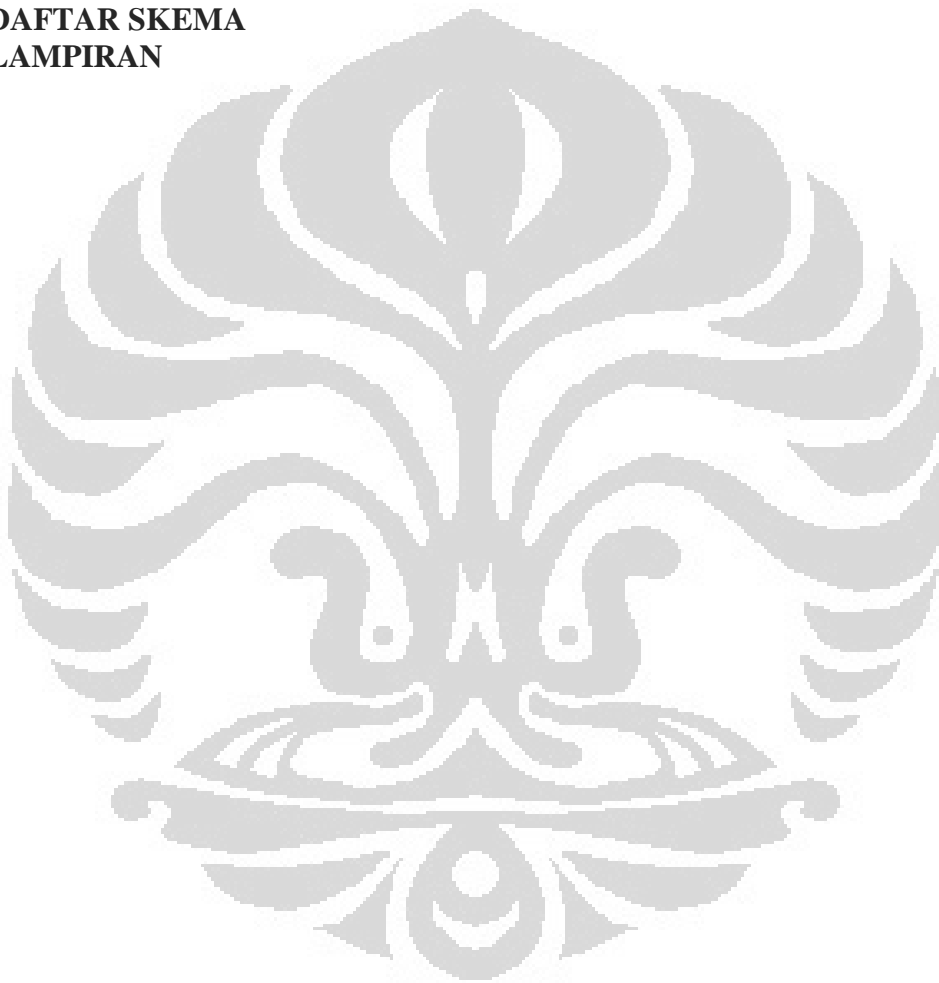
**Keyword** : Cognitive Behavioral Therapy, ability of social interaction (cognitive, affective and behavioral), social isolation client.

Bibliography : 88 ( 1999 - 2012)

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	i
HALAMAN JUDUL .....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iv
HALAMAN PENGESAHAN .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	viii
ABSTRAK .....	ix
KATA PENGANTAR .....	x
DAFTAR ISI .....	xi
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR SKEMA .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	10
1.3 Tujuan Penelitian .....	10
1.4 Manfaat Penelitian .....	11
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>16</b>
2.1 Isolasi Sosial .....	13
2.2 Interaksi sosial .....	27
2.3 Komunikasi.....	30
2.4 Terapi Peilaku Kognitif.....	34
<b>BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>	<b>46</b>
3.1 Kerangka Konsep .....	46
3.2 Hipotesis.....	47
3.3 Definisi Operasional .....	48
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>51</b>
4.1 Desain Penelitian .....	51
4.2 Populasi dan Sampel .....	52
4.3 Waktu dan Tempat Penelitian.....	53
4.4 Aplikasi Etika Penelitian .....	54
4.5 Alat Pengumpul Data .....	55
4.6 Uji Coba Instrumen.....	56
4.7 Prosedur Pengumpulan Data .....	57
4.8 Analisis Data.....	62
<b>BAB V HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>65</b>
5.1 Karakteristik responden (univariat) .....	65
5.2 Analisa bivariat .....	67
5.3 Kemampuan interaksi sebelum dan sesudah intervensi .....	70
5.4 Analisis pengaruh terapi perilaku kognitif .....	71

<b>BAB VI PEMBAHASAN</b> .....	73
6.1 Analisis bivariat .....	73
6.2 Rata-rata kemampuan interaksi .....	82
6.3 Analisis pengaruh.....	84
6.4 Keterbatasan penelitian .....	93
6.5 Implikasi hasil penelitian.....	94
<b>BAB VII SIMPULAN DAN SARAN</b>	
7.1 Simpulan.....	96
7.2 Saran.....	96
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>DAFTAR TABEL</b>	
<b>DAFTAR SKEMA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR TABEL

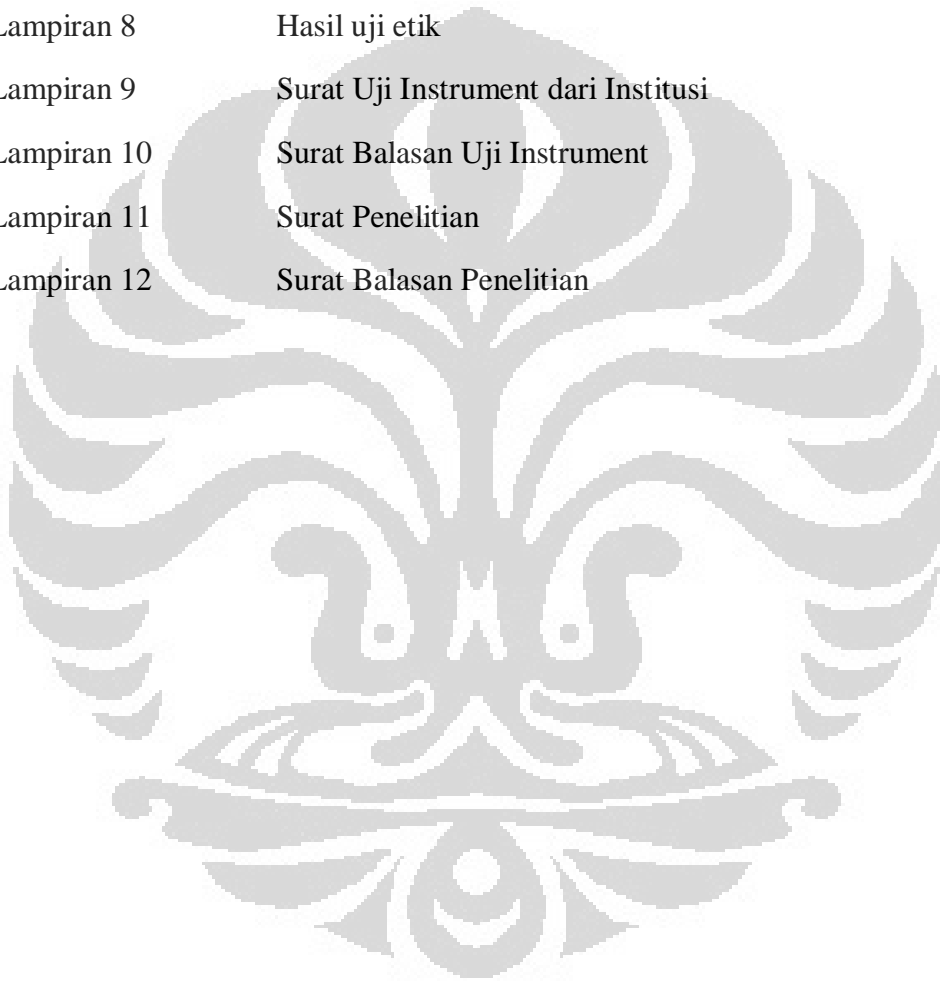
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	49
Tabel 4.1	Daftar jumlah pertanyaan responden.....	55
Tabel 4.2	Tabel uji instrumen.....	57
Tabel 4.3	Tabel uji statistik karakteristik klien.....	66
Tabel 4.4	Tabel uji statistik kemampuan interaksi klien.....	66
Tabel 5.1	Tabel karakteristik umur.....	66
Tabel 5.2	Tabel Distribusi berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan .....	68
Tabel 5.3	Tabel korelasi umur dengan kemampuan interaksi.....	68
Tabel 5.4	Tabel korelasi jenis kelamin dengan kemampuan interaksi .....	68
Tabel 5.5	Tabel korelasi pekerjaandengan kemampuan interaksi .....	68
Tabel 5.6	Tabel korelasi pendidikandengan kemampuan interaksi.....	69
Tabel 5.7	Tabel korelasi status perkawinan dengan kemampuan interaksi..	70
Tabel 5.8	Tabel kemampuan interaksi sebelum dan sesudah.....	71
Tabel 5.9	Tabel uji beda kemampuan interaksi sebelum dan sesudah .....	71

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka teori penelitian.....	45
Skema 3.1	Kerangka konsep penelitian.....	48
Skema 4.1	Desain penelitian.....	51
Skema 4.2	Kerangka kerja pelaksanaan intervensi.....	61

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Persetujuan Responden
Lampiran 2	Penjelasan Tentang Penelitian
Lampiran 3&4	Instrumen
Lampiran 5	Modul Terapi Perilaku Kognitif
Lampiran 6	Buku Kerja Terapi Perilaku Kognitif
Lampiran 7	Hasil uji kompetensi
Lampiran 8	Hasil uji etik
Lampiran 9	Surat Uji Instrument dari Institusi
Lampiran 10	Surat Balasan Uji Instrument
Lampiran 11	Surat Penelitian
Lampiran 12	Surat Balasan Penelitian



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1. Latar Belakang**

Kesehatan merupakan unsur paling penting dalam kesejahteraan hidup baik perorangan, kelompok atau masyarakat luas yang sangat dipengaruhi oleh terpenuhinya kebutuhan dasar hidup seperti pangan, sandang, perumahan, penghasilan, lapangan kerja, pendidikan, kebebasan beragama, kesempatan untuk mengembangkan daya cipta (Depkes RI, 2006). Masyarakat yang dapat hidup sehat adalah masyarakat yang sadar, mampu mengenali dan mengatasi permasalahan kesehatan yang sedang dihadapi, sehingga dapat bebas dari gangguan kesehatan, baik yang disebabkan oleh penyakit fisik maupun psikologis, termasuk gangguan kesehatan akibat bencana, maupun lingkungan dan perilaku yang tidak mendukung untuk hidup sehat termasuk masalah kesehatan jiwa.

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan perilaku dan coping individu efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional (Johnsons, 1997 dalam Videback 2008). Kesehatan jiwa juga mempunyai sifat yang harmonis dan memperhatikan semua segi dalam kehidupan manusia dalam berhubungan dengan manusia lainnya yang akan mempengaruhi perkembangan fisik, mental, dan sosial individu secara optimal yang selaras dengan perkembangan masing-masing individu.

Menurut WHO (2009), prevalensi masalah kesehatan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030, gangguan jiwa juga berhubungan dengan bunuh diri, lebih dari 90% dari satu juta kasus bunuh diri setiap tahunnya akibat gangguan jiwa. Gangguan jiwa ditemukan di semua negara, terjadi pada semua tahap kehidupan, termasuk orang dewasa dan cenderung terjadi peningkatan gangguan jiwa.

Prevalensi terjadinya gangguan jiwa berat di Indonesia berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (2007) adalah sebesar 4,6 permil, dengan kata lain dari 1000 penduduk Indonesia empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat (Depkes RI, 2008). Penduduk Indonesia pada tahun 2007 (Pusat Data dan Informasi Depkes RI, 2009) sebanyak 225.642.124 sehingga klien gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2007 diperkirakan 1.037.454 orang. Kondisi diatas menggambarkan jumlah klien gangguan jiwa yang mengalami ketidakmampuan untuk terlibat dalam aktivitas oleh karena keterbatasan mental akibat gangguan jiwa berat yang akan mempengaruhi kualitas kehidupan penderitanya. Tahun 2009 angka kejadian penderita gangguan jiwa di Jawa Tengah berkisar antara 3300 orang sampai 9300 orang (Widyayati, 2009). Angka kejadian ini merupakan penderita yang sudah terdiagnosa. Persentase gangguan kesehatan jiwa itu akan terus bertambah seiring dengan meningkatnya beban hidup masyarakat Indonesia.

Gangguan jiwa menurut *American Psychiatric Association* dalam Stuart (2009) adalah sindroma perilaku yang secara klinik bermakna atau sindroma psikologis atau pola yang dihubungkan dengan kejadian distress pada seseorang atau ketidakmampuan untuk terlibat dalam aktivitas atau disertai peningkatan resiko untuk kematian, sakit, atau hilang rasa bebas. Townsend (2009) menyatakan gangguan jiwa merupakan respon maladaptif terhadap stressor dari dalam dan luar lingkungan yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang tidak sejalan dengan budaya/kebiasaan/norma setempat dan mempengaruhi interaksi sosial individu, dan fungsi tubuh. Sehingga gangguan jiwa dapat diartikan sebagai suatu kumpulan gejala yang tercermin dari pola pikiran, perasaan serta perilaku individu yang terganggu yang akan mempengaruhi interaksi sosial individu, dan akan menyebabkan individu mengalami ketidakmampuan untuk terlibat dari aktivitas karena penyakit mental yang dialami atau peningkatan secara signifikan resiko untuk kematian, sakit dan mempengaruhi fungsi kehidupan.

Gangguan kesehatan jiwa bukan penyebab utama kematian secara langsung, tetapi gangguan jiwa merupakan penyebab utama ketidakmampuan untuk terlibat

dalam aktivitas karena gangguan pada fungsi mental yang terjadi pada kelompok usia paling produktif, yakni terjadi antara usia 15-44 tahun. Dampak sosial yang dapat terjadi yaitu berupa penolakan, pengucilan, dan diskriminasi. Begitu pula dampak ekonomi berupa hilangnya hari produktif untuk mencari nafkah bagi penderita maupun keluarga yang harus merawat. Serta meningkatnya pengeluaran yang terjadi di dalam keluarga (Maryandi, 2007). Menurut Stuart (2009) klien gangguan jiwa berat tidak dapat bekerja lagi, tidak mampu memberikan kontribusi dalam kehidupan keluarga bahkan biaya untuk keperluan sehari-hari dan biaya berobatannya menjadi tanggungan keluarga.

Salah satu bentuk gangguan kejiwaan yang memiliki tingkat keparahan yang tinggi adalah skizofrenia. Skizofrenia merupakan gangguan jiwa berat yang akan membebani masyarakat sepanjang hidup penderita yang dikarakteristikan dengan disorganisasi pikiran, perasaan dan perilaku (Lenzenweger & Gottesman, 1994 dalam Sinaga 2008). Seseorang yang mengalami skizofrenia akan mempengaruhi semua aspek dari kehidupannya yang ditandai dengan gejala-gejala psikotik yang khas dan terjadi kemunduran fungsi sosial yaitu gangguan dalam berhubungan dengan orang lain, fungsi kerja menurun, kesulitan dalam berfikir abstrak, kurang spontanitas, serta gangguan pikiran/inkoheren.

Skizofrenia mempunyai prevalensi sebesar 1% dari populasi di dunia (rata-rata 0,85%). Angka insidens skizofrenia adalah 1 per 10.000 per tahun (Sinaga, 2008). Prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia adalah 0,3 sampai 1 % dan biasanya timbul pada usia sekitar 18 sampai 45 tahun, namun ada juga yang baru berusia 11 sampai 12 tahun sudah menderita skizofrenia. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa, maka diperkirakan sekitar 2 juta jiwa menderita skizofrenia (Arif, 2006).

Hasil penelitian WHO di Jawa Tengah tahun 2009 menyebutkan dari setiap 1000 warga Jawa Tengah terdapat 3 orang yang mengalami gangguan jiwa terutama skizofrenia, sementara 19 dari setiap 1000 warga Jawa Tengah mengalami stres (Depkes, 2009). Berdasarkan pencatatan rekam medik RSJ Amino Gondohutomo Semarang selama periode bulan Agustus sampai September 2011 jumlah klien



skizofrenia sebanyak 304 orang, jika dihitung selama satu tahun jumlah klien skizofrenia sebanyak 1303 orang, dengan masalah keperawatan perilaku kekerasan, harga diri rendah, defisit perawatan diri, halusinasi dan isolasi sosial (Buku rekam medik RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang, 2011).

Gejala yang tampak skizofrenia dibagi dalam dua kategori utama yaitu gejala positif atau gejala yang nyata yang mencakup waham, halusinasi dan disorganisasi pikiran bicara dan perilaku yang tidak teratur; gejala negatif atau gejala samar seperti afek datar, tidak memiliki kemauan dan menarik diri dari masyarakat atau rasa tidak nyaman (Videback, 2008). Salah satu gejala yang lebih banyak muncul yaitu disfungsi sosial dan pekerjaan yang mempengaruhi perilaku pada klien skizofrenia menyebabkan depresi pada klien yang mengganggu konsep diri klien sehingga menjadikan kurangnya penerimaan klien di lingkungan keluarga dan masyarakat terhadap kondisi yang dialami klien yang mengakibatkan klien mengalami isolasi sosial (Sinaga, 2008).

Isolasi sosial adalah merupakan suatu keadaan perubahan yang dialami klien skizofrenia. Isolasi sosial adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain sebagai sesuatu yang negatif atau keadaan yang mengancam (NANDA, 2005). Klien yang mengalami isolasi sosial akan cenderung muncul perilaku menghindar saat berinteraksi dengan orang lain dan lebih suka menyendiri terhadap lingkungan agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang kembali (Keliat, 1999). Dengan demikian kegagalan individu dalam melakukan interaksi dengan orang lain sebagai akibat dari pikiran negatif dan pengalaman yang tidak menyenangkan sebagai ancaman terhadap individu.

Hasil Penelitian Hatfield dalam Sinaga (2008) menunjukkan bahwa sekitar 72% pasien gangguan jiwa yang mengalami isolasi sosial dan 64% tidak mampu memelihara diri sendiri, keterampilan sosial pasien buruk, umumnya disebabkan karena onset dini penyakit. Penilaian yang salah terhadap interaksi sosial, kecemasan yang tinggi dan gangguan dalam mendapatkan informasi. Berdasarkan data dari RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang untuk gangguan

jiwa dengan isolasi sosial tahun 2011 sebanyak 553, sedangkan bulan Januari sampai Pebruari 2012 sebanyak 40 orang dari delapan ruang rawat inap. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa banyaknya gangguan jiwa yang terjadi dengan masalah isolasi sosial maka perlu menjadi perhatian dan penanganan khusus bagi individu, keluarga, petugas di rumah sakit maupun lingkungan tempat tinggal klien.

Individu dengan isolasi sosial menunjukkan perilaku menarik diri, tidak komunikatif, mencoba menyendiri, lebih suka dengan pikiran dan dirinya sendiri, tidak ada kontak mata, sedih, afek tumpul, perilaku bermusuhan, menyatakan perasaan sepi atau ditolak, kesulitan membina hubungan sosial di lingkungannya, menghindari orang lain dan mengungkapkan perasaan tidak dimengerti orang lain (NANDA, 2007). Sesuai hasil penelitian Winddyasih (2008) perilaku yang muncul pada isolasi sosial akan menyebabkan terjadinya perilaku manipulatif pada individu yakni perilaku agresif atau melawan/menentang terhadap orang lain yang menghalangi keinginannya atau dalam usaha untuk memenuhi kebutuhannya. Jika perilaku manipulatif tidak teratasi maka akan terjadi perilaku menarik diri yaitu usaha untuk menghindari interaksi dengan orang lain dan kemudian menghindari berhubungan sebagai suatu pertahanan terhadap pikiran yang negatif apabila berhubungan dengan orang lain sebagai suatu stresor/ancaman bagi klien.

Menurut Carpenito (2006) penyebab dari isolasi sosial adalah harga diri rendah yaitu perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan yang ditandai dengan adanya perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, percaya diri kurang dan juga dapat mencederai diri. Untuk meningkatkan kemampuan interaksi sosial, klien perlu mendapatkan tindakan keperawatan yang akan memberikan respon terhadap suatu masalah atau situasi tertentu melalui komunikasi terapeutik. Dengan komunikasi tersebut klien akan meningkatkan kemampuan interaksi sosial dengan bertukar informasi atau pesan secara stimulan dikirim dan diterima secara verbal maupun non verbal. Kemampuan menerapkan teknik komunikasi memerlukan latihan dan kepekaan

serta ketajaman perasaan karena komunikasi terjadi tidak dalam kemampuan tetapi dalam dimensi nilai, waktu dan ruang yang turut mempengaruhi keberhasilan komunikasi yang terlihat melalui dampak terapeutiknya bagi klien. (Winddyasih, 2008).

Tindakan keperawatan generalis yang dilakukan pada klien dengan isolasi sosial menurut Keliat dan Akemat (2010) adalah dengan cara mengajarkan klien mengenal penyebab klien isolasi sosial atau suka menyendiri, menyebutkan keuntungan dan kerugian klien berhubungan dengan orang lain. Melatih klien cara berkenalan dengan orang lain. Melatih klien berkenalan secara bertahap mulai dari satu orang, dua orang sampai lebih baik dengan teman atau perawat serta melakukan terapi aktivitas kelompok sosialisasi pada klien dengan isolasi sosial yang akan membantu klien dalam berinteraksi dengan orang lain dalam kelompok permainan.

Hasil studi penelitian yang dilakukan oleh peneliti dengan wawancara pada tanggal 3 Maret 2012 di RSJ Dr Amino Gondohutomo kepada empat kepala ruang di ruang rawat inap tentang klien isolasi sosial yang mengalami penurunan pada kemampuan interaksi informasi yang didapatkan bahwa klien dengan isolasi sosial selama berada di ruang rawat inap telah dilakukan tindakan keperawatan dengan melatih klien berkenalan baik dengan teman dan perawat serta menjelaskan manfaat berinteraksi dengan orang lain. Melakukan terapi aktivitas kelompok sosialisasi juga dilakukan untuk melibatkan klien dengan teman satu ruangan dalam suatu kelompok sehingga ada interaksi sosial dengan orang lain, meskipun sudah dilatih berinteraksi dengan orang lain dan melibatkan klien dalam kelompok tetapi kemampuan klien dalam berinteraksi kontak sosial dengan orang lain masih kurang, jarang melakukan komunikasi dengan teman yang berada satu ruangan, lebih banyak diam dan menyendiri.

Hasil observasi dan wawancara yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 3 Maret 2012 terhadap 6 Klien yang berada di ruang rawat inap didapatkan informasi bahwa klien mengatakan kalau suka menyendiri dan jarang berkomunikasi karena klien malas melakukan interaksi sosial dengan orang lain karena tidak ada

manfaatnya jika berinteraksi dengan orang lain sebab tidak ada hal yang penting untuk diceritakan ke orang lain dan tidak ada gunanya berinteraksi dengan orang lain, karena meskipun berinteraksi dengan klien tidak akan membuat klien untuk cepat pulang dan kembali ke rumah. Oleh karena itu klien lebih suka tidur dan duduk diam saja dibandingkan berinteraksi dengan orang lain, klien juga belum mampu mengungkapkan perasaannya saat berinteraksi dengan orang lain, saat berinteraksi klien sudah mampu melihat dan mendengarkan lawan jenis tetapi tidak ada kontak mata karena klien tidak terfokus pada pembicaraan yang telah dilakukan, saat diberikan pertanyaan menjawab tetapi harus selalu dimotivasi karena menjawabnya lamban.

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti tersebut sudah dilakukan tindakan keperawatan namun dampak terhadap kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial masih belum maksimal dengan masih tampaknya gejala isolasi sosial yang muncul dan pikiran menganggap tidak penting dan tidak ada gunanya berinteraksi dengan orang lain sehingga menurunkan motivasi klien saat akan berinteraksi dengan orang lain. Tindakan keperawatan pada klien isolasi sosial akan lebih efektif dan meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial secara adekuat bila dipadukan dengan tindakan keperawatan lanjut/spesialis. Menurut Putdangmith (2011 dalam Suryani, 2006) apabila tidak ada komunikasi saat melakukan interaksi sosial akan terjadi berkurangnya individu yang kita kenali, adanya ketidakharmonisan terhadap individu yang satu sama lain, dapat berakibat konflik, bahkan terpecahnya suatu kelompok itu sendiri.

Salah satu bentuk psikoterapi yang dapat diterapkan pada klien isolasi sosial dengan penurunan kemampuan dalam melakukan interaksi sosial karena pengalaman yang tidak menyenangkan dan pikiran negatif yang muncul pada individu sebagai ancaman individu yaitu dengan terapi perilaku kognitif yang didasarkan pada teori bahwa tanda dan gejala fisiologis berhubungan dengan interaksi antara pikiran, perilaku dan emosi (Pedneault, 2008). Sedang menurut (Epigee, 2009) terapi ini merupakan terapi yang didasari dari gabungan beberapa

terapi yang dirancang untuk merubah cara berfikir dan memahami situasi dan perilaku sehingga mengurangi frekuensi negatif, emosi yang mengganggu dan mengurangi penurunan motivasi terutama dalam melakukan interaksi sosial. Sesuai penelitian Renidayati (2008) tentang pengaruh *Social Skills Training* (SST) pada klien isolasi sosial bahwa 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.

Menurut (Martin, 2010) bahwa penerapan terapi psikososial dengan perilaku kognitif dapat merubah pola pikir yang negatif menjadi positif sehingga perilaku yang maladaptif yang timbul akibat pola pikir yang salah juga akan berubah menjadi perilaku yang adaptif, sehingga pada akhirnya diharapkan individu dengan masalah isolasi sosial memiliki peningkatan kemampuan untuk melakukan interaksi sosial dan bereaksi secara adaptif dalam menghadapi masalah atau situasi yang sulit dalam setiap fase hidupnya.

Menurut Singer dan Addington (2009 dalam Lelono, 2010) penerapan terapi perilaku kognitif dapat menurunkan gejala negatif skizofrenia yang akan menjadi positif serta fungsi sosial yang baik dan menunjukkan efek yang menetap setelah pengobatan berakhir, dibandingkan dengan perawatan rutin saja, karena dengan terapi perilaku kognitif klien dapat membantu klien melakukan perilaku dan pikiran yang positif. Jika diterapkan pada klien dengan isolasi sosial terbentuk pikiran yang positif sehingga mendapatkan perilaku yang positif. Klien dengan isolasi sosial yang mengalami penurunan motivasi dalam melakukan interaksi sosial dengan diberikan terapi perilaku kognitif akan mempunyai persepsi yang positif dan klien mengetahui pentingnya interaksi sosial.

Sesuai penelitian yang telah dilakukan oleh Fauziah (2009) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien skizofrenia dengan perilaku kekerasan, Sasmita (2007) *Cognitive behaviour therapy* meningkatkan secara bermakna kemampuan kognitif dan perilaku klien

harga diri rendah, Wahyuni (2010) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien halusinasi, Erwina (2010) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien pasca gempa. Sesuai penelitian yang akan dilakukan bahwa dengan memberikan terapi perilaku kognitif akan meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien melakukan interaksi sosial sehingga klien tetap menjaga hubungan atau kontak sosial dan klien merasa tidak sendiri. Apabila klien dengan isolasi sosial yang mengalami penurunan kemampuan interaksi sosial jika tidak diberikan terapi perilaku kognitif akan mengakibatkan kepercayaan dirinya kurang sehingga muncul gangguan konsep diri pada klien dan muncul halusinasi karena suka menyendiri dan jarang berinteraksi dengan orang lain.

Penerapan terapi perilaku kognitif, mengubah status pikiran dan perilaku klien, sehingga perilaku negatif yang muncul akan menjadi perilaku yang positif (Oemarjoedi, 2003). Diharapkan putusannya hubungan antara pikiran dan perilaku yang negatif pada klien, secara keseluruhan akan mengubah cara berpikir dan berperilaku individu tersebut tidak mengarah pada perilaku yang maladaptif, sehingga akan meningkatkan kemampuan klien isolasi sosial untuk melakukan interaksi sosial dan pada akhirnya akan meningkatnya kepercayaan klien dalam melakukan interaksi klien dengan orang lain dan mengurangi pikiran negatif yang muncul pada klien.

Sesuai penelitian yang telah dilakukan oleh Morisson (2009) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat diberikan pada klien skizofrenia yang menjadikan klien dapat mengontrol perilaku marah, mengontrol klien yang berbicara sendiri atau halusinasi dan dapat meningkatkan hubungan klien baik di rumah sakit, keluarga dan di tempat kerja. Menurut Davis dkk (2005) terapi perilaku kognitif dapat diberikan klien skizofrenia untuk meningkatkan kepercayaan yang positif bagi klien sehingga muncul perilaku yang positif .

Penelitian yang akan dilakukan dalam menerapkan terapi perilaku kognitif dengan pendekatan diagnosis keperawatan isolasi sosial belum pernah dilakukan

di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang yang merupakan rumah sakit (RS) pusat rujukan kesehatan dan keperawatan jiwa di daerah Kodya Semarang. Penerapan terapi perilaku kognitif akan memberikan manfaat yang positif pada klien isolasi sosial dengan penurunan kemampuan dalam melakukan interaksi sosial sehingga akan meningkatkan kepercayaan diri klien dan klien mampu melakukan interaksi sosial dengan pikiran yang positif pentingnya berhubungan dengan orang lain.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka dapat disimpulkan bahwa ditemukan 40 klien yang dirawat di ruang rawat inap RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang dengan masalah isolasi sosial mengalami penurunan kemampuan untuk interaksi sosial. Sudah dilakukan tindakan keperawatan namun dampak terhadap kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial masih belum maksimal dengan masih tampaknya gejala isolasi sosial yang muncul dan pikiran menganggap tidak penting dan tidak ada gunanya berinteraksi dengan orang lain sehingga menurunkan motivasi klien saat akan berinteraksi dengan orang lain.

Peneliti ingin menerapkan terapi perilaku kognitif dalam mengatasi masalah penurunan kemampuan dalam melakukan interaksi sosial. Berdasarkan permasalahan diatas maka pertanyaan penelitian yang dapat dikemukakan dalam penelitian ini adalah:

Apakah terapi perilaku kognitif berpengaruh terhadap peningkatan kemampuan (kognitif, afektif dan perilaku) dalam melakukan interaksi sosial pada klien isolasi sosial pada kelompok intervensi yang dirawat di ruang rawat inap RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang.

## **1.3. Tujuan penelitian**

### **1.3.1. Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan klien isolasi sosial dalam

melakukan interaksi sosial di ruang rawat inap RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang.

### **1.3.2. Tujuan Khusus**

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah:

- 1.3.2.1. Diketuainya gambaran karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan) pada klien isolasi sosial di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang
- 1.3.2.2. Diketuainya hubungan karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan) dengan kemampuan dalam melakukan interaksi sosial di ruang rawat inap RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang
- 1.3.2.3. Diketuainya pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan (kognitif, afektif dan perilaku) dalam melakukan interaksi sosial pada klien isolasi sosial di ruang rawat inap RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang

### **1.4. Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Bagi Pelayanan di Rumah Sakit**

- a. Dapat meningkatkan kemampuan interaksi sosial klien isolasi sosial dengan mengubah kognitif, afektif dan perilaku klien yang negatif untuk menjadi positif.
- b. Dapat memberi masukan bagi perawat tentang perlunya terapi perilaku kognitif pada klien isolasi sosial untuk meningkatkan kemampuan interaksi sosial klien baik kognitif, afektif dan perilaku klien.

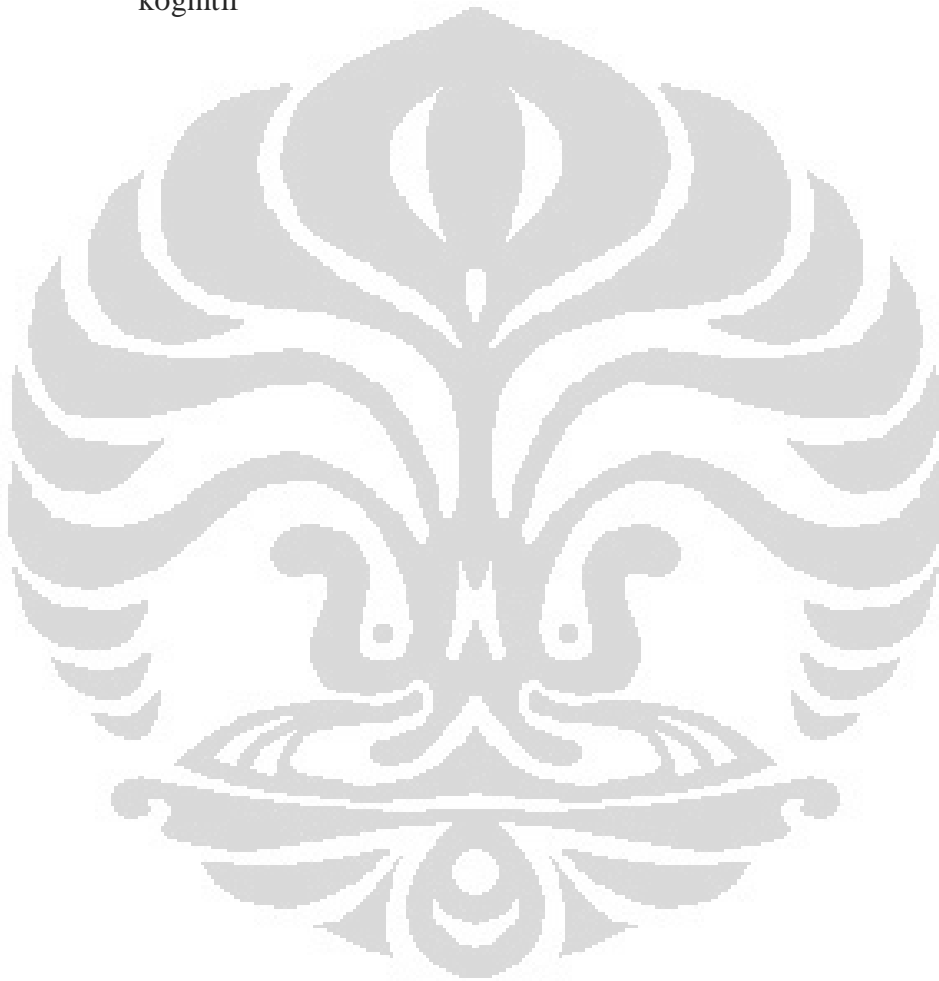
#### **1.4.2 Manfaat Keilmuan**

- a. Dapat mengembangkan penerapan terapi perilaku kognitif sebagai terapi bagi klien gangguan jiwa sebagai intervensi dengan masalah isolasi sosial terhadap penurunan kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial.
- b. Dapat sebagai data dasar untuk pengembangan intervensi lanjutan khususnya intervensi yang diberikan oleh perawat spesialis jiwa dalam bidang keperawatan jiwa



### **1.4.3 Manfaat Metodologi**

- a. Dapat mengembangkan jumlah pertemuan atau sesi dalam terapi perilaku kognitif maka akan didapatkan hasil yang berbeda dalam meningkatkan kemampuan interaksi sosial klien isolasi sosial dengan mengubah kognitif, afektif dan psikomotor.
- b. Dapat mengembangkan desain penelitian yang berbeda maka akan mendapatkan hasil yang berbeda dalam melakukan terapi perilaku kognitif



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian, dikemukakan beberapa konsep, teori, hasil penelitian yang terkait dengan bidang penelitian ini serta kerangka teori dalam pelaksanaan penelitian ini. Adapun konsep dan teori tersebut meliputi : konsep isolasi sosial, interaksi sosial, terapi perilaku kognitif.

#### **2.2 Isolasi sosial**

##### **2.1.1 Pengertian**

Isolasi sosial adalah individu atau kelompok mengalami atau merasakan kebutuhan atau keinginan untuk meningkatkan keterlibatan dengan orang lain tetapi tidak mampu membuat kontak ( Carpenito, 2006).

Isolasi sosial adalah suatu gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam berhubungan ( Videbeck, 2009).

Pengertian diatas dapat disimpulkan isolasi sosial adalah seseorang individu atau kelompok yang mengalami gangguan hubungan interpersonal yang mengganggu fungsi seseorang dalam berhubungan atau meningkatkan keterlibatan dengan orang lain.

##### **2.1.2 Etiologi**

Setiap tahap tumbuh kembang individu terdapat tugas perkembangan yang harus dipenuhi agar tidak terjadi gangguan hubungan sosial. Setiap individu harus melewati masa bayi yang sangat tergantung dengan orang yang dipercaya, usia sekolah anak mulai mengenal hubungan yang lebih luas khususnya masa sekolah, masa remaja dimana dekat dengan temannya tapi remaja mengembangkan keinginan orang tua dan teman-temannya, masa dewasa muda adalah independen dengan teman atau orang tua individu belajar menerima dan sudah matang serta mempunyai rasa percaya diri sehingga sudah menjalani hubungan dengan orang lain, masa dewasa tua masa dimana individu akan merasa terbuka karena kehilangan dan mulai menyembunyikan perasaan terkait dengan budaya. Sistem keluarga yang

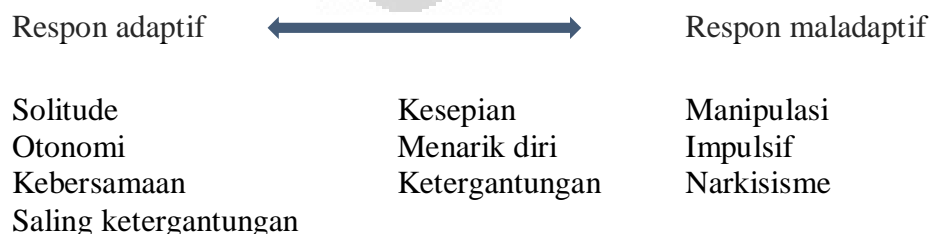
terganggu dapat menunjang perkembangan respon maladaptif. Ada pendapat yang mengatakan bahwa individu yang mengalami masalah ini adalah orang yang tidak berhasil memisahkan dirinya dari orang tua (Stuart & Laraia, 2006).

Isolasi sosial merupakan salah satu respon maladaptif dalam rentang respon neurobiologi selain delusi, halusinasi, gangguan emosi dan gangguan perilaku (Stuart & Laraia, 2006). 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.

Komplikasi menurut Keliat (2005) salah satu gangguan berhubungan sosial diantaranya perilaku menarik diri dan isolasi sosial yang disebabkan oleh perasaan tidak berharga yang dapat dialami klien dengan latar belakang yang penuh permasalahan ketegangan, kekecewaan dan kecemasan. Perasaan tidak berharga menyebabkan klien makin sulit klien dalam mengembangkan hubungan dengan orang lain. Akibat klien menjadi regresi atau mundur, mengalami penurunan dalam aktivitas, dan kurangnya perhatian terhadap penampilan dan kebersihan diri.

### 2.1.3 Rentang Respon

Rentang respon pada klien dengan isolasi sosial menurut (Stuart & Laraia, 2006)



#### 2.1.4 Faktor Predisposisi

##### a) Faktor biologis

Faktor genetik dapat berperan dalam respon sosial maladaptif. Terjadinya penyakit jiwa pada individu juga dipengaruhi oleh keluarganya dibanding dengan individu yang tidak mempunyai penyakit terkait. 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).

##### b) Faktor Psikologis

Faktor predisposisi psikologis meliputi intelektualitas, ketrampilan verbal, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, dan pertahanan psikologis (Stuart & Laraia, 2006). 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 intrapsikis.

Menurut 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. 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, 2006). Townsend (2009); Stuart (2006) menjelaskan faktor sosial budaya dikaitkan dengan terjadinya isolasi sosial meliputi; umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan keyakinan. Penelitian ini sesuai dengan pendapat Seaward (1997, dalam Videbeck, 2008) juga menyebutkan bahwa faktor budaya dan sosial yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah karena tidak adanya penghasilan, adanya kekerasan, tidak memiliki tempat tinggal (tunawisma), kemiskinan dan diskriminasi ras, golongan, usia maupun jenis kelamin.

Menurut Buchman dan Carperpenter (2000, dalam Videbeck 2008) menyatakan bahwa serangan awal skizofrenia yang terjadi secara bertahap, sekitar 50% cenderung mengalami proses klinis secara cepat dan jangka panjang yang lebih buruk daripada serangan akut dan mendadak. Menurut Prawirohadikusumo (2003) bahwa pada klien dengan skizofrenia sebagian besar pada rentang umur 21-35 tahun (dewasa muda) dan pada tahap dewasa muda ini kemampuan kognitif dan perilaku seseorang lebih mudah untuk ditingkatkan. Temuan penelitian yang dilakukan di AS (1999) oleh Kessler bahwa gangguan psikologis paling banyak dialami umur antara 25-32 tahun dan dengan bertambahnya umur masalah yang berkaitan juga akan sering muncul seperti perubahan perilaku, menurunnya aktivitas kerja, ketidaksanggupan kerja, suka menyendiri dan lebih banyak diam. Menurut Townsend (2009) bahwa semakin bertambahnya umur seseorang maka semakin meningkatnya kemampuan seseorang dalam melakukan interaksi sosial dengan orang lain

Menurut temuan Kaplan, Sadock dan Grebb (1999), Davidson & Neale (2001 dalam Fausiah & Widuri 2005) dalam penelitiannya menunjukkan bahwa jumlah klien dengan gangguan jiwa dengan masalah isolasi sosial, proporsi laki-laki lebih banyak dibandingkan klien perempuan.

Pendidikan dapat dijadikan tolak ukur kemampuan seseorang berinteraksi dengan orang lain secara efektif (Stuart & Laraia, 2006). Faktor pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang menyelesaikan masalah yang dihadapi. Hal ini sesuai dengan pendapat menurut Kopelowicz (2002) bahwa semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan seseorang akan berkorelasi yang positif pada coping seseorang atau penyelesaian masalah yang dialaminya.

Para peneliti di AS dan Afrika, Menulty dkk (1997) mengatakan bahwa umur, pendidikan dan pekerjaan seseorang akan mempengaruhi gangguan psikologis seseorang karena pendidikan merupakan sumber coping bagi seseorang dalam menghadapi suatu masalah yang dialaminya.

Skizofrenia terjadi pada semua kelompok sosial ekonomi, namun lebih banyak terjadi pada kelompok sosial ekonomi rendah. 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. Seseorang yang memiliki material asset memungkinkan untuk mengakses pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sebagai solusi terhadap masalah kesehatan yang dialami klien, karena pekerjaan terkait dengan penghasilan individu atau status ekonomi yang menjadi sumber coping keluarga (Stuart&Laraia, 2006).

Menurut Tarwoto dan Wartonah (2003) menyebutkan bahwa status pekerjaan akan mempengaruhi timbulnya stres, status pekerjaan terkait dengan status ekonomi seseorang yaitu dengan sosial ekonomi yang tinggi lebih jarang mengalami stres dibandingkan seseorang yang mempunyai sosial ekonomi rendah. Pekerjaan merupakan salah satu faktor predisposisi yang menyebabkan klien mengalami gangguan jiwa. Masalah pekerjaan merupakan sumber stres pada diri seseorang yang bila tidak dapat diatasi yang bersangkutan dapat jatuh sakit (Hawari, 2007).Hal tersebut diperkuat

oleh pendapat Cattell (2001) serta Hoffiman dan Hatch (2000) yang menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara kemiskinan dengan stressor keuangan. Menurut 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.

Hidup di lingkungan padat penduduk, kemiskinan, kesengsaraan, dan ketakutan karena tingginya angka kriminalitas juga menyebabkan psikopatologi (Cohen, 1993; Betemps & Ragiell, 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.

Menurut Stuart & Laraia (2005) individu yang tidak memiliki pasangan hidup belum menikah atau bercerai termasuk kelompok resiko untuk terjadinya gangguan jiwa. Karena dengan mempunyai suami atau istri seseorang merasakan ada yang memperhatikan dan membantu setiap masalah yang dihadapi sehingga seseorang mampu mengungkapkan perasaannya sedangkan jika tidak mempunyai pasangan seseorang lebih suka menyendiri, tertutup dan mengurung diri jika mengalami masalah. Menurut Kintono (2010) juga menyatakan bahwa pernikahan merupakan salah satu penyebab umum gangguan jiwa. Status perkawinan tidak kawin (belum kawin, janda atau duda) berisiko mengalami gangguan jiwa lebih besar dibandingkan kelompok status perkawinan kawin atau memiliki pasangan hidup.

Hal ini sesuai dengan penelitian Widyowati (2009) menyatakan gangguan jiwa lebih sering terjadi pada individu yang belum kawin dan individu yang bercerai atau lajang. Karena masalah perkawinan yang lebih banyak muncul pada klien dengan gangguan jiwa. Sesuai dengan temuan penelitian Wardani, Keliat, dan Mustikasari (2003) Proporsi klien berstatus tidak

kawin lebih besar dari yang sudah kawin karakteristik klien gangguan jiwa yang berada di ruang MPKP.

### 2.1.5 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). Menurut Townsend (2009) peristiwa dalam kehidupan yang penuh dengan tekanan dan stresor menjadi pencetus serangan atau munculnya gejala skizofrenia dan meningkatkan angka kambuh. Diantaranya faktor presipitasi meliputi :

#### a. Stresor Biologis

Stresor biologis yang berkaitan dengan isolasi sosial meliputi adanya kelainan struktur otak, penyakit infeksi dan penyakit kronis. 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

Ansietas berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan untuk mengatasinya. Tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau kegagalan orang lain untuk memenuhi kebutuhan ketergantungan dapat menimbulkan ansietas berat (Videbeck, 2008).

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

Stres dapat ditimbulkan oleh menurunnya stabilitas unit keluarga misalnya kurangnya *support* sistem dalam keluarga dan kontak/hubungan yang kurang antar anggota keluarga dan berpisah dari orang yang berarti, misalnya karena dirawat di rumah sakit. Stresor lain yang dapat menjadi pencetus terjadinya perilaku isolasi sosial adalah kondisi lingkungan yang bermusuhan, lingkungan penuh dengan kritik, tekanan di tempat kerja atau kesulitan mendapatkan pekerjaan, kemiskinan, dan stigma yang ada di lingkungan tempat tinggal seseorang.

## 2.1.6 Penilaian Terhadap Stresor

Penilaian terhadap stresor menggambarkan arti dan makna sumber stres pada suatu situasi yang dialami individu (Stuart & Laraia, 2006). Penilaian terhadap stresor meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial.

### a. Respon kognitif

Respon kognitif berperan sangat penting dalam proses adaptasi, faktor kognitif akan mempengaruhi suatu kejadian yang menyebabkan stress, menggunakan koping yang akan digunakan, dan reaksi emosi, fisiologi, perilaku, dan sosial seseorang. Penilaian secara kognitif merupakan mediator fisiologis antara individu dengan lingkungan yang menyebabkan 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 akan muncul : merasa kesepian, merasa tidak berguna, merasa putus asa dan tidak memiliki tujuan hidup, merasa ditolak orang lain/lingkungan, dan merasa

tidak dimengerti oleh orang lain, merasa tidak nyaman 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 yang muncul meliputi sedih, takut, marah, gembira, menerima, tidak percaya, antisipasi, dan terkejut. Pengetahuan yang baik, optimis, dan sikap positif dalam menilai suatu peristiwa dalam kehidupan yang dialami oleh seseorang yang diyakini dapat menimbulkan perasaan sejahtera dan memperpanjang usia (Danner dkk, 2001; Lazarus, 1991; Seligman, 2000, dalam Stuart & Laraia, 2006). 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) bahwa secara afektif klien dengan isolasi sosial merasa bosan dan lambat dalam menghabiskan waktu, sedih, afek tumpul, dan kurang motivasi.

c. Respon fisiologis

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, penurunan/peningkatan nafsu makan, malas beraktivitas, lemah, kurang energi (NANDA, 2007; Fortinash, 1999). 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.

d. Respon perilaku

Skinner (1938, dalam Notoatmodjo, 2003) merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku manusia pada hakekatnya adalah suatu aktivitas dari manusia

itu sendiri meliputi berjalan, berbicara dan bereaksi, dimana semua itu dapat diamati, bahkan dipelajari (Notoatmodjo, 2003).

Respon perilaku merefleksikan respon emosi dan fisiologis sebagai hasil analisis kognitif dalam menghadapi suatu situasi yang penuh stres. Caplan (1981, dalam Stuart & Laraia, 2006) 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 dkk (1999) perilaku yang ditunjukkan pada klien isolasi sosial meliputi menarik diri, menjauh dari orang lain, 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.

### **2.1.7 Mekanisme Koping**

Pada klien isolasi sosial ketika menghadapi stresor 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).

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

### **2.1.8 Sumber koping**

Sumber koping berhubungan dengan respons sosial maladaptif meliputi keterlibatan dalam hubungan keluarga yang luas dan teman. Apabila individu mempunyai sumber koping yang adekuat maka ia akan mampu beradaptasi dan mengatasi stressor yang ada. Keluarga merupakan salah satu sumber koping yang dibutuhkan individu ketika mengalami stress. Hal tersebut sesuai dengan Videbeck (2008) yang menyatakan bahwa keluarga memang merupakan salah satu sumber pendukung yang utama dalam penyembuhan klien. Menurut Townsend (2009) status ekonomi yang adekuat merupakan sumber koping dalam menghadapi situasi yang penuh dengan stress. Kondisi sosial ekonomi rendah berhubungan dengan hidup dalam kemiskinan, tinggal

di pemukiman padat, nutrisi tidak adekuat, tidak ada perawatan pre natal, dan perasaan putus asa serta tidak berdaya untuk mengubah kondisi hidup dalam kemiskinan.

Sumber 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.

### **2.1.9 Diagnosa Keperawatan**

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.

### **2.1.10 Penatalaksanaan**

#### **a) Terapi Medis**

Penatalaksanaan terapi klien skizofrenia dengan masalah keperawatan isolasi sosial perlu ditatalaksana secara integrasi, baik dari aspek psikofarmakologis (tetapi somatik) dan aspek psikologis. Penatalaksanaan yang diberikan secara komprehensif pada klien dengan skizofrenia dengan

masalah isolasi sosial menghasilkan perbaikan yang lebih optimal dibandingkan secara tunggal. (Gorman, 2007 dalam Townsend, 2009) menyatakan pengobatan skizofrenia menggunakan pendekatan terapi antipsikotik dan pengobatan psikososial. Terapi antipsikotik yang digunakan merupakan gabungan tipikal dan atipikal antipsikotik yang akan menurunkan gejala psikotik pada fase akut dan menurunkan kekambuhan klien.

b) Tindakan Keperawatan

Terapi Generalis pada klien dengan isolasi sosial menurut Keliat dan Akemat (2010) adalah dengan cara mengajarkan klien mengenal penyebab klien isolasi sosial atau suka menyendiri, menyebutkan keuntungan dan kerugian klien berhubungan dengan orang lain, melatih klien cara berkenalan, melatih klien berkenalan secara bertahap mulai dari satu orang, dua orang sampai lebih baik dengan teman atau perawat, melakukan aktivitas terjadwal dan pemanfaatan obat. Penerapan terapi aktivitas kelompok sosialisasi juga perlu diterapkan pada klien isolasi sosial untuk meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial dalam kelompok.

Terapi Keperawatan Psikososial/ Spesialispsikoterapi yang dapat diberikan pada klien isolasi sosial adalah *Social skills training* merupakan hal penting untuk meningkatkan seseorang berinteraksi dalam suatu lingkungan. Adanya kemampuan berinteraksi menjadi kunci memperkaya pengalaman hidup, memiliki pertemanan, berpartisipasi dalam suatu kegiatan dan bekerjasama dalam suatu kelompok (Stuart, 2009). Dengan kegagalan individu untuk menjalin interaksi dengan orang lain akibat dari pikiran yang negatif serta pengalaman yang tidak menyenangkan sebagai ancaman individu perlu diterapkan terapi perilaku kognitif adalah terapi kombinasi antara terapi perilaku dan terapi kognitif. Aspek perilaku membantu individu mengidentifikasi kebiasaan reaktif terhadap situasi yang merepotkan, hal ini mengajarkan individu untuk rileks, meningkatkan aktivitas dan menenangkan tubuh. Aspek kognitif berfokus pada pola

pikiran yang menyimpang/distorsi yang menyebabkan perasaan tidak menyenangkan atau gejala-gejala dari gangguan jiwa untuk merubah persepsi yang negatif menjadi positif sehingga muncul perilaku yang adaptif (Fontaine, 2009).

Psikoterapi untuk keluarga dapat juga dilakukan pada klien isolasi sosial. Adapun psikoterapinya adalah *Triangle therapy* adalah terapi yang bertujuan memecahkan masalah/konflik hubungan antara anggota keluarga, misalnya konflik perkawinan, sibling konflik, konflik antar generasi, konflik orang tua dan anak (Vaccarolis, Carson, & Shoemaker, 2006) selain itu *Family psychoeducation* juga sangat perlu diterapkan yaitu terapi dengan cara memberikan informasi/pendidikan gejala, diagnosis, etiologi, interaksi terhadap stress dan melatih komunikasi serta penyelesaian masalah (Stuart & Laraia, 2005; Stuart, 2009).

Psikoterapi juga dapat diberikan dalam kelompok isolasi sosial untuk meningkatkan kemampuan individu yang telah dilatih. Adapun psikoterapi untuk kelompok adalah *Therapeutic group*, merupakan terapi yang bertujuan membantu anggota kelompok dalam mengidentifikasi hubungan yang destruktif dan merubah perilaku maladaptif (Stuart & Laraia, 2005; Stuart, 2009).

Berdasarkan strategi intervensi diatas, maka dapat diketahui bahwa psikoterapi lebih efektif dilakukan dengan mengkombinasi intervensi. Hal ini disebabkan karena sasaran tiap terapi/intervensi mempunyai target yang berbeda-beda. Dengan demikian psikoterapi yang diberikan kepada klien isolasi sosial akan mencapai tujuan yang diharapkan. Terapi perilaku kognitif merupakan psikoterapi yang diberikan pada klien dengan isolasi sosial yang mengalami masalah pada pengontrolan pikiran/persepsi yang negatif dan emosi yang tidak terkontrol atau maladaptif, kondisi tersebut berakibat pada perilaku klien yang maladaptif seperti suka menyendiri tidak mau berinteraksi dengan orang lain, tidak peduli terhadap

lingkungan, menurunnya motivasi untuk melakukan aktivitas dan melakukan interaksi sosial sehingga akan muncul ancaman pada individu.

## **2.2 Interaksi sosial**

### **2.2.1. Definisi Interaksi sosial**

Menurut Murdiyato dan Handayani (2004) interaksi sosial adalah hubungan antar manusia yang menghasilkan suatu proses pengaruh mempengaruhi yang menghasilkan hubungan tetap dan pada akhirnya memungkinkan pembentukan struktur sosial. Interaksi positif hanya mungkin terjadi apabila terdapat suasana saling mempercayai, menghargai, dan saling mendukung (Sinaga, 2008). Menurut Maryati dan Suryawati (2003) menyatakan bahwa interaksi sosial adalah kontak atau hubungan timbal balik atau interstimulasi dan respons antar individu, antar kelompok atau antar individu dan kelompok.

Berdasarkan definisi di atas maka, penulis dapat menyimpulkan bahwa interaksi sosial adalah suatu hubungan antar sesama manusia yang saling mempengaruhi satu sama lain baik itu dalam hubungan antar individu dan kelompok.

### **2.2.2. Jenis Interaksi Sosial**

Menurut Maryati dan Suryawati (2003) interaksi sosial dibagi menjadi tiga jenis yaitu interaksi antara individu dan individu yang dapat terjadi interaksi positif ataupun negatif positif jika hubungan yang terjadi saling menguntungkan sedangkan negatif jika hubungan timbal balik merugikan satu pihak atau keduanya, interaksi antara individu dan kelompok yang dapat berlangsung secara positif maupun negatif bermacam-macam sesuai situasi dan kondisinya, interaksi antara kelompok dan kelompok terjadi sebagai satu kesatuan bukan kehendak pribadi.

### **2.2.3. Kemampuan Interaksi Sosial**

Kemampuan klien yang akan digunakan dalam melakukan interaksi sosial



#### 2.2.3.1 Kemampuan kognitif atau pengetahuan

Merupakan bagian yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan, dan mengembangkan pikiran (Craven, 2000). Kemampuan kognitif ini mengarah pada kemampuan pengetahuan dan ketrampilan intelektual klien isolasi sosial, kemampuan secara kognitif klien isolasi sosial dalam melakukan interaksi sosial.

#### 2.2.3.2 Kemampuan afektif

Kemampuan afektif atau sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari keluarga atau stimulus objek (Notoatmodjo, 2003). Pertama perilaku melibatkan perasaan dan emosi seseorang, kedua perilaku harus tipikal perilaku seseorang, ada karakteristik afektif menurut Anderson yaitu: sikap, minat, konsep diri, nilai dan moral. Sikap adalah suatu predisposisi yang dipelajari untuk merespon secara positif atau negatif terhadap suatu objek, situasi dan konsep atau orang, Sikap dapat dibentuk melalui penguatan serta menerima informasi verbal (Fishbein & Ajzeen, 2000). Minat adalah suatu disposisi yang terorganisir melalui pengalaman mendorong seseorang untuk memperoleh objek khusus, aktivitas, pemahaman dan ketrampilan untuk tujuan perhatian atau pencapaian.

#### 2.2.3.3 Kemampuan psikomotor atau perilaku

Merupakan hasil koordinasi pengetahuan dan menunjukkan penugasan terhadap suatu tugas atau ketrampilan fisik, aktivitas, dalam mengerjakan atau menyelesaikan sesuatu (Craven, 2000).

Selain kemampuan yang dimiliki saat melakukan interaksi sosial perlu dijelaskan juga tentang konsep interaksi sosial karena merupakan salah satu kemampuan dalam melakukan interaksi sosial.

#### 2.2.4. Ciri - Ciri Interaksi Sosial

Menurut Gillin (2002), ciri-ciri interaksi sosial yaitu ada individu lebih dari satu orang, terjadinya komunikasi diantara individu melalui kontak sosial,

mempunyai maksud dan tujuan yang jelas, dilaksanakan suatu pola sistem sosial tertentu.

### **2.2.5. Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Interaksi Sosial**

Menurut Pamuji (2010) dan Sunaryo (2004 dalam Nasir dkk 2009) faktor penting yang mempengaruhi interaksi sosial yaitu imitasi : proses belajar dengan cara meniru dan mengikuti perilaku seseorang yang akan memberikan pertimbangan apakah perilaku perlu ditingkatkan, bertahan atau bahkan berubah total, sugesti : proses interaksi sosial ketika individu menerima suatu pandangan dari individu yang lain tanpa mendapatkan kritik terlebih dahulu, identifikasi : keinginan dalam diri seseorang menjadi sama dengan orang lain dalam interaksi, simpati : proses seseorang yang merasa tertarik pada orang lain karena terdorong suasana psikologis dari orang lain yang sedang mengalami masalah.

### **2.2.6. Syarat - Syarat Terjadinya Interaksi Sosial**

Menurut Gillin (2002), interaksi sosial dapat berlangsung jika memenuhi dua syarat di bawah ini, yaitu kontak sosial yang terjadi hubungan antara satu orang dengan orang lain yang merupakan awal terjadinya interaksi sosial dan masing-masing orang saling bereaksi antara satu dengan yang lain meski tidak harus bersentuhan secara fisik, komunikasi artinya berhubungan atau bergaul dengan orang lain.

Menurut Soerjono (2001 dalam, Nasir 2009) kontak sosial merupakan tahap pertama terjadinya suatu interaksi sosial bahwa untuk terjadinya suatu kontak, tidak perlu harus terjadi secara badaniah.

Manusia sebagai individu dapat mengadakan kontak sosial tanpa menyentuhnyatetapi sebagai makhluk sensoris dapat melakukannya dengan berkomunikasi. Komunikasi sosial ataupun "*face-to face*" communication, *interpersonal communication*, serta yang melalui media dengan meningkatnya kemajuan teknologi komunikasi. Kontak sosial dapat berlangsung dalam tiga bentuk,

yaitu tidak hanya antar individu dan individu sebagai bentuk pertamanya saja, tetapi juga dalam bentuk kedua, antar individu dan suatu kelompok manusia atau sebaliknya. Bentuk ketiga, antara suatu kelompok manusia dengan kelompok yang lainnya. Suatu kontak sosial tidak selalu tergantung tetapi aditindakan ataupun kegiatan yang dilakukan, tetapi perlu adanya tanggapan atau respon reaksi, juga *feedback* terhadap tindakan atau kegiatan yang telah dilakukan.

Selain kontak sosial syarat melakukan interaksi sosial dengan orang lain perlu adanya komunikasi dengan orang lain. Di bawah ini dijelaskan tentang konsep komunikasi.

## **2.3 Komunikasi**

### **2.3.1. Definisi**

Komunikasi adalah proses yang digunakan individu untuk bertukar informasi. Pesan-pesan secara stimulan dikirim dan diterima dengan dua cara yaitu dengan verbal melalui penggunaan kata-kata dan secara non verbal melalui perilaku yang menyertai ucapan (Blazer-Riley, 1996 dalam Videback, 2008). Komunikasi berasal dari kata-kata (bahasa) Latin *communis* yang berarti umum (*common*) atau bersama. Apabila kita berkomunikasi, sebenarnya kita sedang berusaha menumbuhkan suatu kebersamaan (*commonnes*) dengan seseorang. Yaitu kita berusaha berbagai informasi, ide atau sikap. Seperti dalam uraian ini, misalnya saya sedang berusaha berkomunikasi dengan para pembaca untuk menyampaikan ide bahwa hakikat sebuah komunikasi sebenarnya adalah usaha membuat penerima atau pemberi komunikasi memiliki pengertian (pemahaman) yang sama terhadap pesan tertentu (Suprpto, 2006).

Sebuah komunikasi yang efektif adalah komunikasi yang berhasil melahirkan kebersamaan (*commonness*), kesepahaman antara sumber (*source*) dengan penerima (*audience*)-nya. Menurutny, sebuah komunikasi akan benar-benar efektif apabila *audience* menerima pesan, pengertian dan lain-lain persis sama seperti apa yang dikehendaki oleh penyampai.

### **2.3.2. Unsur-unsur Komunikasi**

Menurut Dafid (1960) yang dikutip oleh Cangara H (2004) bahwa unsur-unsur komunikasi yang sangat mendukung terjadinya proses komunikasi secara lengkap adalah pengirim yang merupakan sumber atau orang pertama yang memulainya terjadinya proses komunikasi, pesan merupakan segala sesuatu yang akan disampaikan oleh pengirim yang merupakan isi dari hal-hal yang disampaikan, media merupakan sarana yang dapat digunakan oleh komunikator untuk memindahkan pesan dari satu orang ke orang yang lain, penerima merupakan objek sasaran pesan yang dikirim oleh pengirim pesan, pengaruh merupakan perbedaan antara apa yang dipikirkan, dirasakan, dan dilakukan penerima pesan sebelum dan sesudah menerima pesan.

### **2.3.3. Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi**

Menurut Townsend (2009) faktor yang mempengaruhi komunikasi yaitu 1) nilai, karena setiap orang yang mempunyai budaya yang berbeda-beda yang akan mempengaruhi komunikasi, 2) tingkah laku, karena setiap orang mempunyai tingkah laku masing-masing yang digunakan dalam melakukan komunikasi yang sudah terbiasa dilakukan sejak lahir, 3) budaya yang terdiri dari nilai, keyakinan dan adat istiadat dalam suatu lingkungan, akan mempengaruhi individu aturan tentang cara berkomunikasi harus dilakukan bervariasi karena aturan tersebut muncul dari pola hubungan sosial suatu budaya, 4) pengetahuan, semakin tinggi yang dimiliki oleh seseorang maka semakin baik kemampuan seseorang dalam mengembangkan tehnik komunikasi baik verbal maupun non verbal, 5) agama dapat memberikan pengaruh yang baik dalam berkomunikasi, 6) jenis kelamin laki-laki dan perempuan menunjukkan gaya komunikasi yang berbeda dan memiliki interpretasi yang berbeda terhadap suatu percakapan, 7) umur, dengan bertambahnya umur semakin berbeda dalam melakukan komunikasi dengan orang lain, dan 8) status sosial, penelitian membuktikan bahwa status sosial seseorang yang tinggi dapat dihubungkan pada komunikasi non verbal, misalnya saat berinteraksi ada kontak mata, postur tubuh relaks dan menggunakan suara yang lebih nyaring.

Menurut Suryani (2006) faktor yang mempengaruhi komunikasi adalah persepsi merupakan cara seseorang menyerap tentang sesuatu yang terjadi di sekelilingnya, nilai komunikasi dengan klien hendaknya lebih mengarah pada memberikan support dan dukungan nasehat dalam rangka mengatasi masalah klien, emosi merupakan subyektif seseorang dalam merasakan situasi yang terjadi disekelilingnya, latar belakang sosial budaya faktor ini memang sedikit pengaruhnya namun paling tidak dijadikan pegangan bagi perawat dalam bertutur kata, bersikap dalam berkomunikasi dalam klien, mempunyai pengetahuan yang cukup tentang pertumbuhan dan perkembangan klien, peran dan hubungan: dalam berkomunikasi akan sangat baik bila mengenal dengan siapa seseorang akan berkomunikasi, kondisi lingkungan seseorang dalam berkomunikasi berkaitan dengan lingkungan sosial tempat komunikasi berlangsung.

#### **2.3.4. Prinsip komunikasi**

Menurut Mulyana (2007 dalam Nasir dkk 2009) dalam berkomunikasi harus memperhatikan 12 prinsip yaitu: prinsip 1: Komunikasi adalah suatu proses simbolik. Kemampuan seseorang menggunakan lambang verbal memungkinkan perkembangan bahasa dan menangani hubungan antar manusia dan objek. Prinsip 2: Setiap perilaku mempunyai potensi komunikasi. Komunikasi terjadi bila seseorang memberi makna pada perilaku orang lain atau perilaku diri sendiri. Prinsip 3: Komunikasi punya dimensi isi dan hubungan. Dimensi isi biasanya dapat dilihat dari verbalnya, sementara dimensi hubungan bisa dilihat dari non verbal seseorang yang masing-masing mengisyaratkan bagaimana hubungan pesan sesuai dengan isi pesan yang disampaikan. Prinsip 4 : Komunikasi itu berlangsung dalam berbagai tingkat kesengajaan. Tindakan komunikasi yang tidak direncanakan yang matang dan beda dengan komunikasi yang disengaja. Prinsip 5: Komunikasi terjadi dalam konteks ruang dan waktu. Apabila perawat mengajak untuk diskusi klien perlu juga memperlihatkan suasana psikologis dari klien untuk menghindari terjadinya penolakan. Prinsip 6 : Komunikasi melibatkan prediksi peserta komunikasi. Jika kita tersenyum maka kita dapat memprediksi bahwa pihak penerima akan membalas dengan senyuman, jika kita menyapa seseorang

maka orang tersebut akan membalas sapaan kita. Prediksi seperti itu akan membuat seseorang menjadi tenang dalam melakukan proses komunikasi. Ketika mengajak berkomunikasi klien seharusnya perawat harus bisa meramalkan efek perilaku klien. Prinsip 7 : Komunikasi itu bersifat sistemik. komunikasi harus memperlihatkan sistem internal dan sistem eksternal sangat mempengaruhi penyerapan pesan yang disampaikan oleh perawat. Prinsip 8 : Semakin mirip latar belakang sosial budaya semakin efektiflah komunikasi. Menyampaikan pesan pada klien yang berpendidikan rendah tidak mungkin diberikan dengan alasan yang rasional dan berbelit-belit tetapi cukup dikomunikasikan dengan singkat, padat dan jelas dengan berbahasa sederhana yang terpenting tujuan pesan yang akan disampaikan dapat diterima. Prinsip 9: Komunikasi bersifat nonsekuensial. Pesan yang dikirimkan dapat diterima, dimengerti dan direfleksikan sebagai umpan balik sehingga dijadikan suatu bahan untuk melakukan respons berikutnya. Prinsip 10 : Komunikasi bersifat prosesual, dinamis dan transaksional. Ketika perawat melakukan penyuluhan kepada klien tentang cara merawat apakah komunikasi terjadi ketika perawat berada di depan klien. Prinsip 11 : komunikasi bersifat irreversible. Komunikasi tidak dapat ditarik kembali, jika seseorang sudah berkata menyakiti orang lain, maka efek sakit hati tidak akan hilang begitu saja pada diri orang lain tersebut. Prinsip 12 : Komunikasi bukan panacea untuk menyelesaikan berbagai masalah. Komunikasi bukan satu-satunya obat mujarab yang dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah. Hal ini karena setiap permasalahan mungkin berkaitan dengan masalah struktural, perbedaan prinsip dll.

### **2.3.5. Teknik Komunikasi Terapeutik**

Menurut Stuart & Sundeen dalam Nasir (2009) tehnik komunikasi terapeutik yaitu: mendengar aktif, menurut Varcarolis dalam Nurjannah (2001) mendengarkan akan menciptakan situasi interpersonal dalam keterlibatan maksimal yang dianggap aman dan membuat klien merasa bebas, Penerimaan Adalah mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai, klarifikasi: apabila terjadi

kesalahpahaman, perawat perlu menghentikan pembicaraan untuk mengklarifikasi dengan menyamakan pengertian, maksud dan ruang lingkup pembicaraan karena informasi sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan, memfokuskan Menurut Cangara (2004) pesan yang disampaikan bersifat konsistensi dan berkesinambungan dan tidak menyimpang dari topik dan tujuan komunikasi yang sudah ditetapkan, observasi: perawat memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga dapat diketahui apakah pesan dapat diterima atau tidak, menawarkan informasi: perawat harus mampu menguasai ilmu pengetahuan yang memadai tentang masalah yang dihadapi klien sebagai bekal dalam memberikan pelayanan keperawatan, diam (memelihara ketenangan) perawat bersedia untuk menunggu respon, asertif: kemampuan perawat yang digunakan dengan cara meyakinkan dan nyaman mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan tetap menghargai hak orang lain, menyimpulkan: perawat memberi kesempatan klien untuk mengklarifikasi komunikasi agar sama dengan ide dalam pikiran yang disampaikan dalam pesan, *offering self* (menawarkan diri) merupakan kegiatan untuk memberikan respons agar seseorang menyadari perilakunya yang merugikan baik dirinya sendiri maupun orang lain, refleksi menganjurkan klien untuk mengemukakan dan menerima ide serta perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri, Humor perawat menyampaikan ke klien bahwa humor merupakan hal yang penting dalam komunikasi verbal dikarenakan: tertawa mengurangi ketegangan dan rasa sakit akibat stress, sangat meningkatkan keberhasilan asuhan keperawatan.

#### **2.3.8.2 Dampak tidak ada komunikasi**

Menurut Putdangmith (2011) dampak tidak ada komunikasi antar individu maka akan berkurangnya individu yang kita kenali, ketidakharmonisan terhadap individu yang satu sama yang lain, dapat mengakibatkan konflik dan terpecahnya dalam suatu kelompok tersebut.

### **2.4 Terapi Perilaku Kognitif**

#### **2.4.1. Pengertian**

Terapi perilaku kognitif adalah merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang didasarkan pada teori bahwa tanda-tanda gejala fisiologis berhubungan dengan interaksi antara pikiran, perilaku dan emosi (Pedneault, 2008). Menurut Epigee (2009) terapi perilaku kognitif adalah terapi yang didasari dari gabungan beberapa intervensi yang dirancang untuk merubah cara berfikir dan memahami situasi dan perilaku sehingga mengurangi frekuensi reaksi negatif dan emosi yang mengganggu.

Menurut Martin (2010) terapi perilaku kognitif adalah suatu terapi psikososial yang mengintegrasikan modifikasi perilaku melalui pendekatan restrukturisasi kognitif.

Berdasarkan beberapa definisi mengenai terapi perilaku kognitif yang diungkapkan pada garis besarnya terapi perilaku kognitif adalah salah satu bentuk terapi psikososial yang merubah pola pikir negatif menjadi positif sehingga perilaku maladaptif yang timbul akibat pola pikir yang salah juga akan berubah menjadi perilaku yang adaptif, sehingga pada akhirnya diharapkan individu memiliki kemampuan untuk bereaksi secara adaptif dalam menghadapi masalah atau situasi yang sulit dalam hidup.

#### **2.4.2. Tujuan**

Tujuan dari terapi perilaku kognitif adalah untuk memodifikasi fungsi berfikir, perasaan, bertindak dengan menekankan fungsi otak dalam menganalisa, memutuskan, bertanya, berbuat dan mengambil keputusan kembali. Dengan merubah status pikiran dan perasaannya, klien diharapkan dapat merubah perilaku negatif menjadi positif (Oemarjoedi, 2003).

Untuk mencapai tujuan ini, perawat harus percaya bahwa perubahan adalah mungkin dan bahwa perspektif baru dan berbeda, perilaku, dan pengalaman yang terbuka untuk evaluasi. Tidak mudah individu untuk beradaptasi terhadap penyakit yang berarti bahwa individu, keluarga, dan masyarakat harus berubah, atau bahkan berhenti pada perilaku saat ini. Di lain waktu individu tersebut harus selalu belajar untuk mengadopsi perilaku yang baru.



Perubahan ini dapat berhubungan dengan setiap aspek kehidupan seseorang, termasuk olahraga, kebiasaan dalam melakukan kebersihan diri, kebiasaan makan, kepatuhan terhadap pengobatan, penggunaan obat-obatan, diri sendiri mengalahkan pikiran, penolakan masalah, atau jika masalah yang timbul muncul dengan cara yang konstruktif.

### **2.4.3. Indikasi**

Terapi perilaku kognitif diberikan pada individu dengan indikasi gangguan klinis khusus seperti : depresi, ansietas, panik agrophobia, *social phobia*, bulimia, *obsesive compulsive disorder*, PTSD, psikosis, marah, distress HIV, masalah *Cognitive behaviour therapy* diterapkan untuk masalah keluarga, kelainan fungsi seksual, kerusakan *personality* (Workshop Keperawatan Jiwa, 2011).

Menurut (Beck, 1976, 1995 dalam Stuart, 2009) menggambarkan pendekatan yang dilakukannya pada kasus depresi tahun 1967. Mengembangkan fokus *cognitive behaviour therapy* pada kasus ansietas tahun 1976 dan beberapa gangguan lainnya. Tindakan ini didasarkan pada kolaborasi antara klien dengan terapis dan tingkat kepercayaan di antara mereka. Penelitian telah menunjukkan bahwa terapi perilaku kognitif efektif dalam mengurangi gejala dan kekambuhan klien dengan atau tanpa pengobatan dalam masalah klinis terutama depresi, ansietas, gangguan makan, gangguan kepribadian dan skizofrenia (Beck, 2005; Macroy, 2006 dalam Stuart, 2009). Penelitian lain menunjukkan terapi perilaku kognitif meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku pada klien harga diri rendah (Sasmita, 2007); halusinasi (Wahyuni, 2007) dan perilaku kekerasan (Fauziah, 2009).

### **2.4.4. Karakteristik Terapi perilaku kognitif**

Karakteristik Terapi Perilaku Kognitif menurut Stuart, (2009) adalah: *Empirically based* (berbasis empiris) ada penelitian sebelumnya dalam penerapan terapi ini sebagai bukti intervensi yang akan dilakukan, *Goal oriented*, (berorientasi pada tujuan) tujuan perawatan harus disesuaikan dari awal sebelum melakukan terapi untuk merubah suatu perilaku yang negatif

menjadi positif, *Practical* (Praktik) fokus klien dan terapis untuk dapat membantu menyelesaikan masalah yang sedang dihadapi klien, *Collaborative* (kolaborasi) menjalin kolaborasi dengan klien untuk merubah suatu perilaku yang negatif menjadi positif dalam penerapan terapi ini, *Open* (terbuka) para klien dan terapis berbagi pemahaman tentang apa yang terjadi dalam penerapan terapi yang akan dilakukan, *Homework* (tugas pekerjaan rumah) klien sering diberi tugas untuk melakukan suatu perilaku dan kognitif yang positif yang dapat diterapkan saat di rumah sakit, *Measurements* (Pengukuran) pengukuran masalah perilaku yang dibuat selama proses penilaian setelah selesainya penerapan terapi ini yang sudah dilakukan, *Active* (Aktif) perubahan dan kemajuan dalam penerapan terapi harus berarti bagi klien dan memiliki dampak positif pada kualitas hidup klien, *Short term* (Jangka pendek) perilaku kognitif adalah penerapan terapi yang dilakukan dengan jangka pendek yang biasanya berlangsung 5 sesi tergantung kondisi klien saat dilakukan terapi.

#### **2.4.5. Prinsip dalam terapi perilaku kognitif**

Intervensi Perubahan Perilaku menerapkan teori belajar untuk persoalan hidup dengan tujuan membantu orang mengatasi kesulitan dalam kehidupan klien. Kesulitan ini sering terjadi bersama dengan masalah kesehatan atau kondisi psikiatris. Perawat dapat menggunakan prinsip-prinsip berikut untuk memandu intervensi perubahan perilaku klien (Stuart, 2009): semua perubahan adalah perubahan diri klien adalah peserta aktif dan agen utama perubahan, *Self-efficacy* sangat penting, klien perlu merasa bahwa mereka mengendalikan kehidupan mereka sendiri dan menerima tanggung jawab atas upaya mereka, pendidikan adalah hanya salah satu bagian dari proses perubahan, sebuah aliansi terapi membantu klien memulai dan mempertahankan perubahan, dimensi responsif dan tindakan tentang hubungan perawat dan klien adalah bahan penting untuk perubahan, harapan adalah penting semua intervensi yang efektif didasarkan pada harapan positif dan penuh harapan bahwa kehidupan bisa lebih baik.

#### 2.4.6. Tahap Perubahan

Kesiapan untuk berubah terkait dengan motivasi seseorang atau apa yang disebut kesiapan sebagai motivasi. Perubahan perilaku terjadi secara bertahap dari waktu ke waktu (Prochaska et al, 1992 dalam Stuart, 2009). Menyebutkan tahapan perubahan, yaitu: Tahap pertama dari perubahan adalah *precontemplation*. Pada tahap ini orang tidak berpikir bahwa mereka memiliki masalah, sehingga mereka tidak mungkin untuk mencari bantuan atau berpartisipasi dalam pengobatan, klien dapat mempertimbangkan, menjelajahi, atau melihat nilai manfaat dari perubahan. Tahap kedua perubahan adalah kontemplasi, menciptakan lingkungan yang mendukung dimana klien dapat mempertimbangkan perubahan tanpa merasa tertekan untuk melakukannya. Jika klien didorong untuk mengubah dalam fase ini mereka cenderung aktif menolak. Tahap ketiga perubahan adalah persiapan. Pada saat ini klien telah membuat keputusan untuk berubah dan menilai bagaimana keputusan yang terasa. Klien dapat dibantu untuk memilih tujuan pengobatan yang realistis dan cara yang berbeda untuk mencapai tujuan tersebut. Tahap keempat perubahan adalah tindakan. Klien sekarang memiliki komitmen yang kuat untuk berubah dan telah mengidentifikasi rencana untuk masa depan. Mereka harus memberikan dukungan emosional dan membantu dalam mengevaluasi dan memodifikasi rencana mereka dari tindakan yang akan sukses. Tahap kelima perubahan adalah pemeliharaan. Perubahan terus, dan fokus ditempatkan pada klien apa yang perlu dilakukan untuk mempertahankan atau mengkonsolidasikan keuntungan. Setiap kambuh harus dilihat sebagai bagian dari proses perubahan dan bukan sebagai kegagalan. Tahap keenam dan terakhir adalah terminasi. Hal ini didasarkan pada gagasan bahwa seseorang tidak akan terlibat dalam perilaku lama dalam kondisi apapun. Klien lebih mungkin untuk terlibat dalam mengubah perilaku ketika mereka dapat menilai kesiapan mereka untuk intervensi perubahan dan merencanakan perubahan yang sesuai.

Terapi perilaku kognitif merupakan respon maladaptif timbul dari distorsi kognitif, distorsi tersebut dapat meliputi kesalahan logika, kesalahan dalam penalaran, atau pandangan dunia individual yang tidak mencerminkan realitas

yang distorsi mungkin baik positif atau negatif. Bentuk distorsi kognitif yang dapat terjadi pada seseorang menurut Susana dkk (2007) adalah :*Overgeneralization* yaitu menggambarkan kesimpulan secara menyeluruh segala sesuatu berdasarkan kejadian tunggal, *Personalization* yaitu menghubungkan kejadian di luar terhadap dirinya meskipun hal tersebut tidak beralasan, *Dichotomus thinking* yaitu berfikir menganggap segala sesuatunya selalu sangat bagus atau sangat buruk, *Catastrophizing* yaitu berpikir sangat buruk tentang orang dan kejadian yang terjadi, *Selective abstraction* berfokus pada detail, tetapi tidak relevan dengan informasi yang lain, *Arbitrary inference* menggambarkan kesimpulan yang salah tanpa didukung data, *Mind reading* percaya seseorang mengetahui pikiran orang lain tanpa mengecek kebenarannya, *Magnification* melebih-lebihkan atau membuat tidak berarti pentingnya peristiwa, *Perfectionism* segalaanya harus lakukan dengan sempurna untuk merasakan kesempurnaan dirinya, *Externalization self worth* menentukan tata nilai sendiri untuk diterapkan pada orang lain.

#### **2.4.7. Analisis Perubahan Kognitif dan Perilaku**

Langkah berikut adalah untuk mengetahui lebih lanjut tentang pengalaman klien dengan masalah dengan menggunakan analisis perilaku. Menurut Stuart (2009) analisis ini terdiri dari tiga bagian (ABC dari perilaku): *Antecedent*: stimulus atau isyarat yang terjadi sebelum perilaku dan mengarah ke manifestasinya, *behaviour*/Perilaku: apa yang orang katakan atau tidak katakan atau lakukan, *consequence*/Konsekuensi: apa efeknya (positif, negatif, atau netral) orang berpikir hasil dari perilaku. Cara lain untuk menilai pengalaman seseorang adalah untuk mempertimbangkan ketiga sistem (Tindakan ABC's) yang berhubungan dalam kerangka terapi: afektif: tanggapan emosional atau perasaan, perilaku; manifestasi lahiriah dan tindakan, kognitif: pemikiran tentang situasi. Ketiga unsur tersebut saling terkait dalam menjelaskan perilaku manusia karena sebagai berikut: perasaan pengaruh pemikiran, berpikir pengaruh tindakan dan tindakan memengaruhi perasaan.

Menurut Martin, ( 2010) bahwa penerapan terapi psikososial dengan perilaku kognitif dapat merubah pola pikir yang negatif menjadi positif sehingga perilaku yang maladaptif yang timbul akibat pola pikir yang salah juga akan berubah menjadi perilaku yang adaptif, sehingga pada akhirnya diharapkan individu dengan masalah isolasi sosial memiliki peningkatan kemampuan untuk melakukan interaksi sosial dan bereaksi secara adaptif dalam menghadapi masalah atau situasi yang sulit dalam setiap fase hidupnya.

Menurut Singer dan Addington (2009) penambahan terapi perilaku kognitif dapat menurunkan gejala positif dan negatif skizofrenia serta fungsi sosial yang baik dan menunjukkan efek yang menetap setelah pengobatan berakhir, dibandingkan dengan perawatan rutin saja, karena dengan terapi perilaku kognitif klien dapat membantu klien melakukan perilaku dan pikiran yang positif. Jika diterapkan pada klien dengan isolasi sosial terbentuk pikiran yang positif sehingga mendapatkan perilaku yang positif. Klien dengan isolasi sosial yang mengalami penurunan motivasi dalam melakukan interaksi sosial dengan diberikan terapi perilaku kognitif akan mempunyai persepsi yang positif dan klien mengetahui pentingnya interaksi sosial.

Menurut Froggatt (2005) menjelaskan bahwa suatu penjelasan tentang sebab akibat biopsikososial yang merupakan kombinasi dari faktor biologis, psikologis dan sosial yang mempengaruhi perasaan, ini merupakan hal yang penting dan perlu diingat untuk memahami seberapa besar kemampuan manusia dapat berubah. Hal ini terbukti dari penelitian ini bahwa semua responden kognitif, afektif dan perilakunya klien berubah dari sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Hasil penelitian terkait dalam penerapan terapi perilaku kognitif yang telah dilakukan oleh Sasmita(2007) terapi perilaku kognitif adalah terapi yang dapat meningkatkan kemampuan kognitif dan perilaku klien harga diri rendah. Menurut Fauziah (2009) terapi perilaku kognitif dapat diberikan pada klien perilaku kekerasan yang merubah klien berfikir positif dan berperilaku adaptif. Menurut Wahyuni (2010) terapi perilaku kognitif dapat

meningkatkan kemampuan klien halusinasi dalam mengontrol halusinasi yang muncul. Menurut Erwina(2010) terapi perilaku kognitif dapat meningkatkan pengetahuan tentang PTSD dan kemampuan mengatasi *Post Traumatic Stress Disorder* serta tanda dan gejala yang muncul.

Menurut Davis (2005) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat diberikan klien skizofrenia untuk intervensi meningkatkan kepercayaan yang positif bagi klien sehingga muncul perilaku yang positif juga pada klien. Sesuai penelitian yang dilakukan oleh Lelono (2010) bahwa ada peningkatan kemampuan afektif pada klien halusinasi dan perilaku kekerasan setelah dilakukan terapi perilaku kognitif. Menurut Morisson (2009) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat diberikan pada klien skizofrenia yang menjadikan klien dapat mengontrol perilaku marah, mengontrol klien yang berbicara sendiri atau halusinasi dan dapat meningkatkan hubungan klien baik di rumah sakit, keluarga dan di tempat kerja

#### **2.4.8. Modul Pelaksanaan Terapi Perilaku Kognitif (Terlampir)**

Modul yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan modul yang sudah dikembangkan dari hasil penelitian yang terdahulu oleh Sasmita (2007), Fauziah (2009), Erwina (2010), Wahyuni (2010), Sudiatmika (2010), dan Lelono (2010).

##### **2.4.8.1. Definisi**

Terapi perilaku kognitif merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang didasarkan pada teori bahwa tanda-dan gejala fisiologis berhubungan dengan interaksi antara pikiran, perilaku dan emosi (Pedneault, 2008).

##### **2.4.8.2. Tujuan**

Membantu individu untuk dapat menolong diri sendiri dengan mengajarkan cara mengubah pikiran dan perilaku negatif menjadi positif melalui pembelajaran dan latihan terhadap kognitif dan perilaku sehingga memungkinkan bagi klien untuk melakukan coping yang konstruktif dalam jangka waktu yang panjang di masa yang akan datang.

##### **2.4.8.3. Sesi**

Pada proses pelaksanaan terapi perilaku kognitif dibagi dalam 5 sesi, setiap sesi dilaksanakan selama 30-45 menit untuk setiap klien.

a. Sesi 1 : Pengkajian

Mengungkapkan pikiran otomatis negatif tentang diri sendiri, perasaan dan perilaku negatif yang dialami klien yang berkaitan dengan stressor yaitu pengalaman traumatis yang dialami, mengidentifikasi hal positif yang dimiliki, serta latihan satu pikiran otomatis negatif.

b. Sesi 2 : Terapi Kognitif

Mereview latihan pikiran otomatis yang negatif yang pertama yang sudah dilatih sebelumnya dan melatih untuk mengatasi pikiran otomatis negatif yang kedua.

c. Sesi 3 : Terapi Perilaku

Mengevaluasi pikiran otomatis negatif yang masih ada, mengidentifikasi perilaku positif yang dimiliki, mengidentifikasi perilaku positif yang baru, menyusun rencana perilaku yang ditampilkan untuk mengubah perilaku negatif yang timbul akibat stressor kejadian traumatis dengan memberikan konsekuensi positif atau konsekuensi negatif jika perilaku dilakukan atau tidak dilakukan.

d. Sesi 4 : Evaluasi Terapi kognitif dan perilaku

Mengevaluasi kemajuan dan perkembangan terapi, mereview pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif, memfokuskan terapi, dan mengevaluasi perilaku yang dipelajari berdasarkan konsekuensi yang disepakati

e. Sesi 5 : Mencegah Kekambuhan

Menjelaskan pentingnya psikofarmaka dan terapi modalitas lainnya disamping terapi perilaku kognitif untuk mencegah kekambuhan dan mempertahankan dan membudayakan pikiran positif dan perilaku positif secara mandiri dan berkesinambungan dalam mengatasi masalah.

#### 2.4.8.4. Indikasi

Terapi perilaku kognitif diberikan pada individu dengan indikasi gangguan klinis khusus seperti : depresi, ansietas, panik agrophobia, *social phobia*, *bulemia*, *obsesive compulsive disorder*, PTSD, psikosis, marah, distress HIV, masalah *Cognitive behaviour therapy* diterapkan untuk masalah keluarga, kelainan fungsi seksual, kerusakan *personality*.

## 2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan landasan penelitian. Kerangka teori disusun berdasarkan konsep dan teori yang telah dikemukakan pada BAB 2.

Pada kerangka teori ini digambarkan meliputi skizofrenia, isolasi sosial, interaksi sosial, dan terapi perilaku kognitif.

Isolasi sosial adalah suatu gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat adanya kepribadian yang maladaptif dan mengganggu fungsi seseorang dalam berhubungan ( Videbeck, 2009). 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). Faktor predisposisi psikologis meliputi intelektualitas, ketrampilan verbal, kepribadian, pengalaman masa lalu, konsep diri, motivasi, dan pertahanan psikologis (Stuart & Laraia, 2006). Menurut Townsend (2009); Stuart (2006) menjelaskan faktor sosial budaya dikaitkan dengan terjadinya isolasi sosial meliputi; umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan keyakinan.

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). Ansietas berat yang berkepanjangan terjadi bersamaan dengan keterbatasan untuk mengatasinya. Tuntutan untuk berpisah dengan orang terdekat atau kegagalan orang lain untuk memenuhi kebutuhan ketergantungan dapat menimbulkan ansietas berat (Videbeck, 2008).

Penilaian terhadap stresor menggambarkan arti dan makna sumber stres pada suatu situasi yang dialami individu (Stuart & Laraia, 2006). Penilaian terhadap stresor meliputi respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial.

Sumber koping berhubungan dengan respons sosial maladaptif meliputi keterlibatan dalam hubungan keluarga yang luas dan teman. Apabila individu mempunyai sumber koping yang adekuat maka ia akan mampu beradaptasi dan mengatasi stressor yang ada (Videbeck, 2008). Pada klien isolasi sosial



ketika menghadapi stresor tidak mampu menggunakan mekanisme koping yang efektif (Townsend, 2009).

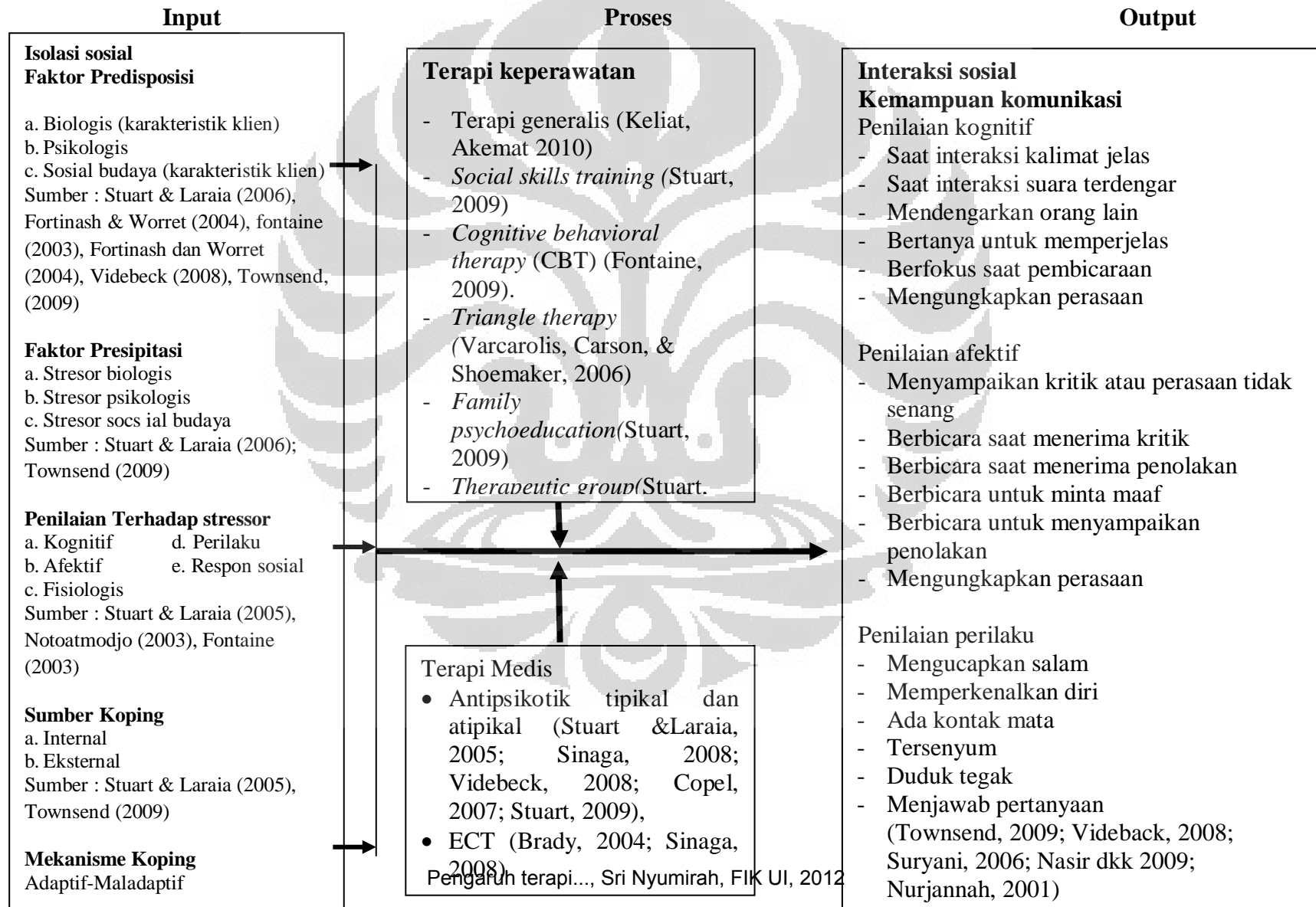
Menurut Townsend (2009) faktor yang mempengaruhi komunikasi adalah nilai, tingkah laku, budaya, pengetahuan, agama, jenis kelamin, umur dan status sosial. Jika tidak adanya komunikasi dalam melakukan suatu interaksi sosial akan muncul dampak berkurangnya jumlah individu atau teman yang dikenali, adanya ketidakharmonisan antara individu yang satu dengan yang lain, dapat berakibat konflik, dan terpecahnya suatu kelompok itu sendiri. Apabila tidak dilakukan suatu interaksi akan berakibat negatif terhadap klien dengan isolasi sosial yang perlu dilakukannya suatu psikoterapi untuk meningkatkan kemampuan klien dalam interaksi sosial.

Terapi perilaku kognitif adalah merupakan salah satu bentuk psikoterapi yang didasarkan pada teori bahwa tanda-tanda gejala fisiologis berhubungan dengan interaksi antara pikiran, perilaku dan emosi (Pedneault, 2008).

Berdasarkan beberapa definisi mengenai terapi perilaku kognitif yang diungkapkan pada garis besarnya terapi perilaku kognitif adalah salah satu bentuk terapi psikososial yang merubah pola pikir negatif menjadi positif sehingga perilaku maladaptif yang timbul akibat pola pikir yang salah juga akan berubah menjadi perilaku yang adaptif, sehingga pada akhirnya diharapkan individu memiliki kemampuan untuk bereaksi secara adaptif dalam menghadapi masalah atau situasi yang sulit dalam hidup. Klien dengan isolasi sosial yang mengalami masalah interaksi sosial akan menerapkan persepsi pentingnya melakukan interaksi sosial sehingga akan mempraktekkan setiap hari perilaku komunikasi dengan orang lain.

Skema 3.1

Kerangka Teori Penelitian



## BAB 3

### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional yang memberikan arah pada pelaksanaan penelitian dan analisis data

#### 3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi pedoman dalam proses pelaksanaan penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas (*independent*), variabel terikat (*dependent*) dan karakteristik klien.

##### 3.1.1. Variabel Dependen (Variabel terikat)

Variabel *dependent* atau variabel output, kriteria, konsekuensi adalah variabel yang dipengaruhi dan menjadi akibat karena adanya variabel bebas (variabel *independent*) (Sugiyono, 2009; Notoatmodjo, 2010).

Variabel *dependent* dalam penelitian ini adalah kemampuan interaksi klien yang diukur dari aspek kognitif, afektif, dan perilaku, karena ketiga aspek ini mudah dikenali dan diamati sehingga akan mempermudah melakukan penilaian pada klien dan sesuai konsep yang telah ada tentang prinsip saat berkomunikasi dengan orang lain (Townsend, 2009).

##### 3.1.2. Variabel *Independent* (Variabel bebas)

Variabel *independent* merupakan variabel stimulus, prediktor, sebab, resiko dan variabel yang mempengaruhi atau yang menyebabkan munculnya variabel dependen (terikat) (Sugiyono, 2009; Notoatmodjo, 2010). Variabel *independent* adalah intervensi berupa terapi yang dikembangkan oleh Sasmita (2007); Fauziah (2009) dan Wahyuni, (2010); Erwina (2010); Hidayat (2010); Lelono (2010); Sudiarmika (2010), terapi perilaku kognitif yang terdiri dari 5 sesi yaitu mengidentifikasi pikiran otomatis yang negatif, penggunaan tanggapan rasional terhadap pikiran negatif, memodifikasi perilaku negatif menjadi positif dengan memberikan token, mengevaluasi perkembangan pikiran dan perilaku yang positif,

mencegah kekambuhan mempertahankan pikiran yang positif dan perilaku adaptif secara mandiri dan berkesinambungan.

3.1.3. Variabel *Confounding* : karakteristik klien yang diambil dalam penelitian dari (Townsend, 2009; Stuart&Laraia,2009) yang meliputi umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan. Kerangka konsep penelitian digambarkan pada skema 3.1

### **3.2. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis adalah pernyataan awal peneliti mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian (Dharma, 2011).

Hipotesis penelitian :

- a. Terdapat hubungan karakteristik (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan) klien isolasi sosial serta kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial di ruang rawat inap RSJ Amino Gondohutomo Semarang
- b. Terdapat pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan (kognitif, afektif dan perilaku) klien dalam melakukan interaksi sosial di ruang rawat inap RSJ Amino Gondohutomo Semarang

### **3.3. Definisi Operasional, Variabel Penelitian, dan Skala Penelitian**

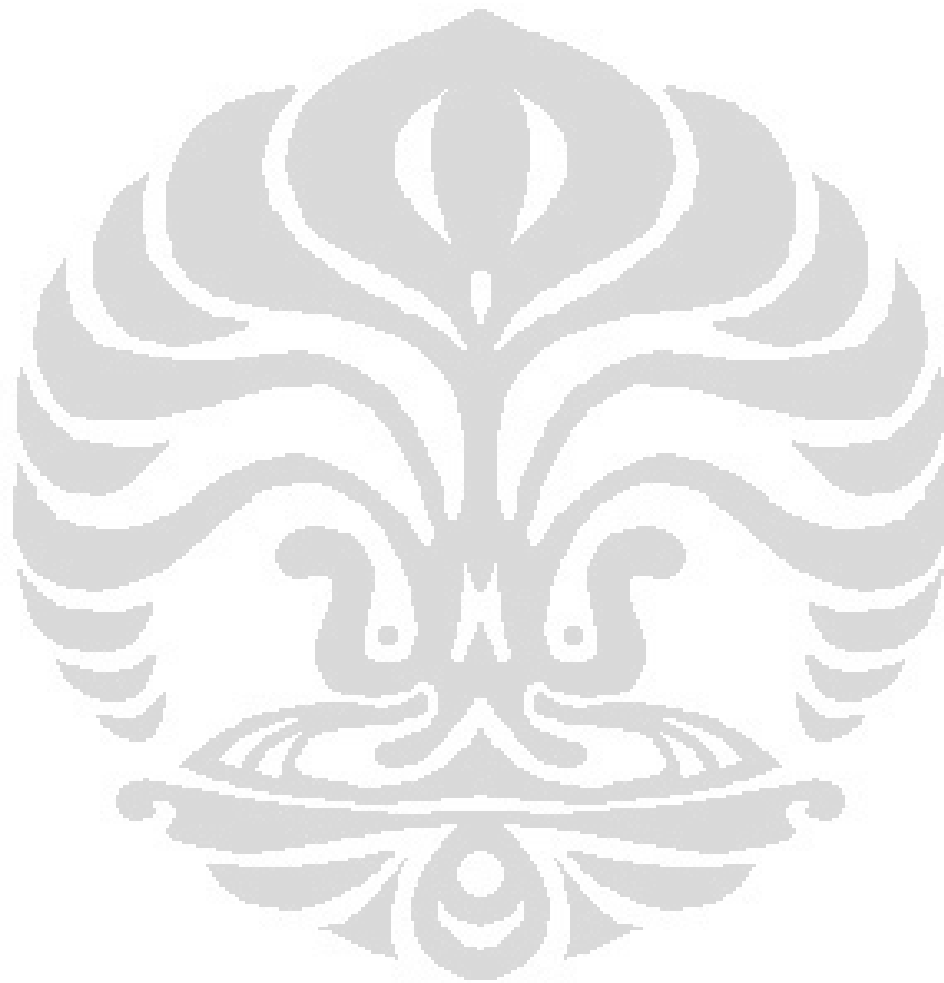
Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel tersebut (Notoatmodjo, 2010).

Definisi operasional dalam penelitian ini memberikan cara mengukur variabel yang telah ditentukan berdasarkan parameter yang dijadikan ukuran. Definisi operasional penelitian ini disajikan dalam tabel 3.1.

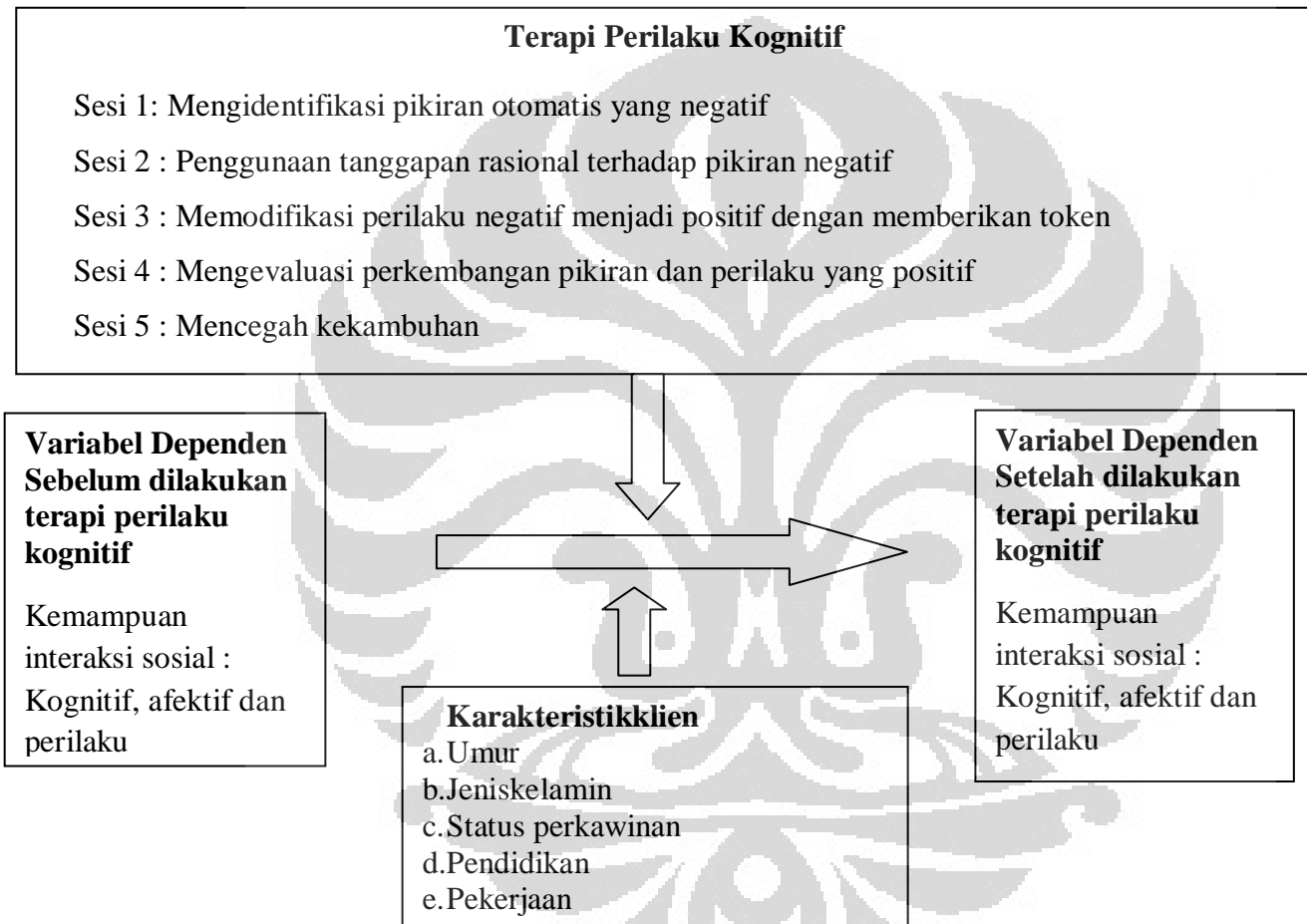
**Tabel 3.1**  
**Definisi Operasional Variabel**

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Karakteristik klien</b>					
1	Usia	Lama hidup seseorang sampai hari kelahirannya terakhir	Item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Rata-rata Usia 31 tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Kondisi perbedaan jenis kelamin klien.	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.	Item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan responden	1. SD 2. SMP 3. SMA	Ordinal
4	Pekerjaan	Suatu aktivitas klien yang dapat menghasilkan uang (pendapatan).	Item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pekerjaan responden	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	Nominal
5	Status perkawinan	Keadaan klien terkait dengan status kehidupan pribadinya dalam keluarga.	Item pertanyaan dalam kuesioner A tentang status perkawinan responden	1. Tidak Kawin 2. Kawin	Nominal
<b>Variabel dependent</b>					
6	Kemampuan kognitif klien dalam melakukan interaksi sosial	Kemampuan klien yang dilihat dari pengetahuan dan ketrampilan klien dalam melakukan interaksi sosial	Item pertanyaan dalam kuesioner B tentang kemampuan kognitif klien nomer 1-6. Berbentuk skala Likert, dengan rentang nilai 0-4, nilai terendah 6 dan tertinggi 24	Rata-rata kemampuan kognitif klien	Interval
7	Kemampuan afektif klien dalam melakukan interaksi sosial	Kemampuan klien yang dilihat dari sikap dan minat klien dalam melakukan interaksi sosial	Item pertanyaan dalam kuesioner B tentang kemampuan afektif klien nomer 7-12. Berbentuk skala Likert, dengan rentang nilai 0-4, nilai terendah 6 dan tertinggi 24	Rata-rata kemampuan afektif klien	Interval
8	Perilaku klien dalam melakukan interaksi sosial	Kemampuan klien yang dilihat dari perilaku yang muncul pada saat berinteraksi dengan orang lain	Lembar observasi tentang kemampuan perilaku klien dalam berinteraksi dengan orang lain. Dengan skala berbentuk dikotom ya: 1 dengan rentang nilai 1 dan 2 nilai terendah 6 dan tertinggi 12	Rata-rata perilaku klien	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Variabel independent</b>					
9	Terapi perilaku kognitif	Kegiatan terapi menggunakan modul untuk merubah pikiran, dan perilaku yang negatif menjadi positif pada klien isolasi sosial	Buku catatan harian klien dan raport hasil evaluasi pelaksanaan terapi perilaku kognitif	1. Dilakukan 2. Tidak dilakukan	Nominal



## Variabel Independen



**Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

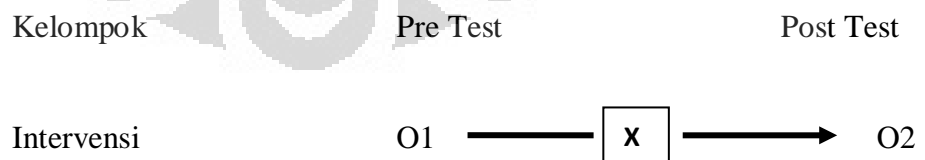
Bab ini penulis menguraikan tentang desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan analisa data.

#### 4.1. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian yang digunakan adalah *Quasi Experimental Pre-Post without control* karena peneliti memberikan perlakuan yang sama pada semua klien untuk diberikan intervensi terapi perilaku kognitif. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui peningkatan kemampuan klien isolasi sosial dalam melakukan interaksi sosial sebelum dan sesudah diberikan perlakuan atau intervensi berupa pemberian terapi perilaku kognitif. Hal ini sesuai dengan pendapat Sastroasmoro dan Ismael (2008) menyatakan bahwa pada studi eksperimen, peneliti melakukan intervensi atau perlakuan terhadap satu atau lebih variabel penelitian dan kemudian mengukur hasil (efek) intervensinya. Dalam penelitian ini pengukuran dilakukan sebanyak dua kali yakni sebelum perlakuan (*Pre test*) dan setelah perlakuan (*Post test*). Secara skematis desain penelitian ini digambarkan dalam skema 4.1 sebagai berikut :

Skema 4.1

#### Desain Penelitian



#### Keterangan:

- X : Perlakuan (intervensi) terapi perilaku kognitif
- O<sub>1</sub> : Kemampuan klien isolasi sosial melakukan interaksi sosial pada kelompok intervensi sebelum mendapatkan perlakuan (intervensi) terapi perilaku kognitif



O<sub>2</sub> : Perubahan kemampuan klien isolasi sosial dalam interaksi sosial pada kelompok intervensi setelah mendapatkan perlakuan (intervensi) terapi perilaku kognitif

O<sub>2</sub> - O<sub>1</sub> : Perubahan kemampuan interaksi sosial pada klien isolasi sosial dengan kelompok yang dilakukan intervensi sebelum dan setelah mendapatkan perlakuan (intervensi) terapi perilaku kognitif

## **4.2. Populasi dan Sampel Penelitian**

### **4.2.1. Populasi**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek dan subyek yang menjadi kuantitas dan karakteristik tertentu yang diterapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2009).

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh klien isolasi sosial di enam ruang rawat inap rumah sakit jiwa Dr Amino Gondohutomo Semarang dengan jumlah klien sebanyak 33 klien.

### **4.2.2. Sampel Penelitian**

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2009). Sampel penelitian ini adalah klien dengan isolasi sosial yang mengalami penurunan dalam kemampuan melakukan interaksi sosial. Adapun kriteria inklusinya adalah :

- a. Usia 20-45 tahun
- b. Klien dirawat di ruangan dengan diagnosa keperawatan utama isolasi sosial
- c. Klien dalam kondisi tenang dan kooperatif
- d. Klien bersedia menjadi responden
- e. Klien dapat membaca dan menulis
- f. Klien sudah mendapatkan intervensi terapi generalis (strategi pelaksanaan 1) dan terapi aktivitas kelompok sosialisasi sesi 1 di ruangan.

Teknik Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah total sampling. Pelaksanaan penelitian sampel yang didapat berdasarkan waktu yang

direncanakan memperoleh jumlah sampel total 33 responden berdasarkan kriteria inklusi klien yang sudah ditentukan oleh peneliti.

#### **4.3. Waktu dan Tempat penelitian**

Waktu penelitian dilaksanakan mulai 25 April sampai dengan 5 Juni 2012. Tempat penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Dr Amino Gondohutomo Semarang dengan pertimbangan RSJ Amino Gondohutomo Semarang merupakan Rumah Sakit tipe A khusus yang merawat klien dengan gangguan jiwa dan Napza, sebagai pusat rujukan klien gangguan jiwa dan pusat rumah sakit pendidikan dalam pengembangan keperawatan jiwa di Kodya Semarang. Penelitian yang sudah dilakukan peneliti tentang pengaruh pemberian terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan interaksi sosial klien isolasi sosial belum pernah dilakukan di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang yang sudah diterapkan standar asuhan keperawatan dan penerapan terapi aktivitas kelompok yang dilakukan oleh perawat di ruangan yang mempunyai kompetensi yang sama dalam menerapkan terapi generalis pada klien isolasi sosial.

Penelitian menggunakan 6 ruangan rawat inap kelas III di RSJ dr Amino Gondohutomo Semarang sebagai tempat yang akan dilakukan penelitian hingga memenuhi jumlah yang diinginkan yaitu 33 klien dan sesuai kriteria inklusi, adapun ruangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah Dewaruci, Endrotenoyo, Gatotkaca, Hudowo, Kresna dan Srikandi. Pemilihan ruang diatas disesuaikan juga dengan kriteria inklusi sampel.

#### **4.4. Etika Penelitian**

Upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan responden dalam penelitian maka dilakukan serangkaian proses uji kelayakan penelitian seperti proposal penelitian yang sudah memenuhi ketentuan etika penelitian dengan dilakukannya *uji kaji etik* oleh oleh Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang dilaksanakan pada tanggal 13 April 2012. Sebelum melakukan penelitian semua responden yang menjadi subyek penelitian mendapatkan informasi yang sama tentang rencana dan tujuan penelitian pada setiap pertemuan sebelum melakukan terapi perilaku kognitif.

Untuk buku kerja dan raport kemampuan terapi perilaku kognitif telah dilakukan uji validitas konstruk dan konteks (*uji expert validity*) oleh pakar keperawatan jiwa FIK-UI sehingga sudah valid dapat digunakan dalam penelitian.

#### **4.4.1. Aplikasi Etika Penelitian**

- a) *Maleficience* yaitu peneliti tidak merugikan responden selama proses penelitian dan memaksimalkan manfaat dari penelitian. Hal ini disampaikan ke responden jika merasa tidak nyaman memberikan kesempatan untuk tidak melanjutkan pengisian kuesioner yang sudah tersedia dan jika ada responden membutuhkan konseling khusus maka peneliti membantu untuk melakukan intervensi yang diperlukan oleh responden setelah melakukan proses terapi.
- b) *Justice* yaitu peneliti menerapkan prinsip keterbukaan dan keadilan dilaksanakan dengan cara menjelaskan prosedur penelitian sebelum melakukan penelitian, pemilihan responden sesuai dengan kriteria inklusi yang sudah ditentukan, responden tidak diskriminasi. Semua responden diberikan perlakuan yang sama dengan memberikan terapi perilaku kognitif kepada semua responden.
- c) *Anomymous* yaitu peneliti hanya memberikan kode pada setiap instrumen yang sudah diisi oleh responden dan tidak menceritakan kepada orang lain tentang proses penelitian yang sudah dilakukan dan permasalahan yang dialami responden.
- d) *Beneficence* yaitu peneliti menerapkan terapi perilaku kognitif dari sesi 1 sampai 5 untuk meningkatkan kemampuan (kognitif, afektif dan perilaku) responden dalam melakukan interaksi sosial, sehingga mengurangi gejala terjadinya masalah isolasi sosial (Hidayat, 2007).

#### **4.4.2. Informed concent**

Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed concent* atau surat pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Penandatanganan *informed concent* disaksikan oleh kepala ruangan untuk diinformasikan kepada keluarga responden.

#### 4.5. Alat Pengumpul Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan lembar observasi untuk mengidentifikasi: data Karakteristik responden (Kuesioner A) kuesioner kemampuan klien melakukan komunikasi (kognitif, afektif), lembar observasi klien dalam melakukan komunikasi (perilaku), tindakan terapi perilaku kognitif pada evaluasi buku kerja klien yang digunakan dalam penelitian ini adalah modifikasi peneliti dari konsep (Vardiansyah, 2004; Videback, 2008; Wibowo, 2002; Fatmawati 2009; Townsend, 2009). Modul terapi yang digunakan sudah dikembangkan oleh Sasmita (2007); Fauziah (2009), Wahyuni, (2010); Erwina (2010); Hidayat (2010); Lelono (2010); dan Sudiatmika (2010).

##### 4.5.1. Data Karakteristik Responden

Data karakteristik responden merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik yang mempengaruhi interaksi sosial klien isolasi sosial dalam melakukan komunikasi menurut teori (Townsend, 2009; Stuart & Laraia, 2009) yang terdiri dari umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan. Pengambilan data ini menggunakan lembar **Kuesioner A** yang terdiri dari 5 pertanyaan dengan cara diisi oleh responden terkait dengan karakteristik responden secara langsung dan didampingi oleh peneliti.

##### 4.5.2. Pengukuran kemampuan interaksi sosial

**Kuesioner B** yang terdiri dari 12 pertanyaan dengan cara diisi oleh responden terkait dengan kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial. Data yang diambil adalah data primer. Instrumen ini modifikasi peneliti dari teori Townsend, 2008 ; Videback, 2008; Suryani, 2006; Nasir dkk 2009; Nurjannah, 2001 dengan menggunakan skala Likert yaitu 4: Selalu; 3: Sering; 2: Jarang; 1: Tidak Pernah.

Tabel 4.1  
**Tabel Jumlah Pertanyaan Responden**

No	Variabel	Jumlah pertanyaan	No pertanyaan positif	No pertanyaan negatif
1	Kognitif	6	1,2,3,4,5,6	-
2	Afektif	6	7,10,11,12	8 dan 9

**Lembar Observasi** terdiri dari pernyataan observasi dari Lembar observasi yang terdiri dari 6 aspek penilaian perilaku saat berinteraksi dapat diukur oleh peneliti secara langsung. Instrumen ini menggunakan skala 2: Ya jika menurut peneliti klien menunjukkan respon yang dimaksud dan 1 : Tidak jika menurut peneliti klien tidak menunjukkan respon yang dimaksud.

#### **4.5.3. Pengukuran kemampuan terapi perilaku kognitif**

Penilaian dari buku catatan harian klien dan raport hasil evaluasi pelaksanaan terapi perilaku kognitif dengan menggunakan modul, buku kerja, buku raport yang dibuat oleh Sasmita (2007); Fauziah (2009) dan Wahyuni, (2010); Erwina (2010); Hidayat (2010); Lelono (2010); Sudiatmika (2010). Dengan hasil ujicoba validitas instrument dilakukan dengan menggunakan *Pearson Product Moment* yaitu nilai  $r$  hasil lebih besar dari  $r$  tabel maka pertanyaan tersebut valid dan dapat digunakan sebagai instrumen penerapan terapi, sedangkan uji reliabilitas dilakukan dengan cara melihat nilai *Alfa Cronbach*, dengan nilai koefisien reliabilitas mendekati satu maka reliabel koefisien korelasi  $>$  dari 0,5

#### **4.6. Uji Coba Instrumen**

Uji coba instrumen dilakukan terlebih dahulu dengan melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen yang akan digunakan. Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauhmana ketepatan alat ukur dalam mengukur suatu data, sedangkan uji reliabilitas dilakukan untuk mengukur sejauhmana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007).

Uji validitas dan reliabilitas penelitian ini dilakukan pada kuesioner kemampuan interaksi sosial klien dan lembar observasi yang dikembangkan oleh peneliti. Uji dilakukan pada 30 orang responden yang sama karakteristiknya dengan kriteria inklusi yang ada dalam penelitian ini di RS Marzoeki Mahdi Bogor karena kriteria inklusi sama dengan RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Validitas instrument dilakukan dengan menggunakan *Pearson Product Moment* yaitu apabila  $r$  hasil lebih besar dari  $r$  tabel maka pertanyaan tersebut valid,

sedangkan uji reliabilitas dilakukan dengan cara melihat nilai *Alfa Cronbach*. Jika nilai koefisien reliabilitas mendekati satu maka reliabel koefisien korelasi > dari 0,5 (Hastono, 2007).

Hasil uji validitas pada kuesioner kemampuan kognitif klien ditemukan 6 pertanyaan valid dari 6 pertanyaan, kemampuan afektif 6 pertanyaan valid dari 6 pertanyaan, perilaku 6 pertanyaan valid dari 6 pertanyaan. Hasilnya  $r$  hasil >  $r$  tabel semua pertanyaan dinyatakan valid sehingga dapat digunakan dalam instrumen penelitian. Hasil uji validitas lebih besar dibandingkan dengan hasil penelitian yang sebelumnya. Hasil reliabilitas lebih kecil dibandingkan penelitian yang sebelumnya.

Tabel 4.2  
**Tabel Uji Instrumen**

Variabel	Jumlah Pertanyaan Sebelum Uji Coba	Jumlah Pertanyaan Sesudah Uji Coba	Hasil validitas	Hasil Reliabilitas
Kognitif	6	6	0,447-0,777	0,945
Afektif	6	6	0,593-0,764	0,945
Psikomotor	6	6	0,725-0,883	0,945

#### 4.7. Proses Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data dalam penelitian ini dilaksanakan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

##### 4.7.1 Tahap Persiapan

Langkah awal dari proses penelitian ini dimulai dengan pelaksanaan uji kompetensi, uji etik. Uji etik dilakukan oleh komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sebelum pengambilan data, dan uji kompetensi terkait dengan kemampuan peneliti dalam memberikan Terapi perilaku kognitif. Setelah dinyatakan lolos uji etik, uji kompetensi, maka peneliti akan mengajukan permohonan ijin kepada Direktur RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang.

Pengurusan perizinan peneliti dengan menyertakan proposal penelitian yang sudah disetujui pembimbing, surat izin penelitian dari Dekan FIK-UI dan surat pernyataan lolos uji etik. Dalam pengurusan perizinan penelitian di RSJ Dr

Amino Gondohutomo Semarang, peneliti tidak mendapatkan hambatan karena pihak rumah sakit sangat mendukung dilakukannya penelitian baik pada klien maupun pada perawat. Selanjutnya peneliti membawa surat persetujuan untuk dilakukannya penelitian dari bagian Diklat RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang ke enam ruang rawat inap yang akan digunakan untuk penelitian ini dan disana peneliti menemui kepala ruangan beserta timnya untuk menjelaskan tujuan penelitian, lama penelitian dan intervensi yang akan dilakukan kepada klien yang dijadikan responden.

Klien yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian, kemudian dijelaskan tentang tujuan penelitian yang dilakukan, dampaknya terhadap klien dan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit, kemudian peneliti meminta kesediaan klien untuk menjadi responden dalam penelitian dengan menandatangani *informed consent*.

#### **4.7.1 Tahap Pelaksanaan**

Selanjutnya peneliti menjelaskan proses yang dilakukan selama penelitian mulai dari pre test, pelaksanaan intervensi terapi perilaku kognitif sampai post test

##### **a. Tahap Pre Test**

Pada tahap ini setelah klien memberikan persetujuan maka dilakukan *pre test* pada klien dengan cara meminta klien untuk mengisi kuesioner tentang data karakteristik dan kuesioner serta lembar observasi yang terkait dengan penelitian yang dibantu peneliti untuk mengisinya. *Pre test* dilakukan secara individu pada setiap klien yang akan dijadikan responden. Setelah dilakukan *pre test* maka peneliti melakukan kontrak pertemuan dengan klien, pada tahap ini juga peneliti membina hubungan saling percaya dengan responden sehingga lebih nyaman dan lebih mudah dalam melakukan interaksi dengan responden.

##### **b. Tahap Intervensi/Pelaksanaan**

Pada tahap intervensi peneliti melakukan kontrak untuk pelaksanaan terapi spesialis terapi perilaku kognitif. Terapi keperawatan diberikan dengan cara memvalidasi dahulu kepada klien isolasi sosial tentang

kemampuan berkenalan dengan orang lain dan kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial dengan bertahap, apabila klien sudah mampu maka peneliti lanjutkan dengan pemberian terapi perilaku kognitif dengan 5 sesi namun jika klien belum mampu maka peneliti menjelaskan tindakan generalis pada klien isolasi sosial. Pelaksanaan tindakan generalis pada klien isolasi sosial yang dilakukan oleh perawat ruangan mengacu pada Standar Asuhan Keperawatan (SAK) klien dengan masalah kemampuan interaksi sosial klien dengan isolasi sosial.

Intervensi spesialis terapi perilaku kognitif terhadap kelompok intervensi diaplikasikan secara bersamaan atau terpadu dalam lima kali pertemuan sesuai dengan tahapan sesi dalam terapi perilaku kognitif pada setiap individu dalam setiap ruangan. Setiap pertemuan dilaksanakan sesuai kesepakatan peneliti dengan klien, pada umumnya selama 30 menit. Pertemuan dilaksanakan setiap hari, pertemuan yang terdiri dari: satu kali *pre test*, empat kali intervensi dan satu kali *post test*. Responden sebanyak 33 orang. Rata-rata satu hari peneliti melakukan terapi 4 sampai 5 klien yang dilakukan intervensi. Penerapan terapi perilaku kognitif diselesaikan di setiap ruangan baru pindah ke ruangan berikutnya dengan melihat setiap kondisi klien dalam proses terapi dan evaluasi terapi yang dilakukan.

Rincian pertemuan pada kelompok intervensi sebagai berikut:

- a. Pertemuan pertama sebelum klien mendapatkan terapi spesialis, sebelum klien diberikan *pretest* tentang kemampuan awal melakukan interaksi sosial peneliti terlebih dahulu melakukan *trust* dengan responden untuk mempermudah proses terapi yang akan dilakukan, jika klien bersedia pada pertemuan pertama dapat diterapkan secara langsung *pretest* jika klien menolak dilakukan pada pertemuan selanjutnya.
- b. Pertemuan kedua melakukan latihan terapi perilaku kognitif sesi I dan II: Mengidentifikasi pikiran dan perilaku negatif yang menyebabkan klien malas melakukan interaksi dengan orang lain serta melawan satu pikiran negatif menjadi positif sesuai dengan kemampuan positif yang dapat digunakan klien. Dalam penerapan sesi II ini klien kadang kala ada yang



harus diulang dua kali karena klien kadang sering lupa sehingga di dalam sesi ini tergantung dari kondisi klien saat kita latih cara melawan pikiran negatif klien.

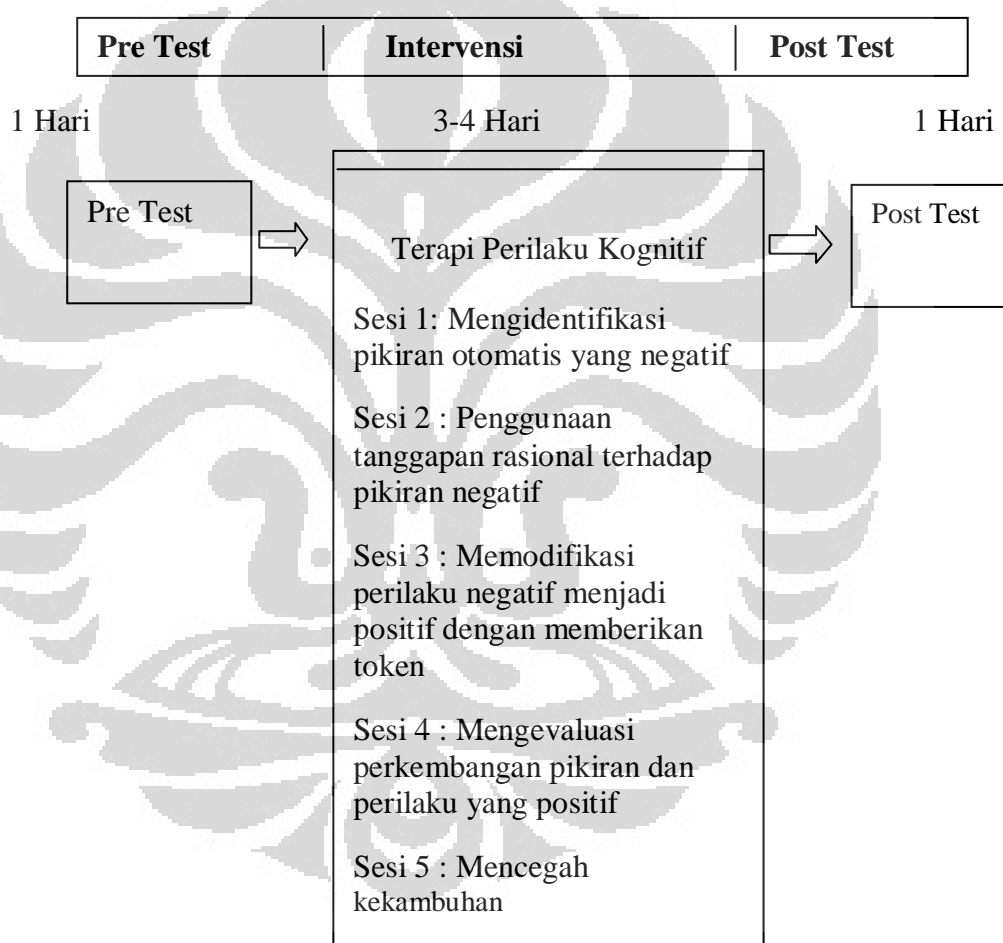
- c. Pertemuan ketiga diawali dengan mengevaluasi kemampuan terapi perilaku kognitif sesi I dan II, melakukan evaluasi kemampuan klien mengidentifikasi pikiran dan perilaku negatif serta upaya melawan pikiran negatif yang sudah dilakukan, pertemuan dilanjutkan dengan melakukan latihan terapi perilaku kognitif sesi III : mengubah perilaku yang negatif menjadi positif dengan melakukan aktivitas sesuai dengan kemampuan positif klien yang biasa dilakukan di ruangan atau di rumah yang dapat diterapkan di ruangan.
- d. Pertemuan keempat mengevaluasi terapi perilaku kognitif sesi III, melakukan evaluasi kemampuan klien mengubah perilaku yang negatif, pertemuan dilanjutkan dengan melakukan latihan terapi perilaku kognitif sesi IV : membimbing klien latihan melawan pikiran negatif dan mengubah perilaku negatif menjadi perilaku yang positif, jika klien selalu melakukannya maka akan diberikan token oleh peneliti yang dapat memberikan reward bagi responden untuk dapat dilakukan secara terus-menerus.
- e. Pertemuan kelima mengevaluasi terapi perilaku kognitif sesi IV, melakukan evaluasi kemampuan klien melawan pikiran negatif dan mengubah perilaku negatif klien. Pertemuan dilanjutkan dengan melakukan latihan terapi perilaku kognitif sesi V : latihan mencegah muncul berulangnya perasaan dan perilaku akibat keyakinan yang tidak nyata (opini) dengan mengingatkan kembali hal yang positif yang sudah dilakukan dengan melatih membuat jadwal atau catatan harian klien untuk mempermudah klien dalam mengingat kemampuan dan aktivitas positif yang dapat digunakan responden.

c. Tahap Post test

Setelah pertemuan kelima dilaksanakan, maka pada pertemuan keenam dilanjutkan dengan kegiatan *post test* pada klien untuk mengetahui kondisi

akhir kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial setelah diberikan terapi perilaku kognitif yang berdampak pada peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien. Kegiatan penelitian diakhiri setelah peneliti melakukan terminasi akhir untuk semua responden. Peneliti kemudian membandingkan kemampuan klien melakukan interaksi sosial berdasarkan nilai pre test dan post test yang telah diperoleh.

Gambar 4.2  
**Kerangka Kerja Terapi Perilaku Kognitif pada Klien dengan Isolasi Sosial yang Mengalami Penurunan Kemampuan Interaksi Sosial**



#### 4.8. Pengolahan Analisis Data

##### 4.8.1. Pengolahan Data

Menurut Hastono (2007) 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 harus dilalui peneliti, yaitu :

a. *Editing*

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

b. *Coding*

Peneliti memberi kode pada setiap respon responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kegiatan yang dilakukan, setelah data diedit kemudian diberi kode. Seluruh variabel yang ada diberi kode dan dilakukan pengkategorian data (usia, pendidikan, jenis kelamin, pekerjaan dan status). Pengkodean menggunakan acuan yang ada di kuesioner seperti 1 untuk kelompok intervensi *pre test* dan 2 untuk kelompok intervensi *post test*, sehingga tidak ditemukan suatu masalah.

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 menggunakan perangkat 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 sudah ada salah atau tidak. Pengelompokan data yang salah diperbaiki hingga tidak ditemukan kembali data yang tidak sesuai, sehingga data telah siap dianalisis. Selama proses pengolahan data dan dilakukan cek kembali tidak ditemukan adanya data yang salah atau tidak sesuai.

## **4.8.2. Analisis Data**

### **4.8.2.1. Analisis Univariat**

Analisis univariat digunakan untuk menganalisis variabel-variabel yang ada secara deskriptif dengan menghitung distribusi frekuensinya agar dapat

diketahui karakteristik dari subjek penelitian. Karakteristik responden yang dilakukan analisis kategorik dengan distribusi frekuensi. Kelompok data kategorik yaitu jenis kelamin dan pendidikan, dianalisis untuk menghitung frekuensinya. Kelompok data numerik yakni umur, kemampuan klien yang meliputi respon kognitif, afektif, perilaku.

#### 4.8.2.2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala pengukuran, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui perbedaan data yaitu kemampuan klien melakukan interaksi sosial sebelum dan setelah dilakukan intervensi terapi perilaku kognitif. Analisis bivariat dilakukan dengan uji *dependent t-Test (paired t-Test)*, karena data diambil dari sampel yang sama. Uji ini dapat digunakan dengan syarat data penelitian berdistribusi normal. Berdasarkan uji statistik tersebut, maka dapat diputuskan menerima hipotesis penelitian jika diperoleh nilai  $p \leq \alpha$  (0.05), dan menolak hipotesis penelitian jika diperoleh nilai  $p > 0.05$ . Sesuai dengan uji statistik yang didapatkan bahwa nilai  $p < \alpha$  0.05 sehingga ada pengaruh kemampuan interaksi sosial terhadap kognitif, afektif dan perilaku klien setelah dilakukan intervensi

Tabel 4.3

#### Analisis Karakteristik Responden Klien dengan Isolasi Sosial di Ruang Rawat Inap RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2012

No.	Variabel	Variabel Dependen	Uji Statistik
1.	Usia (data numerik)		Uji korelasi regresi
2.	Jenis Kelamin (data katagorik)		Uji tindependen
3.	Pendidikan (data katagorik)	Kemampuan Interaksi klien (data numerik)	Uji Anova
4.	Pekerjaan (data kategorik)		Uji t independen
5.	Status Perkawinan (data katagorik)		Uji tindependen

---

Tabel 4.4

**Analisis Kemampuan klien dengan isolasi sosial di Ruang Rawat Inap  
RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2012**

---

<b>Kelompok Intervensi</b>	<b>Kelompok Intervensi</b>	<b>Uji Statistik</b>
Kemampuan interaksi sosial meliputi respon kognitif, afektif, dan perilaku sebelum pemberian terapi perilaku kognitif (data numerik)	Kemampuan interaksi sosial meliputi respon kognitif, afektif, dan perilaku sesudah pemberian terapi perilaku kognitif (data numerik)	Uji t dependen

---

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan klien melakukan interaksi sosial pada klien isolasi sosial di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang yang dilaksanakan pada tanggal 25 April sampai 5 Juni 2012. Penelitian dilakukan di 6 (enam) ruang rawat inap psikiatri yaitu Dewaruci terdapat 5 responden, Endrotenoyo terdapat 6 responden, Gatotkaca terdapat 6 responden, Hudowo terdapat 6 responden, Kresna terdapat 2 responden dan Srikandi 8 responden, jumlah responden pada penelitian ini sebanyak 33 orang klien dan semuanya merupakan kelompok intervensi yang dilakukan *pre-test* dan *post-test* yang hasilnya dibandingkan. Adapun hasil penelitiannya sebagai berikut :

#### **5.1. Karakteristik Responden (Analisis Univariat)**

Karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan. Skala ukur umur dalam bentuk numerik, status perkawinan, pekerjaan, jenis kelamin dalam bentuk kategorik yang dianalisis dengan menggunakan uji t independen, sedangkan pendidikan berupa data kategorik dianalisis dengan menggunakan uji anova. Berikut ini uraian hasil analisisnya.

##### **5.1.1. Karakteristik Umur Responden**

Karakteristik umur responden merupakan variabel numerik sehingga dianalisis dengan menggunakan sentral tendensi guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.1

Tabel 5.1.  
**Distribusi Karakteristik Umur**  
**di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang**  
(n =33)

Variabel	Jenis Kelompok	N	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Umur	Intervensi	33	30,61	31	6,005	20,45	28,48-32,74

Berdasarkan tabel 5.1 menjelaskan bahwa dari 33 orang responden dalam penelitian ini, umur produktif pada responden adalah 31 tahun, median 31 tahun dan standar deviasi 6,005 tahun dengan umur termuda 20 tahun dan tertua 45 tahun.

#### 5.1.2. Karakteristik Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan dan Status Perkawinan Responden

Tabel 5.2  
**Distribusi Frekuensi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin,**  
**Pendidikan, Pekerjaan dan Status Perkawinan di RSJ Dr Amino**  
**Gondohutomo Semarang**  
(n = 33)

Variabel	Frekuensi	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	25	75,8
Perempuan	8	24,2
Total	33	100
<b>Pendidikan</b>		
SD	3	9,1
SMP	20	60,6
SMA	10	30,3
Total	33	100
<b>Pekerjaan</b>		
Bekerja	20	60,6
Tidak bekerja	13	39,4
Total		
<b>Status Perkawinan</b>		
Kawin	9	27,3
Tidak kawin	24	72,7
Total	33	100

Berdasarkan tabel 5.2 menjelaskan bahwa dari 33 orang responden dalam penelitian ini paling banyak adalah yang berjenis kelamin laki-laki 25 (75,8%). Pendidikan responden paling banyak adalah yang berpendidikan SMP 20 (60,6%). Pekerjaan responden paling banyak adalah yang bekerja 20 (60,6%). Status perkawinan responden paling banyak adalah tidak kawin 24 (72,7%) .

## 5.2. Analisa Bivariat

### 5.2.1. Hubungan Umur dengan Kemampuan Interaksi Sosial Responden

Karakteristik umur dianalisis dengan korelasi regresi untuk jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan klien merupakan variabel kategorik sehingga dianalisis dengan menggunakan uji *independent sample T-test* dan uji anova untuk pendidikan. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.3.

Tabel 5.3  
**Analisis Hubungan Umur dengan Kemampuan  
 dalam Melakukan Interaksi Sosial  
 di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang**  
 (n : 33)

Variabel	Umur	
	r	P Value
Kognitif	0,265	0,137
Afektif	0,331	0,06
Perilaku	0,283	0,11

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa hasil uji statistik tidak ada hubungan umur dengan kognitif, afektif dan perilaku.

### 5.2.2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Kemampuan Interaksi Sosial Responden

Berdasarkan tabel 5.4 di bawah ini diketahui bahwa hasil uji statistik didapatkan ada hubungan antara jenis kelamin dengan kognitif ( $p < 0,05$ ), sedangkan jenis kelamin dengan afektif dan perilaku tidak ada hubungan.



Rata-rata kemampuan kognitif responden yang berjenis kelamin laki-laki lebih besar dibandingkan yang berjenis kelamin perempuan.

Tabel 5.4  
**Analisis Hubungan Jenis Kelamin dengan Kemampuan Responden dalam Melakukan Interaksi Sosial di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang (n = 33)**

	Variabel	Mean	P Value
<b>Kognitif</b>	Laki-laki	20,84	0,001
	Perempuan	16,88	
<b>Afektif</b>	Laki-laki	17,44	0,624
	Perempuan	17,00	
<b>Perilaku</b>	Laki-laki	11,08	0,863
	Perempuan	11,00	

### 5.2.3. Hubungan Pekerjaan dengan Kemampuan Interaksi Sosial Responden

Tabel 5.5  
**Analisis Hubungan Pekerjaan dengan Kemampuan Responden dalam Melakukan Interaksi Sosial di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang (n = 33)**

	Variabel	Mean	P Value
<b>Kognitif</b>	Bekerja	21,65	0,000
	Tidak Bekerja	17,15	
<b>Afektif</b>	Bekerja	17,95	0,040
	Tidak Bekerja	16,38	
<b>Perilaku</b>	Bekerja	11,50	0,010
	Tidak Bekerja	10,38	

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa hasil uji statistik didapatkan ada hubungan antara pekerjaan dengan semua kemampuan responden dalam melakukan interaksi sosial (kognitif, afektif, perilaku) responden ( $p < 0,05$ ). Rata-rata kemampuan kognitif, afektif dan perilaku responden yang bekerja lebih besar dari yang tidak bekerja.

#### 5.2.4. Hubungan Pendidikan dengan Kemampuan Interaksi Sosial Responden

Berdasarkan tabel 5.6 di bawah ini diketahui bahwa ada hubungan pendidikan SD-SMA dengan kemampuan kognitif responden dalam melakukan interaksi sosial, sedangkan afektif, dan perilaku responden tidak ada hubungan. Rata-rata pendidikan menengah lebih tinggi dibandingkan pendidikan rendah dalam melakukan interaksi sosial.

Tabel 5.6  
**Analisis Hubungan Pendidikan dengan Kemampuan Responden dalam Melakukan Interaksi Sosial di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang (n = 33)**

Variabel			Mean	P Value
Kognitif	SD	SMP	-3,583	0,060
		SMA	-6,733*	0,000
	SMP	SD	3,583	0,060
		SMA	-3,150*	0,000
	SMA	SD	6,733*	0,000
		SMP	3,150*	0,005
Afektif	SD	SMP	0,250	1,000
		SMA	-1,600	0,736
	SMP	SD	-0,250	1,000
		SMA	-1,850	0,080
	SMA	SD	1,600	0,736
		SMP	1,850	0,080
Perilaku	SD	SMP	-0,617	1,000
		SMA	-0,550	0,350
	SMP	SD	1,167	1,000
		SMA	-0,550	0,616
	SMA	SD	1,167	0,350
		SMP	-0,550	0,616

\*Signifikan pada level  $\alpha$  0,05

### 5.2.5. Hubungan Status Perkawinan Responden dengan Kemampuan Interaksi

Tabel 5.7  
**Analisis Hubungan Status Perkawinan dengan Kemampuan Interaksi dalam Melakukan Interaksi Sosial di RSJ Dr Amino Gondohutomo Semarang**  
(n = 33)

	Variabel	Mean	P Value
<b>Kognitif</b>	Kawin	16,67	0,000
	Tidak Kawin	21,08	
<b>Afektif</b>	Kawin	15,67	0,005
	Tidak Kawin	17,96	
<b>Perilaku</b>	Kawin	10,44	0,051
	Tidak Kawin	11,29	

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa hasil uji statistik ada hubungan antara status perkawinan dengan kognitif dan afektif responden. Rata-rata kemampuan kognitif dan afektif responden yang tidak kawin lebih besar dari yang kawin.

### 5.3. Kemampuan Interaksi Responden Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Perilaku Kognitif

Kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor responden dalam melakukan interaksi sosial sebelum dan sesudah dilakukan terapi perilaku kognitif dianalisis dengan menggunakan uji *dependent sample t-test* dan hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.8. Rata-rata kemampuan dalam melakukan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) setelah dilakukan terapi perilaku kognitif lebih tinggi dibandingkan sebelum dilakukan terapi perilaku kognitif dengan selisih kognitif sebelum dan sesudah dilakukan intervensi adalah 6,09, selisih afektif sebelum dan sesudah dilakukan intervensi adalah 2,75, selisih perilaku sebelum dan sesudah dilakukan intervensi adalah 4,6.

Tabel 5.8  
**Distribusi Rata-rata Kemampuan Interaksi Sebelum dan Sesudah  
 Dilakukan Terapi Perilaku Kognitif di RSJDr Amino Gondohutomo  
 Semarang**  
 (n = 33)

<b>Kemampuan</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Min-Maks</b>	<b>95% CI</b>
<b>Kognitif</b>				
Sebelum	13,79	3,09	9-22	12,69-14,88
Sesudah	19,88	3,018	12-24	18,81-20,95
<b>Afektif</b>				
Sebelum	14,58	1,6	11-18	14,00- 15,15
Sesudah	17,33	2,16	14-22	16,57 - 18,10
<b>Perilaku</b>				
Sebelum	9,64	4,39	8-11	9,27 - 10,00
Sesudah	11,06	4,95	8-12	10,66 - 11,46

#### 5.4. Analisis Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi Sosial (kognitif, afektif dan perilaku) Responden

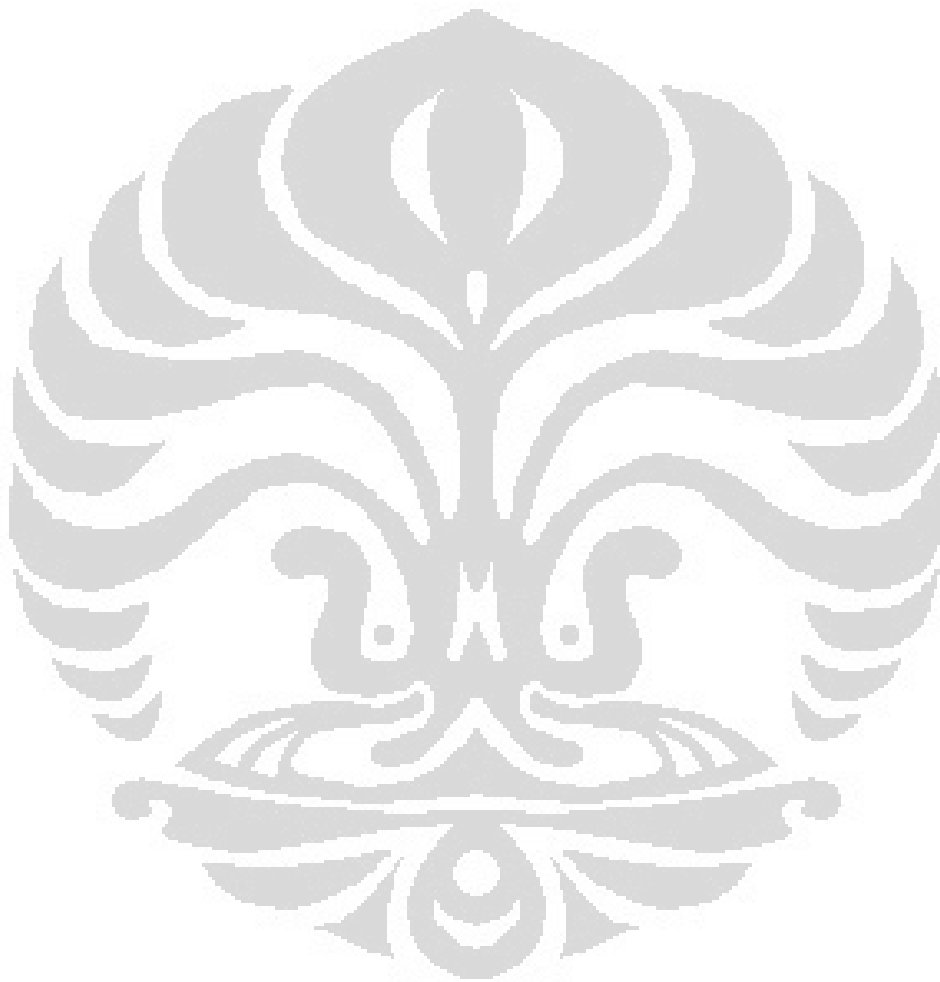
Kemampuan interaksi klien (kognitif, afektif dan perilaku) dalam melakukan interaksi sosial pada klien isolasi sosial merupakan variabel numerik sehingga untuk menganalisis peningkatan kemampuan sebelum dan setelah dilakukan terapi perilaku kognitif dilakukan dengan uji *dependent sample T-test*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.9

Tabel 5.9  
**Analisis Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif Terhadap Kemampuan  
 Interaksi Sosial (kognitif, afektif dan perilaku) di RSJ Dr Amino  
 Gondohutomo Semarang**  
 (n :33)

<b>Variabel</b>	<b>Mean</b>	<b>P Value</b>
<b>Kognitif</b>		
Sebelum	13,79	0,000
Sesudah	19,88	
<b>Afektif</b>		
Sebelum	14,58	0,000
Sesudah	17,33	
<b>Perilaku</b>		
Sebelum	9,64	0,000
Sesudah	11,06	

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.9 bahwa hasil uji statistik dengan nilai  $p < 0,05$ . Ada pengaruh pemberian terapi perilaku kognitif dengan

kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) dengan selisih kognitif sebelum dan sesudah dilakukan intervensi adalah 6,09, selisih afektif sebelum dan sesudah dilakukan intervensi adalah 2,75, selisih perilaku sebelum dan sesudah dilakukan intervensi adalah 4,6.



## **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 implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitiankeperawatan.

#### **6.1. Analisa Bivariat**

##### **6.1.1. Hubungan Umur dengan Kemampuan Interaksi Sosial Responden**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak ada hubungan umur dengan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku responden, sehingga berapapun umur klien tidak berpengaruh terhadap kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial.

Umur klien saat pertama kali muncul gangguan jiwa dengan masalah isolasi sosial merupakan faktor penting dalam menentukan seberapa baik kemajuan peningkatan kemampuan interaksi dalam melakukan interaksi sosial dengan orang lain. Gangguan jiwa yang terjadi pada usia dini memperlihatkan hasil akhir yang lebih buruk daripada yang terjadi pada usia lebih tua. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti responden yang berumur rata-rata 31 tahun bahwa umur lebih muda akan lebih sering terjadi pikiran yang negatif dibandingkan yang berusia tua karena usia muda akan lebih rentan menggunakan perilaku negatif untuk menerapkan mekanisme kopingnya saat menyelesaikan suatu masalah sampai muncul perilaku suka menyendiri dan tidak mampu melakukan interaksi sosial.

Menurut Buchman dan Carperpenter (2000 dalam Videbeck, 2008) menyatakan bahwa serangan awal skizofrenia yang terjadi secara bertahap, sekitar 50% cenderung mengalami proses klinis secara cepat dan jangka panjang yang lebih buruk daripada serangan akut dan mendadak. Umur

juga berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan ketrampilan yang dalam menyelesaikan masalah atau menggunakan mekanisme koping yang akan digunakan (Stuart dan Laraia, 2006).

Temuan penelitian yang dilakukan di AS (1999) oleh Kessler bahwa gangguan psikologis paling banyak dialami umur antara 25-32 tahun dan dengan bertambahnya umur masalah yang berkaitan juga akan sering muncul seperti perubahan perilaku, menurunnya aktivitas kerja, ketidaksanggupan kerja, suka menyendiri dan lebih banyak diam.

Hasil penelitian ini didukung penelitian Sasmita (2008) yaitu tidak ditemukan adanya hubungan antara usia klien dengan peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku klien skizofrenia dengan harga diri rendah yang diberikan terapi perilaku kognitif. Pada klien skizofrenia terutama pada masalah isolasi sosial kemampuan dalam berfikir sangat ditentukan oleh besar kecilnya kerusakan struktur otak yang dialami klien.

Penelitian Renidayati (2008), juga menyatakan tidak ditemukan adanya hubungan antara usia klien skizofrenia yang menunjukkan isolasi sosial dengan peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku dengan pemberian terapi SST.

Hasil penelitian yang lain oleh Jumaini (2009) menunjukkan tidak ada hubungan usia dengan kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan maupun kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi klien isolasi sosial.

Skizofrenia yang terjadi pada klien dengan masalah isolasi sosial yang terjadi pada usia dini memperlihatkan hasil akhir yang lebih buruk daripada yang terjadi pada usia yang lebih tua, klien dengan usia lebih muda akan lebih memperlihatkan suatu kognitif yang selalu berfikir

negatif sehingga akan memunculkan perasaan sedih, menangis dan putus asa yang pada akhirnya akan memunculkan suatu perilaku negatif yang lebih nyata dan gangguan kognitif yang lebih banyak (Videback, 2008).

Menurut Townsend (2009) bahwa semakin bertambahnya umur seseorang maka semakin meningkatnya kemampuan seseorang dalam melakukan interaksi sosial dengan orang lain, maka dapat disimpulkan bahwa faktor umur responden tidak memiliki hubungan terhadap kemampuan kognitif, afektif dan perilaku isolasi sosial dalam melakukan interaksi sosial.

Menurut Stuart dan Laraia (2006) bahwa respon kognitif berperan sangat penting dalam proses adaptasi, faktor kognitif akan mempengaruhi suatu kejadian yang menyebabkan stress, menggunakan coping yang akan digunakan, dan reaksi emosi, fisiologi, perilaku, dan sosial seseorang. Umur responden dalam penelitian ini adalah usia produktif yang mana individu mampu menilai stresor sebagai suatu tantangan yang mengubah stresor menjadi peristiwa yang menguntungkan bagi dirinya sehingga menurunkan tingkat stres yang dialami dalam menghadapi masalah, dan menurunkan perilaku negatif yang dialami responden.

Umur tidak mempengaruhi responden dengan kemampuan afektif dalam melakukan interaksi sosial karena responden sudah mengetahui pentingnya melakukan interaksi sosial dan manfaatnya tetapi responden malas melakukannya. Sesuai dengan pendapat Danner dkk, 2001; Lazarus, 1991; Seligman, (2000 dalam Stuart & Laraia, 2006) bahwa pengetahuan yang baik, optimis, dan sikap positif dalam menilai suatu peristiwa dalam kehidupan yang dialami oleh seseorang yang diyakini dapat menimbulkan perasaan sejahtera dan memperpanjang usia.

Umur responden tidak mempengaruhi kemampuan perilaku dalam melakukan interaksi sosial karena selama berada di ruang rawat inap cenderung responden lebih suka menyendiri, diam dan malas melakukan



interaksi sosial sebagai mekanisme koping untuk mengatasi masalah yang dialami responden. Hal ini sesuai pendapat Stuart & Laraia, (2006) bahwa respon perilaku merefleksikan respon emosi dan fisiologis sebagai hasil analisis kognitif dalam menghadapi suatu situasi yang penuh stres.

### **6.1.2. Hubungan Jenis Kelamin dengan Kemampuan Interaksi Sosial Responden**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil uji statistik ada hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan kognitif ( $p < 0,05$ ). Rata-rata kemampuan kognitif responden yang berjenis kelamin laki-laki lebih besar dibandingkan yang berjenis kelamin perempuan.

Jenis kelamin merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi dalam melakukan interaksi sosial terutama aspek kognitif berorientasi pada kemampuan berfikir yang mencakup kemampuan intelektual yang lebih sederhana, yaitu mengingat, sampai pada kemampuan memecahkan masalah seseorang untuk menghubungkan dan menggabungkan beberapa ide, gagasan, yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah tersebut.

Menurut pendapat Townsend (2009) bahwa jenis kelamin akan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam melakukan komunikasi karena jenis kelamin laki-laki dan perempuan menunjukkan gaya komunikasi yang berbeda dan memiliki interpretasi yang berbeda terhadap suatu percakapan.

Penelitian ini sesuai dengan pendapat Seaward (1997, dalam Videbeck, 2008) juga menyebutkan bahwa faktor budaya dan sosial yang dapat menyebabkan terjadinya skizofrenia adalah karena tidak adanya penghasilan, adanya kekerasan, tidak memiliki tempat tinggal (tunawisma), kemiskinan dan diskriminasi ras, golongan, usia maupun jenis kelamin.

Sesuai penelitian yang dilakukan Widuri (2005) dalam penelitiannya tentang karakteristik klien yang mengalami gangguan jiwa dengan isolasi sosial menunjukkan bahwa laki-laki lebih mungkin memunculkan gejala negatif dibandingkan wanita karena wanita lebih mudah memanfaatkan fungsi sosial dalam melakukan interaksi sosial.

Hal ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan Putri (2010) bahwa jenis kelamin tidak ada hubungan yang bermakna dengan respon perilaku kekerasan. Ini menunjukkan bahwa jenis kelamin antara laki-laki dan wanita tidak mempengaruhi perubahan pada respon perilaku seseorang.

Responden laki-laki lebih yang memiliki kemampuan kognitif lebih tinggi dibandingkan perempuan. Hal ini sesuai dengan pendapat Lazarus dan Smith (1991 dalam Weaver 2001) bahwa kognitif seseorang terutama laki-laki lebih tinggi dari wanita karena laki-laki dalam melakukan hubungan antar individu dengan lingkungannya dapat memahami bagaimana jika terjadi suatu peristiwa yang menyebabkan muncul masalah yang membebani individu koping individu yang digunakan meskipun respon yang ditunjukkan adalah emosi sehingga muncul perilaku negatif.

Aspek kognitif adalah sangat penting digunakan dalam mengungkapkan tentang kegiatan interaksi sosial dengan menerapkan komunikasi yang bervariasi. Hal ini juga sesuai dengan pendapat Townsend (2009) bahwa jenis kelamin seseorang akan mempengaruhi kemampuan klien dalam melakukan interaksi yang dapat dilakukan dengan bervariasi.

### **6.1.3. Hubungan Pendidikan dengan Kemampuan Interaksi Sosial Responden**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan pendidikan SD-SMA dengan kemampuan kognitif responden dalam melakukan interaksi

sosial. Pendidikan menengah lebih tinggi kemampuan kognitifnya dibandingkan responden yang berpendidikan rendah.

Pendidikan merupakan sumber koping bagi seseorang dalam menghadapi suatu masalah yang dihadapi. Pada proses pemberian terapi perilaku kognitif pada penelitian ini responden dengan latar belakang pendidikan menengah memiliki kemampuan untuk menerima informasi lebih baik dibandingkan dengan responden dengan latar belakang rendah karena latar belakang yang dimiliki responden dapat dijadikan sumber koping dalam mengalami suatu masalah. Semakin tinggi pendidikan yang dimiliki oleh seseorang makin baik seseorang dalam mengembangkan tehnik komunikasi dengan orang lain baik verbal maupun non verbal.

Hal ini sesuai dengan yang diungkapkan Kopelowicz (2002) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan seseorang akan berkorelasi positif dengan keterampilan koping yang dimiliki seseorang dalam menyelesaikan masalah.

Responden yang mempunyai pendidikan menengah kemampuan kognitif lebih tinggi dibandingkan yang mempunyai pendidikan rendah, karena pendidikan merupakan bagian yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan yang merujuk pada pikiran rasional, mempelajari fakta, mengambil keputusan, dan mengembangkan pikiran (Craven, 2000).

Menurut Model Stres Adaptasi Stuart, pendidikan merupakan salah satu sumber koping yaitu kemampuan personal dibidang pendidikan terkait dengan pengetahuan dan intelegensi seseorang (Stuart & Laraia, 2006). Pendidikan sebagai sumber koping berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk menerima informasi yang dapat membantu mengatasi masalah yang dihadapi seseorang.

Para peneliti di AS dan Afrika Menyully dkk (1997) mengatakan bahwa umur, pendidikan dan pekerjaan seseorang akan mempengaruhi gangguan psikologis seseorang karena pendidikan merupakan sumber koping bagi seseorang dalam menghadapi suatu masalah yang dialaminya dengan kemampuan seseorang untuk menerima informasi yang dapat membantumengatasi masalah yang dihadapi seseorang.

Dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang akan berpengaruh terhadap kemampuan kognitif klien dalam melakukan interaksi sosial.

#### **6.1.4. Hubungan Pekerjaan dengan Kemampuan Interaksi Responden**

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa hasil uji statistik ada hubungan antara pekerjaan dengan semua kemampuan responden dalam melakukan interaksi sosial (kognitif, afektif, perilaku) responden ( $p < 0,05$ ).

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. Responden yang muncul masalah isolasi sosial yaitu sulit mengungkapkan masalah yang dialami dengan orang lain dan tidak mampu memulai pembicaraan karena mengalami keterbatasan sumber koping terhadap situasi yang dihadapi, sehingga akan mempengaruhi kognitif, afektif dan psikomotor seseorang, sehingga muncul perilaku yang negatif pada responden.

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 Wartolah (2003) bahwa status pekerjaan akan mempengaruhi timbulnya stres. Status pekerjaan terkait dengan status ekonomi seseorang, orang dengan status ekonomi

yang tinggi akan jauh lebih sukar mengalami stres dibanding mereka yang status ekonominya lemah. Pekerjaan juga menjadi faktor predisposisi terjadinya stres, sesuai dengan hasil temuan bahwa responden lebih banyak bekerja dibandingkan yang tidak bekerja sehingga dalam menyelesaikan masalah lebih cepat dan tidak muncul perilaku negatif yang ada.

Responden yang bekerja lebih banyak terjadi pada laki-laki yang mempunyai hubungan dalam melakukan interaksi baik kognitif, afektif maupun perilaku bahwa menurut Goleman (2009) apabila seseorang mempunyai semangat yang tinggi maka individu akan melakukan kinerja yang tinggi juga. Tanpa kemampuan merasakan emosi manusia akan mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan sehingga salah satunya faktor yang mempengaruhi kognitif, afektif dan perilaku seseorang adalah suasana hati seseorang, hal ini sangat berpengaruh terhadap tugas kantor yang akan dilakukan akibat stres atau cemas dari suasana hati yang buruk yang menyebabkan kegagalan dalam bekerja. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa mengalami stres atau masalah memiliki pengaruh negatif yang berakibat muncul perilaku maladaptif, suka menyendiri, lebih banyak diam dan tidak mampu melakukan aktivitas.

Hal tersebut diperkuat oleh pendapat Cattell (2001) serta Hoffiman dan Hatch (2000) yang menjelaskan bahwa terdapat hubungan antara kemiskinan dengan stressor keuangan. Menurut Maguire (2002) dalam Fortinash dan Worret (2004) yang menyatakan bahwa skizofrenia terjadi pada semua kelompok sosial ekonomi, namun lebih banyak terjadi pada kelompok sosial ekonomi rendah. Menurut Craven (2000) pengetahuan seseorang akan mempengaruhi kognitif, afektif dan perilaku seseorang dalam melakukan interaksi sosial.

Dapat disimpulkan bahwa apabila seseorang tidak bekerja akan berpengaruh lebih mudah terjadi gangguan psikologis, sehingga akan

berdampak terhadap kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial baik kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor.

#### **6.1.5. Hubungan Status Perkawinan dengan Kemampuan Interaksi Klien**

Berdasarkan hasil penelitiandiketahui bahwa hasil uji statistik didapatkan ada hubungan antara status perkawinan dengan kognitif dan afektif responden. Rata-rata kemampuan kognitif dan afektif responden yang tidak kawin lebih besar dari yang kawin.

Responden yang belum menikah atau belum kawin mempengaruhi kognitif dan afektif, sehingga responden lebih sering untuk berfikir negatif sampai muncul perilaku yang negatif yang mempengaruhi responden dalam melakukan interaksi sosial dengan orang lain. Karena dengan mempunyai suami atau istri seseorang merasakan ada yang memperhatikan dan membantu setiap masalah yang dihadapi sehingga seseorang mampu mengungkapkan perasaannya sedangkan jika tidak mempunyai pasangan seseorang lebih suka menyendiri, tertutup dan mengurung diri jika mengalami masalah.

Menurut Kintono (2010) 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.

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 Townsend (2009) bahwa responden yang belum menikah mudah mengalami stres. Stres dapat ditimbulkan oleh menurunnya stabilitas unit keluarga misalnya kurangnya *support* sistem dalam keluarga dan kontak/hubungan yang kurang antar anggota keluarga dan berpisah dari orang yang berarti, misalnya karena dirawat di rumah sakit. Stressor 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, sehingga mempengaruhi kemampuan kognitif dan afektif dalam melakukan interaksi sosial.

Menurut penelitian Widyawati (2009) 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.

## **6.2. Rata-rata Kemampuan Interaksi Sosial Responden Sebelum dan Sesudah Dilakukan Terapi Perilaku Kognitif**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 33 responden rata-rata kemampuan dalam melakukan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) setelah dilakukan terapi perilaku kognitif lebih tinggi dibandingkan sebelum dilakukan terapi perilaku kognitif.

Sebelum dilakukan terapi perilaku kognitif mengalami penurunan kemampuan interaksi sosial yang menyebabkan pikiran, perasaan dan perilaku negatif sehingga klien malas melakukan interaksi dengan orang lain, malas melakukan aktivitas, merasa tidak berguna, tidak ada manfaatnya berinteraksi dengan orang lain karena tidak dapat membantu klien cepat pulang, sehingga menyebabkan klien suka menyendiri, diam, dan jarang berkomunikasi dengan orang lain.

Karakteristik klien dalam berkomunikasi juga dipengaruhi oleh pengetahuan, umur, jenis kelamin, pendidikan, budaya, status sosial, tingkah laku dan nilai (Townsend, 2009). Setelah dilakukan terapi perilaku kognitif responden dilatih untuk mengubah atau melawan persepsi yang negatif untuk menjadi positif sampai akhirnya klien mempunyai kemampuan kognitif, afektif dan perilaku dalam mengatasi penurunan kemampuan dalam melakukan interaksi sosial, sehingga sesuai dengan hasil penelitian mengalami peningkatan kognitif, afektif dan perilaku setelah dilakukan terapi perilaku kognitif.

Menurut Martin(2010) bahwa penerapan terapi psikososial dengan perilaku kognitif dapat merubah pola pikir yang negatif menjadi positif sehingga perilaku yang maladaptif yang timbul akibat pola pikir yang salah juga akan berubah menjadi perilaku yang adaptif, sehingga pada akhirnya diharapkan individu dengan masalah isolasi sosial memiliki peningkatan kemampuan untuk melakukan interaksi sosial dan bereaksi secara adaptif dalam menghadapi masalah atau situasi yang sulit dalam setiap fase hidupnya.

Menurut Singer dan Addington (2009), penambahan terapi perilaku kognitif (CBT) dapat menurunkan gejala negatif skizofrenia serta fungsi sosial yang baik dan menunjukkan efek yang menetap setelah pengobatan berakhir, dibandingkan dengan perawatan rutin saja, karena dengan terapi perilaku kognitif klien dapat membantu klien melakukan perilaku dan pikiran yang positif. Jika diterapkan pada klien dengan isolasi sosial terbentuk pikiran yang positif sehingga mendapatkan perilaku yang positif. Klien dengan isolasi sosial yang mengalami penurunan motivasi dalam melakukan interaksi sosial dengan diberikan terapi perilaku kognitif akan mempunyai persepsi yang positif dan klien mengetahui pentingnya interaksi sosial.

Menurut Froggatt (2005) menjelaskan bahwa suatu penjelasan tentang sebab akibat biopsikososial yang merupakan kombinasi dari faktor biologis, psikologis dan sosial yang mempengaruhi perasaan, ini merupakan hal yang



penting dan perlu diingat untuk memahami seberapa besar kemampuan manusia dapat berubah. Hal ini terbukti dari penelitian ini bahwa semua responden kognitif, afektif dan perilakunya klien berubah dari sebelum dan sesudah dilakukan intervensi.

Menurut Albert Ellis (Corsini & Wedding, 1989 dalam Dominic, 2003 ) juga mengatakan bahwa manusia pada dirinya adalah unik yang memiliki kecenderungan untuk berfikir rasional dan irrasional ketika berfikir dan tingkah laku rasional manusia akan efektif, bahagia dan memiliki kemampuan yang lebih dalam berfikir positif.

### **6.3. Analisis Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi (kognitif, afektif dan perilaku) Responden**

#### **6.3.1. Kemampuan Kognitif Responden Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Perilaku Kognitif**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil uji statistik ada peningkatan kemampuan kognitif responden setelah dilakukan terapi perilaku kognitif dengan nilai  $p < 0,05$ .

Responden dalam penelitian ini memiliki pengalaman yang tidak menyenangkan saat berhubungan dengan orang lain, karena ada penolakan, merasa bodoh, tidak percaya dan merasa tidak ada manfaatnya jika berhubungan dengan orang lain karena merasa takut untuk mendapatkan penolakan untuk berhubungan dengan orang lain sehingga responden merasa tidak nyaman yang mengakibatkan responden suka menyendiri, lebih banyak diam, dan malas melakukan interaksi dengan orang lain. Kenyataan yang ditemukan dalam penelitian ini juga sesuai dengan yang diuraikan Townsend (2009), NANDA (2007) dan Keliat (2005).

Menurut Stuart & Laraia, (2006) mengatakan bahwa respon kognitif memegang peran sentral dalam proses adaptasi, dimana faktor kognitif

mempengaruhi dampak suatu kejadian yang penuh dengan stress, memilih coping yang akan digunakan, dan reaksi emosi, fisiologi, perilaku, dan sosial seseorang.

Responden dalam melakukan penilaian stressor secara kognitif yang muncul perilaku merasa kesepian, merasa tidak nyaman, merasa tidak berguna berada diantara orang lain, tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan, sehingga responden menunjukkan gangguan kognitif (distorsi negatif) berupa penilaian negatif terhadap diri sendiri dan orang lain serta lingkungan yang perlu mendapatkan sebuah penanganan, karena akan menyebabkan perilaku negatif salah satu mengalami penurunan dalam melakukan interaksi sosial. Kognitif merupakan sumber penting yang menentukan perilaku responden, oleh karena itu sebelum menyusun alternatif mengubah perilaku lebih dahulu dilakukan modifikasi pikiran yang positif.

Peningkatan kemampuan kognitif setelah dilakukan terapi perilaku kognitif karena responden diidentifikasi pikiran yang negatif yang muncul yang menyebabkan perilaku negatif dan latihan untuk melawan pikiran negatif dan perilaku yang negatif untuk menjadi positif sehingga memunculkan suatu perilaku yang positif dan rasional. Perubahan kemampuan kognitif ini sesuai dengan pernyataan (Bloom 1956 dalam Bastable 2002) bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan salah satu bagian atau domain dari perilaku selain sikap (afektif) dan perilaku (psikomotor) yang ketiganya saling mempengaruhi respon kognitif yang menjadi peran sentral dalam proses adaptasi. Kemampuan kognitif juga akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya (Edelman & Mandle, 1994 dalam Potter & Perry, 2005).

Pelaksanaan terapi perilaku kognitif pada sesi 1 dan 2 mengidentifikasi pikiran dan perilaku negatif yang muncul kemudian melatih responden

melawan pikiran dan perilaku yang negatif, pada sesi 1 dan 2 ini lebih berfokus pada pikiran yang negatif supaya menjadi positif, responden diberi kesempatan untuk mengidentifikasi pikiran dan perilaku yang negatif yang muncul yang menyebabkan klien malas melakukan interaksi dengan orang lain dan melatih klien untuk mempunyai pikiran yang positif yang kemudian menuliskannya ke dalam buku kerja. Karena tidak ada ruangan khusus dalam melakukan intervensi, sehingga mempengaruhi proses terapi yang menyebabkan responden merasa tidak nyaman dan kadang kurang konsentrasi, yang mempengaruhi proses berfikir dalam penerapan sesi 1 dan 2, sehingga di sesi 1 dan 2 ini pertemuannya kadang harus diulang sesuai hasil evaluasi di setiap pertemuan pada responden dan sesuai kesepakatan antara responden dan peneliti waktu dan tempat yang ditentukan.

Hal ini sesuai dengan pendapat Oemarjoedi (2003) bahwa terapi perilaku kognitif meyakini pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon yang saling terkait dan membentuk 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.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh hasil penelitian sebelumnya Hidayat (2011) dalam penelitiannya tentang pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien perilaku kekerasan yang mengalami peningkatan kemampuan kognitif untuk mengurangi munculnya perilaku kekerasan. Hasil penelitian Sasmita (2007) bahwa dalam penelitiannya tentang pengaruh terapi perilaku kognitif yang diterapkan pada klien HDR yang mendapatkan hasil yang terjadi peningkatan kemampuan kognitif secara bermakna. Hasil penelitian Lelono (2010) tentang pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien halusinasi dan perilaku kekerasan mendapatkan hasil

terjadi peningkatan kemampuan kognitif secara bermakna. Menurut Davis (2005) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat diberikan klien skizofrenia untuk intervensi meningkatkan kepercayaan yang positif bagi klien sehingga muncul perilaku yang positif juga pada klien.

Sesuai penelitian Renidayati (2008) tentang pengaruh *Social Skills Training* (SST) pada klien isolasi sosial bahwa 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.

Meningkatnya kemampuan responden dalam melakukan interaksi sosial pada penelitian ini juga terlihat dari ungkapan responden bahwa responden merasa tidak sendiri, merasa nyaman jika berinteraksi dengan orang lain, klien merasa percaya diri, klien sudah mampu mengungkapkan perasaannya. Penilaian ini tidak hanya dari ungkapan responden tetapi juga terlihat dari hasil observasi peneliti dan perawat yaitu responden memiliki kemampuan dalam menilai diri sendiri, orang lain dan lingkungan hidup, sehingga fungsi kognitif responden dapat positif dengan mau menjawab pertanyaan jika ditanya, senyum dan menyapa jika ketemu orang lain.

### **6.3.2. Kemampuan Afektif Responden Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Perilaku Kognitif**

Hasil uji statistik ada peningkatan kemampuan interaksi sosial dengan kemampuan afektif responden setelah dilakukan terapi perilaku kognitif dengan nilai  $p < 0,05$ .

Meningkatnya respon afektif pada responden setelah dilakukan terapi perilaku kognitif karena klien merasa tidak cemas selalu optimis dan dapat menghargai individu, orang lain dan lingkungan sehingga responden dapat

mengubah perasaan yang negatif menjadi positif yang akhirnya akan memunculkan perilaku yang positif juga setelah diajarkan mengubah perasaan negatif untuk menjadi positif pada sesi 3 dalam penerapan terapi perilaku kognitif.

Respon emosi merefleksikan respon perilaku dan fisiologis sebagai hasil analisis kognitif dalam menghadapi suatu situasi yang penuh stres ( Stuart & Laraia, 2005). Keyakinan irrasional coba untuk diatasi dengan mengeksplorasi perasaan negatif yang terjadi guna dilawan dengan perasaan yang positif yang ada dalam kejadian yang dialami hingga klien banyak berfikir secara positif dan pada akhirnya klien mempunyai keyakinan yang rasional, kemudian dari keyakinan yang rasional tadi akan memberikan dampak yang baik terhadap perasaan atau afektif klien dimana klien tidak perlu lagi merasa terganggu oleh suara yang didengar dan berdampak pada perilaku yang positif.

Respon afektif menunjukkan suatu perasaan. Penilaian terhadap stresor secara afektif tidak spesifik dan umumnya berupa reaksi cemas yang diekspresikan sebagai emosi. Respon afektif yang muncul meliputi sedih, takut, marah, gembira, menerima, tidak percaya, antisipasi, dan terkejut. Pengetahuan yang baik dalam menjelaskan tentang pentingnya penerapan terapi perilaku kognitif ini akan memunculkan suatu perilaku responden yaitu: optimis, dan sikap positif dalam menilai suatu peristiwa dalam kehidupan yang dialami oleh seseorang yang diyakini dapat menimbulkan perasaan sejahtera dan memperpanjang usia (Danner dkk, 2001; Lazarus, 1991; Seligman, 2000, dalam Stuart & Laraia, 2006).

Sesuai penelitian yang dilakukan oleh Lelono (2010) bahwa ada peningkatan kemampuan afektif pada klien halusinasi dan perilaku kekerasan setelah dilakukan terapi perilaku kognitif.

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) bahwa secara afektif klien dengan isolasi sosial merasa bosan dan lambat dalam menghabiskan waktu, sedih, afek tumpul, dan kurang motivasi.

Perilaku melibatkan perasaan dan emosi seseorang, kedua perilaku harus tipikal perilaku seseorang, ada karakteristik afektif menurut Anderson yaitu : sikap, minat, konsep diri, nilai dan moral. Sikap adalah suatu predisposisi yang dipelajari untuk merespon secara positif atau negatif terhadap suatu objek, situasi dan konsep atau orang, Sikap dapat dibentuk melalui penguatan serta menerima informasi verbal. Minat adalah suatu disposisi yang terorganisir melalui pengalaman mendorong seseorang untuk memperoleh objek khusus, aktivitas, pemahaman dan ketrampilan untuk tujuan perhatian atau pencapaian (Fishbein & Ajzen, 2000).

Meningkatnya kemampuan afektif responden dalam melakukan interaksi sosial pada penelitian ini juga terlihat dari ungkapan responden bahwa responden merasa senang, tidak putus asa, optimis dan percaya diri. Penilaian ini tidak hanya dari ungkapan responden tetapi juga terlihat dari hasil observasi peneliti dan perawat yaitu responden memiliki kemampuan dalam menilai diri sendiri, orang lain dan lingkungan hidup, sehingga fungsi afektif responden dapat positif dengan mampu mengungkapkan perasaan saat senang ataupun tidak nyaman dengan orang lain dan mampu meminta maaf jika melakukan kesalahan.

### **6.3.3. Perilaku Responden Sebelum dan Sesudah dilakukan Terapi Perilaku Kognitif**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hasil uji statistik ada peningkatan perilaku dalam melakukan interaksi sosial responden setelah dilakukan terapi perilaku kognitif dengan nilai  $p < 0,05$ .

Penerapan terapi perilaku kognitif di sesi 4 responden dilatih dalam melakukan perilaku yang negatif menjadi positif yang ditulis dalam buku kerja klien. Pada setiap akhir sesi pertemuan peneliti memberikan tugas pada klien untuk melakukan latihan mandiri dengan klien lain di ruangan dan mendokumentasikan latihan yang dilakukan pada buku kerja klien. Peneliti melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan latihan mandiri pada masing-masing responden dan memberikan umpan balik positif terhadap apa yang telah dilakukan responden.

Peningkatan kemampuan psikomotor atau peningkatan perilaku yang positif dalam melakukan interaksi sosial pada responden ini terjadi karena pada terapi terapi perilaku kognitif diberikan latihan melawan pikiran negatif dan kemudian dilanjutkan dengan membentuk perilaku yang positif dalam melakukan interaksi sosial.

Latihan meningkatkan kemampuan interaksi sosial. 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.

Menurut 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. Responden perlu diberikan latihan meningkatkan kemampuan interaksi sosial yang menyebabkan responden malas melakukan interaksi dengan orang lain sehingga lebih banyak diam dan menyendiri, hal ini karena kegagalan individu untuk melakukan interaksi sosial dengan orang lain akibatnya akan muncul distorsi kognitif. Meningkatkan kemampuan interaksi sosial ini yang akan membantu responden dalam menerapkan mekanisme coping.

Menurut Caplan (1981, dalam Stuart & Laraia, 2006) menjelaskan bahwa 4 (empat) fase respon perilaku individu terhadap suatu stresor, yaitu fase pertama, perilaku berubah karena stresor dari lingkungan dan individu lari dari masalah; fase kedua, perilaku yang membuat seseorang merubah pengaruh dari luar; fase ketiga, perilaku untuk bertahan atau melawan perasaan dan emosi yang tidak nyaman; fase keempat, perilaku yang datang menggambarkan suatu kejadian agar seseorang mampu menyesuaikan dirisecara berulang. Dapat disimpulkan bahwa respon perilaku dapat merefleksikan respon emosi dan fisiologis sebagai hasil analisis kognitif dalam menghadapi suatu situasi yang penuh stress terutama pada klien dengan isolasi sosial.

Responden pada penelitian ini menunjukkan perilaku menarik diri, 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.

Pada saat melakukan interaksi sosial dengan orang lain diperlukan ketrampilan komunikasi dasar baik verbal maupun non verbal yang diberikan kepada responden 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 terdengar dan tidak mendominasi dalam suatu percakapan. Keterampilan komunikasi untuk menjalin sebuah persahabatan meliputi komunikasi untuk meminta dan memberikan pertolongan dan komunikasi untuk memberikan pujian serta saat menerima pujian dari orang lain. Sedangkan keterampilan 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. Dalam proses pelaksanaan terapi perilaku kognitif evaluasi yang dilakukan dalam waktu yang singkat sehingga menyebabkan hasil yang didapatkan tidak dapat menunjukkan tanda dan gejala peningkatan kemampuan interaksi sosial tetapi hanya dapat melihat peningkatan kemampuan interaksi sosial dari hasil *pre* dan *post test* yang dilakukan pada responden.

Hal ini sesuai dengan yang disampaikan oleh Ramdhani dalam Prawitasari (2002) bahwa pada penerapan keterampilan berkomunikasi 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 dengan orang lain.

Hal ini juga sesuai dengan yang diungkapkan Halgin dan Whitbourne (2007) bahwa penerapan latihan komunikasi dalam melakukan interaksi dengan orang lain adalah intervensi perilaku yang meliputi pemberian penguatan terhadap perilaku yang sesuai khususnya dalam hal membina hubungan interpersonal.

Sesuai penelitian yang telah dilakukan oleh Morisson (2009) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat diberikan pada klien skizofrenia yang menjadikan klien dapat mengontrol perilaku marah, mengontrol klien yang berbicara sendiri atau halusinasi dan dapat meningkatkan hubungan klien

baik di rumah sakit, keluarga dan di tempat kerja. Menurut Davis (2005) mengatakan terapi perilaku kognitif dapat diberikan klien skizofrenia untuk intervensi meningkatkan kepercayaan yang positif bagi klien sehingga muncul perilaku yang positif juga pada klien.

Sesuai penelitian Renidayati (2008) tentang pengaruh *Social Skills Training* (SST) pada klien isolasi sosial bahwa 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.

Meningkatnya kemampuan responden dalam melakukan interaksi sosial pada penelitian ini juga terlihat dari ungkapan responden bahwa responden sudah mampu meminta maaf ke orang lain, mengkritik orang lain jika ada yang tidak benar, mampu memberikan pujian ke orang lain dan lebih mudah mengungkapkan perasaan dan dapat mengambil keputusan. Penilaian ini tidak hanya dari ungkapan responden tetapi juga terlihat dari hasil observasi peneliti dan perawat yaitu responden sudah mau menyapa, berjabat tangan, senyum dan menjawab pertanyaan saat berinteraksi.

#### **6.4 Keterbatasan Penelitian**

Peneliti menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang meliputi keterbatasan tempat penelitiandan keterbatasan waktu.

- a) Tempat pelaksanaan terapi perilaku kognitif di semua ruang rawat inap kurang kondusif, karena dalam ruang rawat inap tidak memiliki ruang khusus atau ruang diskusi sehingga pelaksanaan terapi dilakukan di ruang makan atau ruang tunggu klien di depan yang cukup ramai dan kadang tidak nyaman, sehingga mengganggu konsentrasi pada saat melakukan terapi. Sebagai antisipasi terhadap hal tersebut, maka peneliti membuat

kesepakatan dengan responden waktu pelaksanaan terapi pada pagi setelah sarapan dan siang hari sebelum makan siang.

- b) Peneliti tidak mengukur tanda dan gejala penurunan dan peningkatan kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) pada responden tetapi hanya mengukur peningkatan kemampuan interaksi (kognitif, afektif dan perilaku) responden yang dilakukan pada *post test* setelah diberikan terapi perilaku kognitif yang hanya memberikan jeda waktu 1 hari setelah dilakukan terapi perilaku kognitif, sehingga waktu yang singkat tersebut tidak dapat mengevaluasi secara optimal peningkatan kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) pada responden.
- c) Instrumen yang digunakan untuk mengukur kemampuan kognitif responden dalam melakukan interaksi sosial lebih mengarah kepada kemampuan perilaku responden dalam melakukan interaksi sosial, sehingga kemampuan kognitif responden tidak dapat optimal untuk mengetahui pengetahuan yang menyebabkan responden dalam melakukan interaksi sosial.

## **6.5. Implikasi Hasil Penelitian**

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

### **6.2.1 Pelayanan keperawatan jiwa**

- a) Pelayanan keperawatan jiwa di Rumah Sakit dapat menerapkan terapi perilaku kognitif pada klien dengan isolasi sosial untuk meningkatkan kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku), sehingga mengurangi tanda dan gejala masalah keperawatan isolasi sosial yang muncul di ruang rawat inap.
- b) Dalam penerapan terapi perilaku kognitif di ruangan tidak kondusif sehingga mengganggu konsentrasi responden dan terapis dalam melakukan proses terapi.

### 6.2.2 Keilmuan dan pendidikan keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian maka modul dan buku kerja terapi perilaku kognitif dapat digunakan untuk meningkatkan kemampuan interaksi (kognitif, afektif dan perilaku) klien isolasi sosial

### 6.2.3 Penelitian berikutnya

Hasil penelitian ini terbatas pada klien isolasi sosial di RSJ Amino Gondohutomo Semarang. Penelitian ini dapat menjadi acuan pelaksanaan penelitian di area yang sama dengan menggunakan instrumen penelitian yang berbeda dengan menambahkan kemampuan kognitif yang harus dicapai klien isolasi sosial dalam melakukan interaksi sosial dan evaluasi yang dilaksanakan setelah diberikan intervensi atau terapi dalam rentang waktu yang lebih lama sampai klien menunjukkan perubahan atau peningkatan kemampuan interaksi sosial.

## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat ditarik simpulan dan saran sebagai berikut:

#### **7.1 Simpulan**

- 7.1.1. Karakteristik umur responden berusia produktif, mayoritas laki-laki, berpendidikan paling banyak SMP, responden bekerja, status perkawinan tidak kawin.
- 7.1.2. Tidak ada hubungan antara umur responden dengan kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku).
- 7.1.3. Ada hubungan antara jenis kelamin responden dengan kemampuan kognitif dalam melakukan interaksi sosial.
- 7.1.4. Ada hubungan pendidikan SD-SMA responden dengan kemampuan kognitif dalam melakukan interaksi sosial.
- 7.1.5. Ada hubungan antara pekerjaan dengan semua kemampuan responden dalam melakukan interaksi sosial (kognitif, afektif, perilaku)
- 7.1.6. Ada hubungan antara status perkawinan responden dengan kemampuan kognitif dan afektif
- 7.1.7. Ada pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) responden

#### **7.2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, ada beberapa saran yang dapat peneliti sampaikan yaitu sebagai berikut:

##### **7.2.1 Aplikasi Keperawatan**

1. Rumah sakit dengan pelayanan psikiatri hendaknya selalu menerapkan terapi generalis dengan pelaksanaan strategi pelaksanaan dan terapi aktivitas kelompok pada klien isolasi sosial sehingga dapat mengevaluasi perubahan kemampuan (kognitif, afektif dan perilaku) pada klien isolasi sosial dalam melakukan interaksi sosial.

2. Rumah sakit merencanakan ruangan untuk pelaksanaan intervensi keperawatan pada klien dengan tempat khusus yang lebih nyaman dan leluasa dalam melakukan terapi sehingga mudah berkonsentrasi dalam proses intervensi.
3. Perawat Puskesmas keperawatan jiwa diberikan pelatihan tentang kesehatan jiwa di masyarakat yang dapat diterapkan saat klien sudah pulang dari Rumah Sakit dengan penerapan terapi keperawatan jiwa.

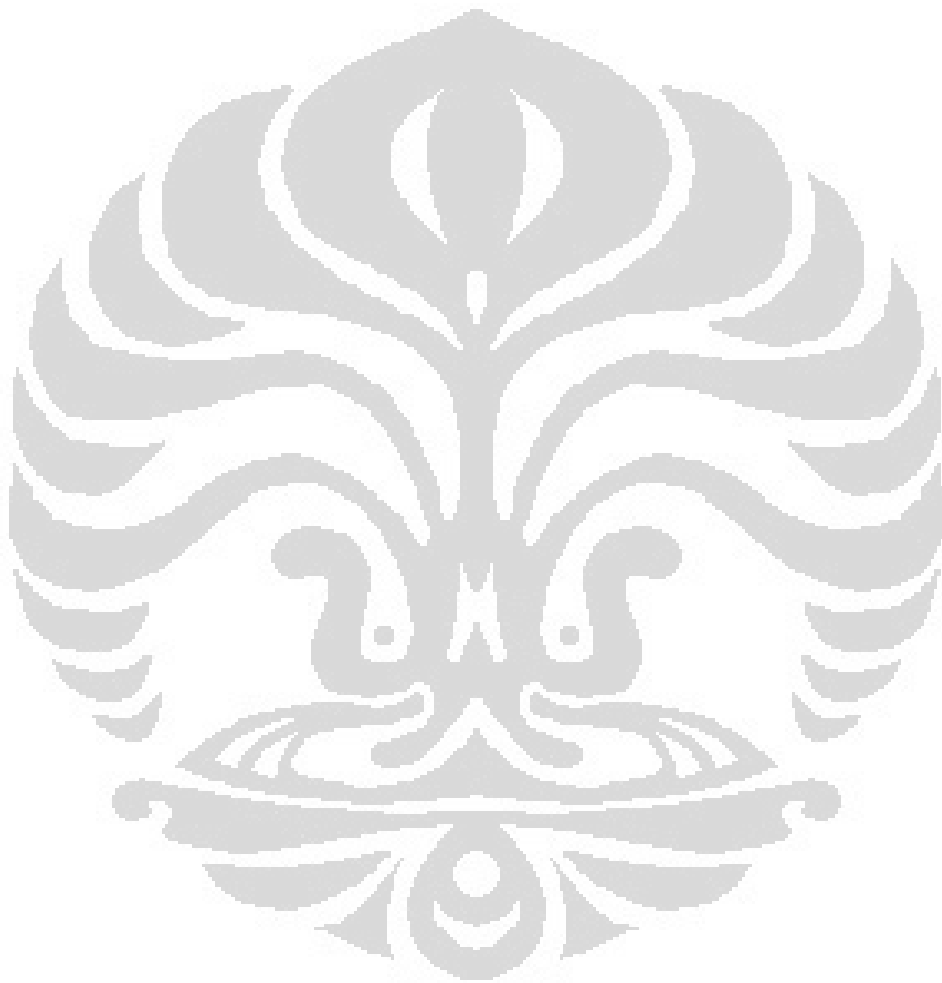
### **7.2.2 Pengembangan Keilmuan Keperawatan Jiwa**

1. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan terapi perilaku kognitif beserta modul atau pedoman pelaksanaan terapi perilaku kognitif pada kelompok klien dengan masalah yang lain, baik kelompok klien gangguan maupun kelompok klien risiko (remaja atau anak sekolah dengan kesulitan bergaul atau berinteraksi dengan orang lain) dalam upaya meningkatkan terapi modalitas dalam keperawatan jiwa yang efektif.
2. Hasil penelitian ini bisa dijadikan acuan untuk pelaksanaan terapi individu perilaku kognitif pada klien isolasi sosial untuk meningkatkan kemampuan interaksi sosial.

### **7.2.3 Penelitian Berikutnya**

1. Perlunya dilakukan penelitian tentang pengaruh terapi perilaku kognitif pada klien dengan masalah keperawatan yang lain baik pada klien kelompok gangguan maupun kelompok risiko yang mengalami penurunan kemampuan interaksi sosial sehingga muncul perilaku negatif dengan menggunakan instrumen yang berbeda yang dapat mengukur kemampuan kognitif klien dalam melakukan interaksi sosial sehingga meningkatkan kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial.
2. Perlunya dilakukan penelitian dengan mengkombinasikan terapi kelompok dengan terapi individu perilaku kognitif yang dibandingkan hasilnya dalam penerapan terapi tersebut dengan melihat faktor-faktor

yang mempengaruhi tanda dan gejala yang muncul pada penurunan dan peningkatan kemampuan interaksi sosial (kognitif, afektif dan perilaku) dalam rentang waktu yang lebih lama sehingga evaluasi yang optimal.



## DAFTAR PUSTAKA

- 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 Cognitive Behavior Therapy*. England : John Wiley & Sons Ltd
- Brady, N. (2004). *Psychiatric Nursing Made Incredibly Easy*. USA : Lippincott Williams & Wilkins
- 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
- Carpenito. (2006). *Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Corrigan, P.W., dkk. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation An Empirical Approach*. New York : The Guilford Press.
- Cravon, V.B. (2000). *Mental Health Nursing : The Nurse-Patient Journey*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : W.B. saunders Company.
- Davis, dkk. (2005). *The indianapolis vocational intervention program A cognitive behavioral apporoach to addressy rehabilitation. Departement of veterans affairs*.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Riset kesehatan dasar 2005*. <http://www.litbang.depkes.go.id/LaporanRKD/IndonesiaNasional.pdf>. Februari 24, 2012.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. <http://www.litbang.depkes.go.id/LaporanRKD/IndonesiaNasional.pdf>. Februari 22, 2012.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia., 2009, *Profil Pembangunan Kesehatan Jiwa*, Pusat Data dan Informasi, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Epigee. (2009). *CBT for Post Traumatic Stress Disorder*. 15 Pebruari 2012. <http://www.epigee.org/ptsd-cbt.html>
- Erwina. (2010). *Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy Terhadap Post Traumatic Stres Disorder penduduk Pasca Gempa di Kelurahan Air Tawar Barat Kecamatan Padang Utara Propinsi Sumatera Barat*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- 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 Marzoeeki Mahdi Bogor*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental Health Nursing*. 7<sup>th</sup> ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Fortinash, K.M., & Holoday-Worret, P.A. (1999). *Psychiatric Nursing Care Plans*. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis, Missouri : Mosby. Inc.
- Fortinash, K.M., & Worret, P.A.H. (2004). *Psychiayric Mental Health Nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. USA : Mosby, Inc.
- Frisch, N.C., & Frisch, L.E. (2006). *Psychiatric Mental Health Nursing*. 3<sup>th</sup> ed. Canada : Thomson Delmar Learning
- Froggatt, W (2005). *A brief introduction to rational emotive behaviour therapy, journal of rational emotive behaviour therapy, version Feb 2005*
- Gillin.(2002).SosiologiKesehatan. Jakarta. EGC
- Goleman.(2009)<http://www.psikologymania.com.id/> diunduh tanggal 10 Juli 2012
- Granhholm, E., Ben-Zeef, D., & Link, P,C,. (2009). *Social Disinterest attitudes an Group Cognitive Behavioral Social Skills Training for Functional Disability in Schizophrenia*. *Shizophrenia Bulletin*, 35(5), 874-883
- Granhholm, 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, 2012
- Granhholm, E., dkk. (2006). *Cognitive Behavioral Socials Skills Training for Improving Social Functioning in People with Achizophrenia*. Ongoing Research. <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00338975>. Januari 2012
- 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 Alimul A. (2007). *Riset Keperawatan dan Tehnik Penulisan Ilmiah*. Salemba Medika : Jakarta
- Jeffrey S Nevid.,Spencer A Rathus.,Beverly Greene (2005).*Abnormal Psychology in a Changing World* (5<sup>th</sup> ed). St. Louis : Mosby

- Jumaini .(2009). *Pengaruh cognitive behavioral social skills training (CBSST) terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Kazantzis dkk. (2010). *Cognitive and Behavioral Theories in Clinical Practice*.The Guilford Press. New York London
- Kazantzis, N., Reinecke, M.A., & Freeman, A. (2010). *Cognitive and Behavioral Theories in Clinival Practice*. New York : A Division of Guildford Publications, Inc.
- Kelana(2010). EEfektivitas *Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Dan Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT) Terhadap Klien Perilaku Kekerasan, Halusinasi dan Harga Diri Rendah di RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor*.Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Keliat, B.A., & Akemat. (2005). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta : EGC
- Keliat, B.A., & Akemat. (2010). *Asuhan keperawatan jiwa* Jakarta : EGC
- Keliat, B.A., dkk. (2005). *Modul Basic Course Community Mental Health Nursing*. Kerjasama FIK UI dan WHO.
- Kintono, F. (2010). *Penyebab Umum Gangguan Jiwa*. <http://www.docstoc.com/docs>, diperoleh 20 Juni 2012
- Komarudin. (2012). Analisis hubungan antara karakteristik keluarga dalam merawat klien isolasi sosial dengan kemampuan klien isolasi sosial di wilayah kerja Puskesmas nangkaan Bondowoso Jawa Timur. <http://digilib.unmuhjember.ac.id> diunduh 26 Juni 2012
- Kopelowicz, dkk. (2002). *Psychosocial treatment for shizophrenia*. New York: Oxford University.
- Martin, P.F. (2010). CBT. 27 Pebruari 2012 <http://www.minddisorders.com/Brde/Cognitive-behavioral-therapy.html>
- Maryandi.(2007)<http://www.promosikesehatan.com> diunduh tanggal 12 Maret 2012
- Morrison. (2009). *Cognitive behavior therapy for people with schizofrenia*.Department of Psychiatry.Wright State University Boonshoft School of Medicine, Dayton, Ohio.
- NACBT. (2009). *Cognitive Behavior Therapy*. [http://www.nacbt.org.uk/nacbt/cognitice\\_behavioral\\_therapy.htm](http://www.nacbt.org.uk/nacbt/cognitice_behavioral_therapy.htm). Pebruari 13, 2012

- NANDA. (2005). *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification 2007-2008*. Philadelphia: NANDA International
- NANDA. (2009). *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification 2005-2006*. Philadelphia: NANDA International
- Nasir.(2009). *Komunikasi dalam Keperawatan Teori dan aplikasi*. Salemba Medika : Jakarta
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pengantar pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2007). *Pengantar pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurjanah. (2001). *Hubungan Therapeutik Perawat dengan klien Kualitas Pribadi Sebagai sarana*. Yogyakarta. Bagian Penerbitan PSIK. FK UGM.
- Oemarjoedi, A,K,. (2003). *Pendekatan Cognitive Behavioral Dalam Psikoterapi*. Jakarta : Kreativ 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
- Prawirohadikusumo. (2003). *Pengaruh Faktor Genetik pada Pasien Gangguan Jiwa*. <http://www.republika.com.id>. Juni 21, 2012
- Prawitasari, dkk. (2002). *Psikoterapi Pendekatan Konvensional dan Kontemporer*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar dan Unit Publikasi Fakultas Psikologi UGM.
- Putri, D.W. (2010) *Pengaruh Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT) Terhadap Klien Perilaku Kekerasan di Rumah sakit Marzoeeki Mahdi Bogor*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- 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
- RSJ Dr Amino G, (2011), *Laporan Rekam Medis*, RSJ Dr Amino G, Semarang, Tidak dipublikasikan
- 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) padaKlienHargaDiriRendah di RS Dr. Marzoeke Mahdi Bogor tahun 2007*.Tesis FIK-UI. Tidakdipublikasikan
- Sastroasmoro, S, & Ismael, S.,(2008). *Dasar-DasarMetodologiPenelitianKlinis*.Edisi ke-3.Jakarta :sagungSeto.
- Shives, L.R.(2005). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Sinaga, B.R. (2008). *Skizofrenia & Diagnosis Banding*.BalaiPenerbit, FakultasKedokteran – Universitas Indonesia, Jakarta
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T.(2006). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8<sup>th</sup> ed. Missouri : Mosby, Inc.
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 9<sup>th</sup> ed. Missouri : Mosby, Inc.
- Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. (2005). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi ke-4. Jakarta : EGC
- Sugiyono.(2009). *StatistikUntukPenelitian*.Bandung :Alfabeta.
- Sullivan, dkk. (2003). <http://www.health.gld.gov.au/rbwh/inbmhs/factsheets/cbt> pdf. Pebruari 20, 2012
- Supriyanto, S. (2007). *Metodologi Riset*. Surabaya : Program Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM-Unair
- Suryani. (2006). *Komunikasi Therapeutik*. EGC Jakarta
- Susana dkk. (2007). *Terapi Modalitas dalam Keperawatan Jiwa*. Mitra Cindikia. Yogyakarta.
- Tarwoto & Wartonah. (2003). *Kebutuhan dasar manusia dalam proses keperawatan*. Edisi pertama. Jakarta : Salemba Medika
- 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
- 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.
- Wahyuni, SE. (2010). *Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy Terhadap Halusinasi Pasien di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Wardani, Keliat, dan Mustikasari. (2003). *Karakteristik Klien yang Dirawat di Ruang Model Praktik Keperawatan Profesional Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor*. Makara, Kesehatan, 7 (1).
- Wheeler, K. (2008). *Psychotherapy for the Advanced Practice Psychiatric Nurse*. St. Louis : Mosby, Inc
- WHO. (2009). *Improving Health System and Service for Mental Helath* : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- WHO. (2010). *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Widya, R.S., (2007). Gangguan Afektif. [http://www.idijakbar.com/prosiding/gangguan\\_afektif.htm](http://www.idijakbar.com/prosiding/gangguan_afektif.htm). Juni 20, 2012
- Widyawati, (2009) <http://digilib.unimus.ac.id> diunduh 12 Maret 2012
- Wilkinson. (2007). *Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Workshop Keperawatan Jiwa FIK UI. (2011). *Draft Standar Asuhan Keperawatan Program Spesialis Jiwa*. Tidak dipublikasikan.

## PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

**Nama** : Sri Nyumirah

**Status** : Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan  
Jiwa - Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

**NPM** : 1006801084

Bermaksud mengadakan penelitian tentang "Pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan interaksi sosial pada klien dengan isolasi sosial". Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana pengaruh pemberian terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan klien dalam melakukan interaksi sosial. Manfaat penelitian ini secara garis besar akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan jiwa khususnyapada kliendengan 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 ataupun 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. Terima kasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Depok, Maret 2012

Sri Nyumirah  
NPM 1006801084

## 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 penelitian 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.

Semarang, .....2012

Peneliti/Responden,

Sri Nyumirah

NPM 1006801084

.....  
Paraf/Tandatangan

## PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

**Nama : Sri Nyumirah**

**Status : Mahasiswa Program Magister (S2) Kekhususan Keperawatan  
Jiwa - Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

**NPM : 1006801084**

Bermaksud mengadakan penelitian tentang **"Pengaruh terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan interaksi sosial pada klien dengan isolasi sosial"**. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana pengaruh pemberian terapi perilaku kognitif terhadap kemampuan klien dalam melakukan interaksi 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. Terima kasih atas kesediaan dan partisipasinya.

Depok, Maret 2010

Sri Nyumirah

NPM 1006801084



## Lampiran 1

### 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.

Semarang, .....2012

Peneliti/Responden,

Sri Nyumirah  
1006801084

.....  
Paraf/Tandatangan

NPM



UNIVERSITAS INDONESIA

**INSTRUMEN PENELITIAN**

**Terapi perilaku kognitif Terhadap**

**Kemampuan klien isolasi sosial dalam melakukan interaksi sosial**

Kode Responden : ..... (diisi oleh peneliti)  
Nama/Inisial Responden : .....  
Ruang : .....  
Waktu : Pre test                      Post Test  
Instrumen : (diisi oleh responden atau oleh peneliti atau kolektor data)

- A. Kuesioner A (Data Karakteristik Responden)
- B. Kuesioner B (kemampuan klien dalam interaksi sosial)

## KUESIONER A : IDENTITAS RESPONDEN

Nomor kode :

### Petunjuk Pengisian:

Pilihlah salah satu dari pertanyaan di bawah ini dengan memberikan tanda (v) dalam kotak yang tersedia.

Tanggal Dirawat :

Tanggal Pre-test:

Tanggal Pengkajian :

Tanggal Post-test :

### A. IDENTITAS KLIEN

1. Jenis Kelamin : Laki-laki  Perempuan
2. Usia : \_\_\_\_\_ tahun (ulang tahun terakhir)
3. Pendidikan terakhir (klien)
- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| SD                            | SMU                                       |
| SLTP <input type="checkbox"/> | Perguruan Tinggi <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>                  |
4. Pekerjaan terakhir
- |  |  |
|--|--|
| Pelajar/mahasiswa <input type="checkbox"/> | Wiraswasta <input type="checkbox"/>    |
| Pegawai negeri <input type="checkbox"/>    | Tidak bekerja <input type="checkbox"/> |
| TNI/polisi <input type="checkbox"/>        | Lain-lain <input type="checkbox"/>     |
- Sebutkan : \_\_\_\_\_
5. Status perkawinan
- |                                |                                      |                                     |
|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Kawin <input type="checkbox"/> | Tidak kawin <input type="checkbox"/> | Duda/Janda <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|

## KUESIONERB: KEMAMPUAN MELAKUKAN INTERAKSI SOSIAL

### Petunjuk Pengisian Kuesioner :

1. Berilah tanda (√) pada **selalu** jika lebih dari 3 kali sehari
2. Berilah tanda (√) pada **sering** jika 2-3 kali sehari
3. Berilah tanda (√) pada **jarang** jika kurang dari 2 kali sehari
4. Berilah tanda (√) pada **tidak pernah** jika tidak sama sekali

No	Pernyataan	Pilihan Jawaban			
		Selalu	Sering	Jarang	Tidak pernah
<b>Penilaian kognitif</b>					
1.	Saat berinteraksi menggunakan kalimat yang jelas				
2.	Saat berinteraksi suara dapat terdengar oleh lawan bicara				
3.	Saat berinteraksi berbicara dengan lawan bicara				
4.	Saat berinteraksi akan bertanya jika ada kalimat yang tidak dimengerti				
5.	Saat berinteraksi mengungkapkan perasaan saat berinteraksi dengan orang lain				
6.	Saat berinteraksi berfokus dalam pembicaraan				
<b>Penilaian afektif</b>					
7.	Berinteraksi untuk menyampaikan kritik atau perasaan tidak senang kepada orang lain				
8.	Berinteraksi pada saat menerima kritik dari orang lain				
9.	Berinteraksi saat menerima penolakan dari orang lain				
10.	Berinteraksi saat menyampaikan penolakan kepada orang lain				
11.	Berinteraksi saat orang lain meminta maaf				
12.	Berinteraksi untuk meminta maaf pada orang lain				

## OBSERVASI PERILAKU KLIEN DALAM MELAKUKAN INTERAKSI SOSIAL

### DI RSJ AMINO GONDOHUTOMO SEMARANG TAHUN 2012

Namapasien : \_\_\_\_\_ TanggalObservasi : \_\_\_\_\_  
No. CM : \_\_\_\_\_ Observasike : \_\_\_\_\_  
Ruangan : \_\_\_\_\_ Observer : \_\_\_\_\_

(diisi oleh peneliti)

#### A. Petunjuk Pengisian:

1. Isilah pernyataan di bawah ini dengan memberi tanda ( √ ) pada pilihan jawaban yang sesuai dengan apa yang dilakukan klien selama ini dengan ketentuan : Ya (2) jika klien menampilkan respon / tanda fisik sesuai aspek yang diobservasi.  
Tidak (1) jika klien tidak menampilkan respon / tanda fisik sesuai aspek yang diobservasi.
2. Amati dengan teliti dan seksama

No	PERNYATAAN	Ya (2)	Tidak (1)
1.	Saat berinteraksi mengucapkan salam		
2.	Saat berinteraksi memperkenalkan diri		
3.	Saat berinteraksi ada kontak mata		
4.	Saat berinteraksi tersenyum		
5.	Saat berinteraksi duduk tegak dan rileks		
6.	Saat berinteraksi menjawab pertanyaan		