



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH *SOCIAL SKILLS TRAINING* (SST) TERHADAP  
KETERAMPILAN SOSIALISASI DAN *SOCIAL ANXIETY* PADA  
REMAJA TUNARUNGU DI SEKOLAH LUAR BIASA (SLB)  
KABUPATEN WONOSOBO**

**TESIS**

**Sambodo Sriadi Pinilih**

**NPM. 1006748886**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
DEPOK, JULI 2012**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**PENGARUH *SOCIAL SKILLS TRAINING* (SST) TERHADAP  
KETERAMPILAN SOSIALISASI DAN *SOCIAL ANXIETY* PADA  
REMAJA TUNARUNGU DI SEKOLAH LUAR BIASA (SLB)  
KABUPATEN WONOSOBO**

**TESIS**

**Diajukan Sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan**

**Sambodo Sriadi Pinilih**

**NPM. 1006748886**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
DEPOK, JULI 2012**

## LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, Juli 2012

Pembimbing I



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

Pembimbing II



Ir. Yusron Nasution, MKM

## HALAMAN PENGESAHAN

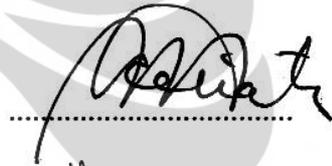
Tesis ini diajukan oleh

Nama : Sambodo Sriadi Pinilih  
NPM : 1006748886  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan Jiwa  
Judul Tesis : Pengaruh *Social Skills Training* (SST) terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* pada Remaja Tunarungu di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Wonosobo

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

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc



Pembimbing II : Ir. Yusron Nasution, MKM



Penguji : Ice Yulia Wardani, S.Kp., M.Kep.,Sp.Kep.J



Penguji : Sri Hunun Widiastuti, M.Kep.,Sp.Kep.J



Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 12 Juli 2012

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan nikmat sehat, rejeki dan kesempatan kepada peneliti, sehingga dapat menyelesaikan laporan Tesis dengan judul **“Pengaruh *Social Skills Training* (SST) terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* pada Remaja Tunarungu di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Wonosobo”**. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

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

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp., M.N selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Prof.Dr.Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc, selaku Pembimbing I yang telah membimbing peneliti dengan sabar, tekun, bijaksana dan cermat memberikan masukan dan motivasi dalam penyelesaian tesis ini.
4. Ir. Yusron Nasution, MKM, selaku Pembimbing II yang telah memberikan motivasi, masukan, arahan serta bimbingan selama proses penyelesaian tesis ini.
5. Ice Yulia Wardani, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.J, sebagai Penguji yang telah memberikan saran dan arahan membangun untuk perbaikan dan kesempurnaan tesis ini.
6. Sri Hunun Widiastuti, M.Kep.,S.Kep.J, selaku Penguji yang telah memberikan masukan, saran dan kritikan yang membangun untuk perbaikan tesis ini.
7. Novy Helena C.D., S.Kp., M.Sc, selaku dosen pembimbing akademik, yang telah membimbing mulai dari awal peneliti menempuh pendidikan sampai saat ini dengan penuh kesabaran dan semangat memotivasi.
8. Pimpinan Yayasan dan Kepala Sekolah beserta staf guru SLB Karya Bhakti dan Dena Upakara di Kabupaten Wonosobo.

9. Segenap Pimpinan dan Rekan kerja di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang, yang tiada henti untuk memberi motivasi dan doa tulusnya demi kelancaran tesis ini.
10. Semua responden remaja tunarungu yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
11. Suamiku Teuku Nyak Razali, S.Pi dan anakku Teuku Faza Adiansyah, yang selalu mendoakan dan memberikan motivasi tiada henti.
12. Ibunda dan keluarga yang senantiasa memberikan dukungan do'a, moral, dan material selama menempuh program pendidikan ini.
13. Rekan-rekan angkatan VI (2010) Program Magister Keperawatan Jiwa yang selalu memberikan dukungan terbaik dalam penyusunan tesis ini.
14. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyelesaian penyusunan tesis ini.

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

Depok, Juli 2012

Penulis

## PERNYATAAN ORISINALITAS

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

**Nama : Sambodo Sriadi Pinilih**

**NPM : 1006748886**

**Tanda Tangan**



**Tanggal : 12 Juli 2012**

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

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

**Nama** : Sambodo Sriadi Pinilih  
**NPM** : 1006748886  
**Program Studi** : Magister Ilmu Keperawatan  
**Kekhususan** : Keperawatan Jiwa  
**Fakultas** : Ilmu Keperawatan  
**Jenis Karya** : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (Non-exclusive Royalty Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul "Pengaruh Social Skills Training (SST) terhadap Keterampilan Sosialisasi dan Social Anxiety Remaja Tunarungu di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Wonosobo" beserta perangkat yang ada (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), 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** : 12 Juli 2012

Yang menyatakan,



**Sambodo Sriadi Pinilih**

## ABSTRAK

Nama : Sambodo Sriadi Pinilih  
Program Studi : Magister Keperawatan  
Judul : Pengaruh *Social Skills Training (SST)* terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* Remaja Tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo

Hambatan fisik yang dimiliki anak tunarungu dapat berpengaruh pada perkembangan psikologis dan sosial. Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan pengaruh SST terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu. Penelitian menggunakan desain *quasi exsperiment pre-post test with control group*. Sampel 76 orang terpilih secara *total sampling* di SLB-B Karya Bhakti dan SLB-B Dena Upakara Kabupaten Wonosobo. Rata-rata peningkatan keterampilan sosialisasi sebesar 8,38% dan didapatkan rata-rata penurunan skor *social anxiety* 8,97. Hasil penelitian diketahui perbedaan yang bermakna skor keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* pada remaja tunarungu sebelum dan setelah diberikan terapi SST.

Kata kunci: Keterampilan sosialisasi, *social anxiety*, *social skills training*, remaja tunarungu

## ABSTRACT

Name : Sambodo Sriadi Pinilih  
The study program : Master of Nursing  
Title : Effect of Social Skills Training (SST) on Socialization and Social Skills Adolescent Anxiety Wonosobo Deaf in the special school district

Physical barriers that have children with hearing impairment can affect the psychological and social development. This study aims to clarify the effect of SST on the socialization skills of deaf adolescents and social anxiety. The research design uses a quasi exsperiment pre-post test with control group. Selected sample of 76 people in total sampling in SLB-B Karya Bhakti and SLB-B Dena upakara Wonosobo district. The average increase of 8.38% of socialization skills and obtained an average reduction of social anxiety score of 8.97. Survey results revealed a significant difference scores socialization skills and social anxiety in adolescents with hearing impairment before and after the therapy given SST.

Keywords: socialization skills, social anxiety, social skills training, young deaf

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN	.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	.....	iii
KATA PENGANTAR	.....	iv
PERNYATAAN ORISINALITAS	.....	vi
PERSETUJUAN PUBLIKASI	.....	vii
ABSTRAK	.....	viii
DAFTAR ISI	.....	ix
DAFTAR TABEL	.....	xii
DAFTAR SKEMA	.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	.....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah	.....	1
1.2 Rumusan Masalah	.....	10
1.3 Tujuan Penelitian	.....	11
1.4 Manfaat Penelitian	.....	12
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	.....	14
2.1 Tunarungu	.....	14
2.1.1 Pengertian Tunarungu	.....	14
2.1.2 Klasifikasi Tunarungu	.....	15
2.1.3 Karakteristik Tunarungu	.....	18
2.1.4 Penanganan Tunarungu	.....	23
2.2 Konsep Sosial Anxietas	.....	24
2.2.1 Pengertian	.....	24
2.2.2 Predisposisi	.....	25
2.2.3 Presipitasi	.....	29
2.2.4 Tanda dan Gejala	.....	32
2.2.5 Diagnosa Keperawatan	.....	35
2.2.6 Tindakan untuk Mengatasi Anxietas	.....	37
2.2.7 <i>Sosial Skills Training (SST)</i>	.....	43

BAB 3	KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	53
3.1	Kerangka Teori.....	53
3.2	Kerangka Konsep.....	58
3.3	Hipotesis.....	59
3.4	Definisi Operasional.....	59
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN.....	62
4.1	Desain Penelitian.....	62
4.2	Populasi dan Sampel.....	63
4.3	Tempat Penelitian.....	68
4.4	Waktu Penelitian.....	68
4.5	Penerapan Konsep Etika pada Penelitian.....	68
4.6	Alat Pengumpul Data.....	70
4.7	Uji Coba Instrumen.....	73
4.8	Prosedur Pelaksanaan Penelitian.....	74
4.9	Analisis Data.....	82
BAB 5	HASIL PENELITIAN.....	88
5.1	Karakteristik Remaja Tunarungu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol.....	88
5.1.1	Karakteristik Remaja Tunarungu Berdasarkan Usia.....	88
5.1.2	Karakteristik Remaja Tunarungu Berdasar Jenis Kelamin, dan Pendidikan .....	90
5.2	Pengaruh Terapi SST Terhadap Keterampilan Sosialisasi (KS) dan <i>Social Anxiety</i> (SA) Sebelum Intervensi.....	91
5.2.1	Kondisi Keterampilan Sosialisasi (KS) dan <i>Social Anxiety</i> (SA)	92
5.2.2	Keterampilan Sosialisasi (KS) dan <i>Social Anxiety</i> (SA) Remaja Tunarungu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Setelah diberikan Terapi SST.....	93
5.2.3	Perbedaan Keterampilan Sosialisasi dan <i>Social Anxiety</i> Remaja Tunarungu Sebelum dan Sesudah terapi SST.....	94

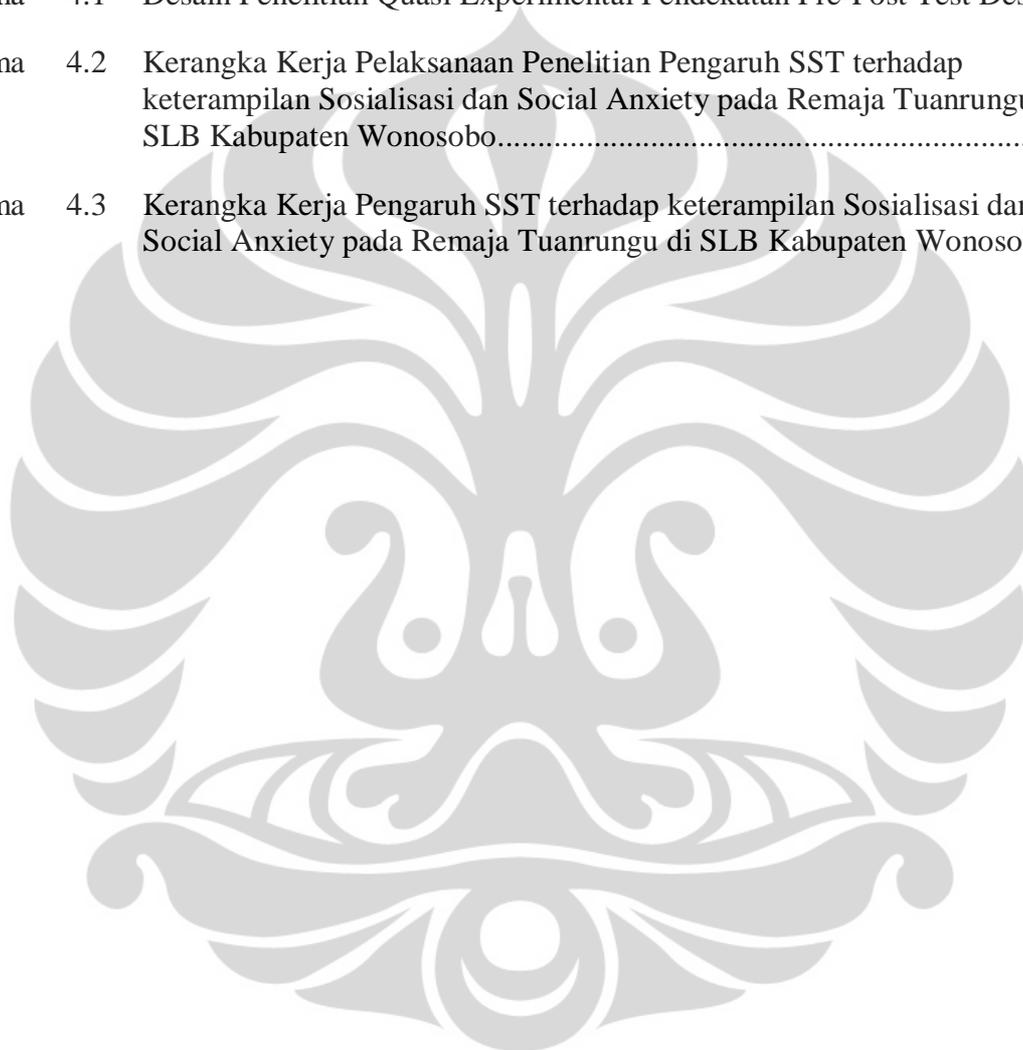
5.3	Hubungan antara Keterampilan Sosialisasi dengan Social Anxiety Remaja Tunarungu .....	95
5.4	Kontribusi Karakteristik Remaja Tunarungu terhadap Keterampilan Sosialisasi dan <i>Social Anxiety</i> .....	96
5.4.1	Karakteristik Remaja Tunarungu yang berkontribusi terhadap keterampilan sosialisasi.....	96
5.4.2	Karakteristik Remaja Tunarungu yang Berkontribusi terhadap <i>Social Anxiety</i> .....	97
<b>BAB 6</b>	<b>PEMBAHASAN</b> .....	<b>99</b>
6.1	Pengaruh SST terhadap Keterampilan Sosialisasi remaja Tunarungu..	99
6.2	Pengaruh SST Terhadap <i>Social Anxiety</i> Remaja Tunarungu.....	101
6.3	Hubungan Keterampilan Sosialisasi dengan <i>Social Anxiety</i> Remaja Tunarungu.....	103
6.4	Karakteristik yang Berkontribusi terhadap Keterampilan Sosialisasi dan <i>Social Anxiety</i> Remaja Tunarungu.....	105
6.5	Keterbatasan Penelitian	109
6.6	Implikasi hasil Penelitian	111
<b>BAB 7</b>	<b>PENUTUP</b> .....	<b>115</b>
7.1	Simpulan.....	115
7.2	Saran.....	116
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		
<b>LAMPIRAN</b>		

## DAFTAR TABEL

Tabel	3.1	Definisi Operasional Variabel Confounding.....	60
Tabel	3.2	Definisi Operasional Variabel Dependent.....	60
Tabel	3.3	Definisi Operasional Variabel Independent.....	61
Tabel	4.1	Pemetaan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Penelitian Pengaruh SST terhadap Keterampilan Sosialisasi dan <i>Social Anxiety</i> Remaja Tunarungu .....	77
Tabel	4.2	Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh SST terhadap Keterampilan Sosialisasi dan <i>Social Anxiety</i> Remaja Tunarungu.....	85
Tabel	4.3	Analisis multivariat variabel penelitian pengaruh SST terhadap keterampilan sosialisasi dan <i>social anxiety</i> tunarungu.....	87
Tabel	5.1	Analisis Karakteristik Responden Berdasarkan Usia pada kelompok intervensi dan kontrol di SLB Kabupaten Wonosobo.....	89
Tabel	5.2	Kesetaraan Karakteristik Responden Berdasarkan Usia pada kelompok intervensi dan control.....	89
Tabel	5.3	Distribusi karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin dan Pendidikan Remaja Tunarungu kelompok intervensi dan control.....	90
Tabel	5.4	Analisis Kesetaraan karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin dan Pendidikan Remaja Tunarungu kelompok intervensi dan control....	91
Tabel	5.5	Kondisi Keterampilan Sosialisasi dan <i>Social Anxiety</i> pada kelompok intervensi dan kontrol .....	92
Tabel	5.6	Analisis Kesetaraan Keterampilan Sosialisasi (KS) dan <i>Social Anxiety</i> (SA) Remaja Tunarungu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol.....	93
Tabel	5.7	Analisis Skor Keterampilan sosialisasi (KS) dan <i>Social Anxiety</i> (SA) pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Setelah dilakukan Terapi SST di SLB Kabupaten Wonosobo.....	94
Tabel	5.8	Perbedaan KS dan SA Remaja Tunarungu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol sebelum dan Sesudah Terapi SST di SLB Kabupaten Wonosobo.....	95
Tabel	5.9	Analisis Hubungan antara Keterampilan Sosialisasi dengan <i>Social Anxiety</i> Remaja Tunarungu.....	96
Tabel	5.10	Karakteristik Remaja Tunarungu yang Berkontribusi terhadap Keterampilan Sosialisasi Remaja Tunarungu.....	97
Tabel	5.11	Karakteristik Remaja Tunarungu yang Berkontribusi terhadap <i>social Anxiety</i> Remaja Tunarungu.....	98

## DAFTAR SKEMA

Skema	3.1	Kerangka Teori Penelitian.....	55
Skema	3.2	Kerangka Konsep Penelitian.....	58
Skema	4.1	Desain Penelitian Quasi Experimental Pendekatan Pre-Post Test Design....	62
Skema	4.2	Kerangka Kerja Pelaksanaan Penelitian Pengaruh SST terhadap keterampilan Sosialisasi dan Social Anxiety pada Remaja Tuanrunggu di SLB Kabupaten Wonosobo.....	75
Skema	4.3	Kerangka Kerja Pengaruh SST terhadap keterampilan Sosialisasi dan Social Anxiety pada Remaja Tuanrunggu di SLB Kabupaten Wonosobo.....	81



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Matriks Rincian Kegiatan Penelitian Social Skills Training pada Remaja Tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo
- Lampiran 2 Keterangan Lolos Kaji Uji Etik
- Lampiran 3 Keterangan Lolos Expert Validity
- Lampiran 4 Keterangan lolos uji kompetensi
- Lampiran 5 Ijin Penelitian
- Lampiran 6 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 7 Persetujuan Responden
- Lampiran 8 Modul Social Skills Training Remaja Tunarungu dengan Social Anxiety
- Lampiran 9 Lembar Kuesioner A (Karakteristik Remaja Tunarungu)
- Lampiran 10 Lembar Kuesioner B (Social Anxiety)
- Lampiran 11 Lembar Kuesioner C, Skala Keterampilan Sosialisasi
- Lampiran 12 Daftar Riwayat Hidup

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan menurut *World Health Organization* (WHO, 1985) merupakan suatu keadaan sejahtera fisik (jasmani), mental (rohani) dan sosial yang lengkap dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan. Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Depkes.R.I., 2010). Kesehatan merupakan hak asasi setiap manusia dan menjadi salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan. Penyelenggaraannya pelayanan kesehatan berasaskan pada perikemanusiaan, perlindungan, penghormatan, keseimbangan, manfaat terhadap hak dan kewajiban, keadilan, serta menghindari diskriminasi dan menjunjung tinggi norma agama. Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam upaya mencapai derajat kesehatan yang optimal, yaitu mencakup seluruh masyarakat dan bangsa Indonesia termasuk warga masyarakat yang menyandang kecacatan.

Undang-Undang Nomor 4 tahun 1997, tentang Penyandang Cacat, menyatakan bahwa penyandang cacat mempunyai hak dan kesempatan yang sama dalam berbagai aspek kehidupan dan penghidupan. Penyandang cacat adalah seseorang yang mempunyai kelainan fisik dan atau mental yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan baginya untuk melakukan kegiatan secara layak yang terdiri dari penyandang cacat fisik, penyandang cacat mental dan penyandang cacat fisik dan mental (Depkes.R.I., 2010). Mereka memerlukan pelayanan dari segala aspek yang bersifat khusus seperti pelayanan medik/kesehatan, pendidikan maupun pemberian latihan-latihan tertentu yang bertujuan untuk mengurangi keterbatasan dan ketergantungan akibat kelainan yang dideritanya.

Sebaran data Anak berkebutuhan khusus (ABK) secara nasional belum diketahui secara pasti pada masing-masing propinsi. Termasuk didalamnya data mengenai penyandang cacat. WHO memperkirakan jumlah anak berkebutuhan khusus di Indonesia sekitar 7-10% dari jumlah total anak usia 0-18 tahun atau sebesar 6.2230.000 di tahun 2007. Penyandang cacat yang terdapat di Jawa Tengah mencapai 633.480 jiwa. Menurut data Sensus Nasional Biro Pusat Statistik tahun 2003 jumlah penyandang cacat di Indonesia sebesar 0,7% dari jumlah penduduk atau sebanyak 1.480.000 jiwa. Sekitar 21,42% atau 317.016 anak merupakan anak cacat usia sekolah (5-18 tahun). Anak usia sekolah penyandang cacat yang terdaftar di Sekolah Luar Biasa (SLB) sekitar 14,4% atau 66.610. Hal ini berarti masih ada 295.250 atau sekitar 85,6% anak penyandang cacat yang belum mendapat akses pelayanan kesehatan dan pendidikan sebagaimana mestinya. Jumlah anak penyandang cacat yang ada di sekolah meningkat menjadi 85.645 anak pada tahun 2009. Hal ini menunjukkan kesadaran masyarakat akan pentingnya pendidikan dan kesadaran pemerintah untuk mengupayakan pemerataan dan peningkatan penyediaan dibidang pendidikan bagi ABK.

WHO memperkirakan bahwa setiap tahun sekitar 38.000 anak tuli lahir di Asia Tenggara. Ini berarti bahwa setiap hari lahir lebih dari 100 bayi tuli di wilayah tersebut (Depkes, 2010). Perkiraan jumlah penduduk Indonesia sekitar 240 juta dan diperkirakan jumlah anak yang mengalami gangguan pendengaran, adalah lebih dari 2 juta. Bayi yang terlahir dalam keadaan tuli merupakan kelainan terberat, karena jika sejak awal seseorang tidak bisa mendengar, maka anak tidak bisa bicara dan mengalami kesulitan berkomunikasi, selanjutnya akan mengalami kesulitan dalam belajar yang akhirnya akan menjadi warga terbelakang. Meskipun kesadaran masyarakat akan pentingnya pendidikan bagi ABK cenderung meningkat, namun dengan prevalensi yang cukup tinggi pada kelahiran bayi tuli (tuli kongenital), akan menunjukkan adanya risiko gangguan komunikasi, yang memunculkan masalah dibidang pendidikan, pekerjaan dan

kualitas hidup para penyandang bisu/tuli dan akan meningkatkan beban keluarga, masyarakat dan bangsa apabila tidak diberikan perhatian.

Anak Tunarungu/Tunawicara/wicara adalah anak yang memiliki hambatan dalam pendengaran baik permanen maupun tidak permanen dan biasanya memiliki hambatan dalam berbicara sehingga mereka biasa disebut tunarungu (Depkes, 2010). Berdasarkan data dari Gerakan untuk Kesejahteraan Tunarungu Indonesia (GERKATIN) bahwa jumlah penyandang cacat adalah 6% dari jumlah penduduk Indonesia dan sebanyak 2,9 juta atau sekitar 1,2% dari total keseluruhan penduduk Indonesia adalah penyandang Tunarungu. Tunarungu berbeda dengan penyandang cacat lainnya, kecacatan yang mereka alami tidak terlihat. Gangguan pendengaran pada anak akan menimbulkan konsekuensi yang paling penting berupa keterlambatan perkembangan bicara dan bahasa. Keterlambatan ini dapat menyebabkan masalah sosial dan emosional sehingga memungkinkan terjadinya kegagalan akademis pada anak usia sekolah.

Masalah pada anak tunarungu cenderung semakin kompleks ketika mereka beranjak remaja. Usia remaja merupakan masa transisi perkembangan yang paling menentukan dari seorang anak menjadi dewasa dan dianggap masa penuh gejolak karena terjadi berbagai perubahan pada fisik, psikologis dan sosial. Remaja mempunyai tugas-tugas perkembangan yang harus dipenuhinya, yang seluruh aspek perkembangannya bertujuan untuk pembentukan identitas diri (Ericson, dalam Wheeler, 2008). Menurut Brooks-Gunn dan Greber (dalam Novianti, 2010), identitas diri lebih banyak ditandai dengan upaya mencari keseimbangan antara kebutuhan otonomi dan kebutuhan interpersonal. Konsekuensi paling penting pada anak tunarungu adalah keterlambatan perkembangan bicara dan bahasa yang mengakibatkan hubungan interpersonal dengan orang lain mengalami hambatan. Remaja yang mengalami tunarungu berisiko mengalami masalah emosional berupa ansietas, sebab anak yang terlahir tunarungu cenderung memiliki emosi yang tidak stabil dan tumbuh sebagai anak yang kurang memiliki percaya diri (Delphie, 2009).

Hambatan fisik yang dimiliki anak tunarungu dapat berpengaruh pada perkembangan psikologis dan sosial. Hal tersebut dikarenakan mereka memiliki berbagai sumber stres yang membuatnya digolongkan menjadi individu yang memiliki faktor risiko tinggi. Taylor (2007) mengatakan bahwa ancaman gangguan fisik yang terjadi dalam kehidupan individu dapat menjadi stresor yang bisa menyebabkan terjadinya stres dan ansietas. Gangguan fisik dapat mengancam integritas diri seseorang, ancaman tersebut dapat berupa ancaman eksternal dan internal (Stuart, 2009). Komunikasi anak tunarungu mengalami kendala karena kecacatan secara fisiknya yang menyebabkan kurang atau tidak dapat merespon perintah-perintah secara verbal sehingga tidak mampu untuk menangkap dan menyampaikan suatu masalah.

Hambatan dari aspek psikologis dan sosial pada tunarungu akan muncul apabila individu telah berinteraksi dengan lingkungannya. Mereka merasa terasing, muncul perasaan tidak dipahami, ansietas, merasa frustrasi karena tidak mengerti pesan yang disampaikan secara verbal dari lingkungan sosialnya (Mangunsong, 2010). Sehingga Anak tunarungu cenderung menunjukkan perilaku kekakuan, egosentris yang meningkat atau menjadi mudah tersinggung, dan keras kepala. Tunarungu berbeda dengan jenis cacat yang lain. Kecacatan pada tunarungu dianggap sebagai kecacatan yang tidak nampak, namun bisa menyebabkan munculnya gangguan mental emosional pada anak.

Masalah kesehatan mental emosional meskipun bukan penyebab utama kematian namun saat ini sudah menjadi masalah kesehatan global bagi setiap negara termasuk Indonesia. Masalah kesehatan jiwa sangat mempengaruhi produktivitas dan kualitas kesehatan perseorangan maupun masyarakat, menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan beban berat bagi keluarga baik mental maupun materi karena penderita menjadi tidak produktif (Maramis, 2008). Hasil studi Bank Dunia (*World Bank*) tahun 1995 di beberapa Negara menunjukkan bahwa hari-hari produktif yang hilang atau *Dissability Adjusted*

*Life Years (DALY's)* akibat masalah kesehatan jiwa mencapai 8,1% dari *Global Burden of Disease*. Angka ini lebih jauh lebih tinggi dari masalah kesehatan lain seperti tuberkulosis (7,2%), kanker (5,8%), penyakit jantung (4,4%), atau malaria (2,6%). Data di atas menunjukkan bahwa beban terkait masalah kesehatan jiwa paling besar dibandingkan dengan masalah kesehatan lainnya serta masalah kesehatan jiwa berdampak secara sosial sangat serius berupa penolakan, pengucilan dan dampak ekonomi berupa hilangnya hari produktif bagi klien maupun keluarga yang harus merawat serta tingginya biaya perawatan klien.

Menurut Mangunsong (2010), belum banyak pembahasan mengenai aspek emosional pada ABK. Kebanyakan membahas mengenai aspek emosional dari orang tua/keluarga dan guru dari ABK. Data yang ada tentang masalah emosional pada ABK yang dikemukakan Institute of Neurological Disorder and Stroke (Mangunsong, 2010) menyatakan bahwa individu dengan retardasi mental dan gangguan perkembangan diperkirakan 3-4 kali lebih mungkin mengalami gangguan emosional, perilaku, atau kejiwaan dibandingkan populasi pada umumnya. ABK mungkin mengalami masalah emosional akibat ketidakmampuan melakukan hal-hal yang ingin dilakukan, gangguan fisik/kesehatan, perawatan medis yang harus dijalani, penolakan keluarga atau lingkungan, pengucilan, *bullying*, dan lain sebagainya. Keadaan ini apabila tidak diatasi maka akan berakibat suka menyendiri atau mengisolasi diri, menunjukkan kemampuan sosialisasi yang tidak tepat, sehingga dapat memunculkan gangguan mental yang lebih berat.

Kemampuan seseorang dalam berkomunikasi akan sangat mempengaruhi keterampilan seseorang dalam bersosialisasi. Bahasa memegang peranan sangat penting dalam kehidupan sosial sehingga seseorang bisa dikatakan apakah dirinya mempunyai keterampilan sosial yang baik atau tidak. Orang-orang yang memiliki keterbatasan secara fisik ataupun fungsional (*disability*), seperti penderita tunarungu tentunya juga seringkali merasa tidak percaya diri dengan

kondisinya itu (Mangunsong, 2009). Karakteristik remaja tunarungu pada dasarnya tidak berbeda dengan anak normal lainnya dari segi intelegensia dan perkembangan fisiknya, yang berbeda dari mereka disebabkan karena ketunaannya adalah karakteristik emosionalnya dan keterampilan sosialnya. Anak tunarungu cenderung merasa cemas saat berada di lingkungan sosial.

Upaya-upaya kesehatan di masyarakat masih berfokus pada masalah fisik, sedangkan upaya untuk meningkatkan kesehatan psikologis dan sosial belum nampak. Hal tersebut akan memunculkan anak yang sehat secara fisik, namun rentan terdapat masalah psikologis yang berakhir pada munculnya masalah sosial (Novianti, 2010). Anak tunarungu mempunyai masalah penyesuaian lebih besar dibandingkan pada anak yang berpendengaran normal (Menurut Meadow dalam Efendi, 2000). Masalah-masalah inilah yang memberikan tantangan yang lebih berat pada ABK, terutama remaja tunarungu seiring dengan bertambahnya usia akan bertambah pula tugas-tugas perkembangan sesuai dengan tahapan usia yang harus diselesaikannya. Semakin meningkatnya usia mereka maka dibutuhkan keterampilan sosial yang lebih tinggi seiring dengan makin luasnya kehidupan sosial yang harus mereka hadapi.

Pelayanan non fisik meliputi dimensi intelektual, emosional dan psikososial pada kesehatan anak dan remaja perlu diberikan untuk mendukung program pelayanan ABK. Salah satu upaya pemerintah yang cukup strategis dalam mengembangkan upaya pemberian pelayanan bagi ABK adalah dengan menyusun program melalui Upaya Kesehatan Sekolah (UKS) di SLB (Depkes, 2010) hal ini mengingat SLB merupakan salah satu sasaran UKS yang belum dilaksanakan secara optimal. Agar pelayanan kesehatan terhadap anak penyandang cacat dapat diberikan sesuai haknya, maka telah disusun pedoman pelayanan kesehatan di SLB oleh pemerintah. Selain itu, dinas pendidikan juga telah menyusun program yang disesuaikan dengan kebutuhan pada masing-masing tingkatan sekolah atau tingkat usia pada ABK. Program pendidikan yang diberikan pada anak usia remaja atau setingkat Sekolah Menengah Pertama

(SMP) dan Sekolah Menengah Atas (SMA), beban pembelajaran yang diberikan pada ABK meliputi 40% untuk pencapaian kompetensi akademik dan 60% kompetensi sosial. Sedangkan pada ABK usia Sekolah Dasar sebaliknya yaitu 60% diberikan kegiatan terkait dengan kompetensi akademik dan 40% untuk pencapaian kompetensi sosial (Depdiknas, 2006).

Pemberian pembelajaran untuk mencapai target kompetensi sosial di SLB masih belum memenuhi target khusus dalam peningkatan keterampilan sosial khususnya bagi remaja. Program di SLB lebih banyak berfokus pada mengoptimalkan kemampuan tunarungu dalam melakukan fungsi komunikasi, kemampuan dalam bahasa dan bicara. Kurikulum yang diberikan untuk kompetensi sosial, masih berupa pembelajaran keterampilan okupasional saja, meliputi keterampilan memijat (masage), keterampilan merias dan memotong rambut (salon), keterampilan pertukangan, dan lain-lain. Hal ini belum menyentuh aspek emosional dan aspek sosial pada remaja yang nantinya akan dibutuhkan saat remaja menjalin hubungan interpersonal yang optimal di masyarakat.

Keterampilan sosialisasi yang tidak optimal dapat mengakibatkan munculnya perasaan *social anxiety* pada remaja tunarungu. Menurut Plomin (dalam Delphie, 2009) perkembangan dilihat sebagai hasil dari proses transaksional yang interaktif antara individu yang sedang tumbuh dan berkembang dengan pengalaman-pengalaman dalam lingkungan fisik dan sosial. Kesimpulannya adalah, remaja yang berada pada tahap pencapaian identitas diri, perlu dilatih dalam keterampilan sosialnya. Terutama remaja yang mengalami tunarungu, dimana pada usia tersebut remaja dipersiapkan untuk menghadapi interaksi sosial yang lebih luas, menjalin hubungan keluarga, memasuki dunia kerja, serta hidup bermasyarakat.

*Social anxiety* dapat diberikan beberapa jenis terapi. Herb & Heimberg (2000) mengembangkan *Cognitive Behavioral Therapy* bagi penderita gangguan

ansietas sosial yang terdiri dari beberapa subterapi yaitu; pelatihan keterampilan sosial, relaksasi, *Exposure Techniques*, dan Restrukturisasi Kognitif. *Social skills training* (SST) dapat diberikan untuk meningkatkan keterampilan sosialisasi pada individu yang mengalami *social anxiety disorder*. SST merupakan sebuah metode berdasarkan prinsip-prinsip sosial dan menggunakan teknik perilaku bermain peran, praktek dan umpan balik dalam upaya meningkatkan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah (Kneisl & Varcarolis, 2008).

Penelitian tentang SST pernah dilakukan oleh Renidayati (2009) dan *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST) yang dilakukan oleh Jumaini (2010) pada pasien gangguan jiwa dengan isolasi sosial. Hasil penelitian keduanya menunjukkan bahwa pemberian terapi sangat signifikan meningkatkan kemampuan sosialisasi pada pasien. Penelitian CBSST yang dilakukan Jumaini (2010) menunjukkan terjadi peningkatan rata-rata kemampuan psikomotor sebesar 11,78% yang semula 68,14% sebelum diberikan CBSST meningkat menjadi 79,92% setelah diberikan CBSST. Penelitian serupa juga pernah dilakukan Hapsari (2010) tentang efektifitas pelatihan keterampilan sosial pada remaja dengan gangguan kecemasan yang menunjukkan hasil terjadinya penurunan gangguan kecemasan dengan rata-rata penurunan sebesar 8,50 setelah 6 bulan diberikan tindakan. Sedangkan untuk penelitian pengaruh SST yang diberikan pada kasus psikososial *social anxiety disorder* pada remaja tunarungu belum pernah dilakukan.

Berdasarkan hasil survei yang dilakukan di Kabupaten Wonosobo pada tanggal 16 Februari 2012, terdapat dua SLB di Kabupaten Wonosobo yang mempunyai peserta didik usia sekolah setingkat SD sampai dengan SMA berjumlah sekitar 250 orang, tinggal di asrama dan mendapatkan pendidikan akademik dan non akademik berupa keterampilan bahasa dan bicara dengan menggunakan bahasa oral, serta dikembangkan kurikulum dengan pendekatan berdasarkan pada kebutuhan belajar siswa. Juga dilengkapi dengan keterampilan seni, dan

keterampilan untuk persiapan pemenuhan kebutuhan hidup sehari-hari. Siswa di SLB tersebut 77 orang berada pada tingkat usia remaja yaitu sekitar 12-20 tahun. Hasil wawancara singkat dan pengukuran skala ansietas yang dilakukan pada 10 orang remaja tunarungu dengan menggunakan *Hamilton Rating Scale*, remaja mengalami ansietas ringan sampai sedang, menurut mereka ansietas lebih dirasakan terutama saat berhadapan dengan orang asing dan saat harus berada diantara banyak orang. Pembimbing/guru yang ditemui mengatakan bahwa masalah emosional yang dialami remaja tunarungu yaitu lebih mudah tersinggung, dan remaja menyampaikan keluhan kecemasannya saat melakukan komunikasi dengan orang normal atau bukan penyandang tunarungu. Dua orang guru mengatakan, remaja merasa lebih nyaman didampingi oleh guru saat melakukan pembelajaran di luar sekolah. SLB tersebut telah menerapkan metode pembelajaran sesuai dengan kurikulum pendidikan anak berkebutuhan khusus. Teknik pembelajaran untuk meningkatkan kemampuan komunikasi terutama bahasa dan bicara pada anak tunarungu dengan metode bahasa oral. Prinsip dari pembelajaran yang diberikan terutama berkaitan dengan upaya mengantarkan anak-anak dapat hidup mandiri di masyarakat serta dapat berinteraksi dengan lingkungannya (Depkes, 2010). Hal ini sebagai bentuk pencegahan dari dampak terhadap kehidupannya secara kompleks akibat ketunaannya yang mengandung arti bahwa akibat dari ketunarunguannya tersebut dapat mengakibatkan hambatan kepribadian secara keseluruhan meliputi aspek psikologis, emosi dan sosialnya.

Program belajar yang diberikan di SLB Kabupaten Wonosobo telah mengacu pada pengoptimalan keterampilan sosialisasi sesuai yang telah ditetapkan oleh Departemen Pendidikan Nasional, hal ini didukung dengan kerjasama dari pihak SLB dengan unsur-unsur terkait guna memperlancar program yang telah ada. Penanganan masalah emosional terutama ansietas belum diprogramkan secara khusus, terutama program latihan yang difokuskan untuk mengatasi masalah *social anxiety*. Belum pernah diberikannya terapi spesialis SST pada remaja tunarungu wicara selama ini serta keterbatasan jumlah guru/pembimbing yang

ahli dibidang masalah psikososial pada ABK. Hal-hal di atas, maka peneliti ingin mengetahui pengaruh SST terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo.

## 1.2 Rumusan masalah

Tunarungu merupakan jenis kecacatan yang tidak tampak, sehingga untuk penanganannya dan perhatian masyarakat belum optimal. Aspek kognitif, intelektual dan fisik, penyandang tunarungu cenderung sama seperti orang normal lainnya. Meskipun telah tersusun kurikulum yang disesuaikan dengan kebutuhan pada tunarungu, namun baru berfokus pada peningkatan kemampuan komunikasi saja. Sedangkan untuk peningkatan keterampilan sosialisasi belum diberikan secara menyeluruh.

Hubungan remaja dengan lingkungannya terutama lingkungan sebaya memainkan peranan yang sangat penting bagi perkembangan keterampilan sosial, berkembangnya berbagai potensi kehidupan, serta berbagai fungsi dimasa remaja. Interaksi dengan teman sebaya merupakan suatu instrumen yang sangat penting bagi terbentuknya indentitas diri yang matang dan meningkatkan kemandirian bagi remaja.

Keterbatasan dalam kemampuan komunikasi pada tunarungu mempengaruhi ketrampilan dalam melakukan interaksi sosial. Membuat mereka lebih nyaman saat berada di antara sesama penyandang tunarungu, atau diantara para gurunya karena dianggap lebih bisa mengerti dan memahami saat melakukan komunikasi/interaksi. Selain itu belum adanya program penanganan *social anxiety* dan latihan untuk keterampilan sosialisasi berupa terapi spesialis SST di SLB, serta kurangnya tenaga guru/pembimbing yang ahli dibidang penanganan masalah psikososial.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan maka didapatkan masalah penelitian yaitu, *social anxiety* merupakan masalah emosional yang belum tergal

dan merupakan kasus terbanyak di SLB Kabupaten Wonosobo. Program yang telah ada di sekolah terfokus pada peningkatan kemampuan siswa dalam berkomunikasi. Sedangkan program untuk mengatasi masalah ansietas sosial belum ada, sehingga peneliti melakukan pemberian terapi SST bagi remaja tunarungu untuk masalah *social anxiety*. Adapun pertanyaan penelitian pada penelitian ini adalah :

- a. Apakah ada pengaruh pemberian SST terhadap peningkatan keterampilan sosialisasi remaja tunarungu?
- b. Apakah ada hubungan antara peningkatan keterampilan sosialisasi remaja tunarungu dengan *social anxiety* pada remaja tunarungu?
- c. Apakah karakteristik remaja tunarungu berkontribusi terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety*?

### **1.3 Tujuan penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan umum**

Diketahui pengaruh *social skills training* terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo.

#### **1.3.2 Tujuan khusus**

**1.3.2.1** Diketuainya karakteristik remaja tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo.

**1.3.2.2** Diketuainya pengaruh *social skills training* terhadap keterampilan sosialisasi remaja tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo.

**1.3.2.3** Diketuainya pengaruh *social skills training* terhadap *social anxiety* remaja tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo.

**1.3.2.4** Diketuainya hubungan keterampilan sosialisasi dengan *social anxiety* remaja tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo.

**1.3.2.5** Diketuinya karakteristik remaja tunarungu yang berkontribusi terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* pada remaja tunarungu.

#### **1.4 Manfaat penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan kontribusi yang bermanfaat secara aplikatif maupun teoritis/keilmuan terhadap profesi keperawatan.

##### 1.4.1 Manfaat aplikatif

1.4.1.1 Pedoman pelaksanaan pemberian pelayanan kesehatan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan jiwa khususnya untuk mengatasi masalah mental emosional pada kasus psikososial.

1.4.1.2 Memberi masukan bagi pelayanan keperawatan jiwa tentang terapi *Social Skills Training* (SST) pada klien untuk peningkatan kesehatan mental remaja penyandang cacat fisik khususnya remaja tunarungu.

1.4.1.3 Sebagai bahan pertimbangan untuk menyusun program penanggulangan masalah *social anxiety* yang dialami remaja tunarungu.

##### 1.4.2 Manfaat keilmuan

1.4.2.1 Memberikan kontribusi pengembangan tehnik pemberian asuhan keperawatan jiwa dalam upaya peningkatan kesehatan mental remaja penyandang tunarungu.

1.4.2.2 Memberikan landasan untuk upaya inovatif lanjutan bagi pengembangan keperawatan mental remaja tunarungu.

1.4.2.3 Masukan bagi profesi keperawatan, untuk menjadikannya sebagai dasar pertimbangan dalam menetapkan standar asuhan dan standar praktek keperawatan pada klien penyandang cacat fisik, khususnya remaja penyandang tunarungu.

### 1.4.3 Manfaat Metodologi

1.4.3.1 Memberikan gambaran bagi penelitian berikutnya khususnya keperawatan jiwa yang terkait dengan *Social Skills Training* (SST) yang diberikan pada kasus psikososial.

1.4.3.2 Hasil penelitian ini dapat direkomendasikan untuk penelitian lebih lanjut yang berkaitan untuk lebih meningkatkan mutu asuhan keperawatan jiwa, pada kelompok klien yang mengalami masalah psikososial.



## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Berikut ini akan diuraikan beberapa teori dan konsep yang terkait sebagai landasan dan rujukan dalam penelitian ini untuk memudahkan pemahaman. Konsep dan teori tersebut meliputi konsep tentang tunarungu, *social anxiety*, dan *social skills training* (SST) dan bagaimana teknis pelaksanaan SST.

#### **2.1 TUNARUNGU**

Pembahasan mengenai tunarungu ini akan disampaikan tentang pengertian, klasifikasi, karakteristik tunarungu serta secara singkat akan diuraikan tentang penanganan pada tunarungu.

##### **2.1.1 Pengertian Tunarungu**

Tunarungu secara umum dapat diartikan tidak dapat mendengar. Tidak dapat mendengar tersebut dimungkinkan kurang dengar atau tidak mendengar sama sekali. Winarsih (2007), menyatakan tunarungu adalah seseorang yang mengalami kekurangan atau kehilangan kemampuan mendengar baik sebagian atau seluruhnya yang diakibatkan oleh tidak berfungsinya sebagian atau seluruh alat pendengaran. Pendapat lain mengatakan anak Tunarungu/Tunawicara adalah anak yang memiliki hambatan dalam pendengaran baik permanen maupun tidak permanen dan biasanya memiliki hambatan dalam berbicara sehingga mereka biasa disebut tunawicara (Depkes, 2010). Sehingga dapat disimpulkan dari berbagai batasan di atas, tunarungu adalah seseorang yang mengalami kekurangan atau kehilangan kemampuan mendengar baik sebagian atau seluruhnya yang diakibatkan karena tidak berfungsinya sebagian atau seluruh alat pendengarannya, yang menyebabkan terganggunya proses perolehan informasi atau bahasa sebagai alat komunikasi sehingga berdampak terhadap kehidupannya secara kompleks.

## 2.1.2 Klasifikasi Tunarungu

2.1.2.1 Iwin Suwarman (dalam Sadjaah, 2005), pakar bidang medik, memiliki pandangan bahwa anak tunarungu dikategorikan menjadi dua kelompok:

- a. *Hard of hearing* adalah seseorang yang masih memiliki sisa pendengaran sedemikian rupa sehingga masih cukup untuk digunakan sebagai alat penangkap proses mendengar sebagai bekal primer penguasaan kemahiran bahasa dan komunikasi dengan yang lain baik dengan maupun tanpa menggunakan alat bantu dengar.
- b. *The Deaf* adalah seseorang yang tidak memiliki indera dengar sedemikian rendah sehingga tidak mampu berfungsi sebagai alat penguasaan bahasa dan komunikasi, baik dengan ataupun tanpa menggunakan alat bantu dengar. Kemampuan anak tunarungu yang tergolong kurang dengar akan lebih mudah mendapat informasi sehingga kemampuan bahasanya akan lebih baik. Anak tuli yang sudah tidak mempunyai sisa pendengaran otomatis untuk mendapat informasi sulit sehingga kemampuan bahasanya kurang baik.

2.1.2.2 Berdasarkan klasifikasi kemampuan mendengar, tunarungu dibagi menjadi empat yaitu tunarungu ringan, sedang, berat dan tunarungu sangat berat menurut Samuel A. Kirk dan Streng (dalam Somad, 1996), yaitu:

a. ***Mild Losses (tunarungu ringan)***

Tunarungu pada tingkatan ini menurut Samuel A. Kirk mengalami kehilangan kemampuan mendengar 27-40 dB, mengalami kesulitan mendengar bunyi-bunyian yang jauh, dan memerlukan terapi wicara. Sedangkan menurut Streng, kehilangan kemampuan mendengar sekitar 20-30 dB, sukar

Universitas Indonesia

mendengar percakapan yang lemah, tidak mendapat kesukaran mendengar, tidak mengalami kelainan bicara. Sehingga disimpulkan bahwa klasifikasi pada tunarungu ringan pada individu terjadi kehilangan kemampuan mendengar sekitar 20-40 dB, mengalami kesulitan mendengar bunyi-bunyian pada jarak yang jauh atau bunyi yang lemah pada jarak normal, dan pada dasarnya tidak terdapat kesukaran mendengar dan kelaianan dalam bicaran, namun diperlukan terapi bicara supaya tidak mengalami gangguan lebih lanjut.

b. ***Marginal Losses (tunarungu sedang)***

Kehilangan kemampuan mendengar 30-40 dB, mengerti bahasa percakapan, tidak dapat mengikuti diskusi di kelas, membutuhkan alat bantu mendengar (ABM), dan terapi wicara (Samuel A. Kirk). Menurut Streng, penyandang tunarungu sedang mengerti percakapan biasa dalam jarak 1 meter, mengalami kehilangan kemampuan mendengar 41-55 dB, kadang mendapat kesulitan dalam menangkap percakapan kelompok. Percakapan lemah bisa ditangkap 50%, dan bila si pembicara tidak terlihat percakapan yang ditangkap akan lebih sedikit atau di bawah 50%. Butuh alat bantu mendengar (ABM) dan terapi wicara. Mengalami sedikit kelaianan dalam bicara dan keterbatasan perbendaharaan kata. Maka dapat disimpulkan bahwa pada tunarungu sedang mengalami kehilangan kemampuan mendengar sekitar 41-55 dB, klien masih mampu mendengar percakapan biasa dalam jarak 1 meter, namun mengalami kesulitan dalam percakapan kelompok. Mengalami kesulitan dalam perbendaharaan kata sehingga perlu dilakukannya terapi wicara dan didukung dengan penggunaan ABM.

c. ***Moderat Losses (tunarungu agak berat)***

Tunarungu mengalami kehilangan kemampuan mendengar 56-70 dB, hanya mampu mendengar suara dari jarak yang dekat, mempunyai sisa pendengaran untuk belajar bahasa dan bicara dengan menggunakan ABM dan berbicara dengan cara khusus, menurut Samuel A. Kirk. Sedangkan menurut Streng, mengalami kehilangan kemampuan mendengar 40-60 dB mereka mengerti ucapan yang keras dalam jarak satu meter, perbendaharaan kata terbatas, mempunyai kelainan bicara, membutuhkan ABM dan alat bantu pengajaran yang sifatnya visual. Memerlukan latihan khusus dan perlu masuk SLB-B. Kesimpulan dari pendapat dua ahli tersebut tentang tunarungu agak berat yaitu, mengalami kehilangan kemampuan mendengar 56-70 dB, memerlukan alat bantu mendengar untuk menguatkan sisa pendengarannya, serta perlu mengikuti pembelajaran di SLB-B untuk melatih kemampuan bahasa dan menambah perbendaharaan kata, maka perlu diberikan alat bantu komunikasi yang bersifat visual.

d. ***Severe Losses (tunarungu berat)***

Menurut Samuel A. Kirk, kemampuan mendengar yang hilang sekitar 71-90 dB, mereka hanya bisa mendengar bunyi yang sangat dekat, kadang-kadang dianggap tuli, membutuhkan pendidikan luar biasa yang intensif, membutuhkan alat bantu dengar dan latihan bicara secara khusus. Menurut Streng, kemampuan mendengar yang hilang pada tunarungu berat sekitar 60-70 dB, mampu mendengar suara keras dari jarak yang sangat dekat, dapat dilatih melalui latihan pendengaran (*auditory training*), dapat membedakan huruf hidup tetapi kesulitan membedakan bunyi huruf konsonan. Untuk anak dengan tingkat intelegensia tinggi bisa di sekolah umum. Kesimpulannya, penderita tunarungu berat mengalami gangguan pendengaran

Universitas Indonesia

yang bisa digolongkan tuli, meski demikian dengan sisa pendengaran yang masih dimilikinya maka pengajaran secara intensif masih bisa diberikan dengan bantuan ABM (*hearing aid*).

e. ***Profound Losses* (tunarungu sangat berat) 91 atau lebih**

Mengalami kehilangan mendengar 91 dB ke atas menurut Samuel A. Kirk dan 75 dB menurut Streng. Menurut Kirk, mereka hanya sadar akan adanya bunyi atau suara melalui getaran, banyak bergantung pada penglihatan daripada pendengarannya untuk proses menerima informasi, yang bersangkutan dianggap tuli. Sedangkan menurut Streng, mereka dapat mendengarsuara yang keras dalam jarak satu inci (2,54cm) atau bahkan sama sekali tidak bisa mendengar. Mereka tidak sadar akan bunyi-bunyi keras, tetapi mungkin ada reaksi kalau dekat dengan telinga, meskipun menggunakan penguat suara. Mereka tidak dapat menggunakan pendengarannya untuk menangkap dan memahami bahasa. Memerlukan pengajaran khusus yang intensif di segala bidang, tanpa menggunakan mayoritas indera pendengarannya.

Kesimpulannya adalah penyandang tunarungu ringan dan sedang termasuk dalam kategori *hard of hearing*, sedangkan pada tunarungu berat dan sangat berat, penyandanganya dikatakan mengalami tuli atau *The deaf*, karena mereka tidak mampu sama sekali menangkap suara, meskipun suara tersebut sangat keras. Mereka tidak mampu menggunakan pendengarannya untuk menangkap dan memahami bahasa, sehingga memerlukan pengajaran khusus yang intensif tanpa menggunakan mayoritas indera pendengarannya.

### **2.1.3 Karakteristik Tunarungu**

Karakteristik tunarungu berbeda dengan jenis kecacatan yang lain, karena pada tunarungu tidak nampak kecacatannya. Secara sepintas tunarungu nampak seperti orang normal yang tidak mempunyai kelainan. Mereka baru nampak mengalami kebutuhan khusus ketika melakukan interaksi sosial dan saat berkomunikasi dengan orang lain. Tunarungu memiliki karakteristik yang khas. Berikut ini diuraikan karakteristik anak tunarungu dilihat dari segi intelegensia, bahasa dan bicara, emosi serta sosial.

#### **2.1.3.1 Karakteristik dalam segi intelegensia**

Kemampuan intelegensia pada tunarungu cenderung sama dengan orang normal pada umumnya. Anak tunarungu akan mempunyai prestasi lebih rendah jika dibandingkan dengan anak normal atau mendengar, khususnya untuk materi pembelajaran yang diverbalisasikan. Sedangkan untuk materi yang tidak diverbalisasikan, prestasi anak tunarungu akan seimbang dengan anak yang mendengar. Anak belajar banyak dari apa yang didengarnya, kemudian diserap dan dipergunakan untuk latihan berfikir (Somad, 1996). Perkembangan intelegensia sangat dipengaruhi oleh perkembangan bahasa, maka anak tunarungu akan menampakkan intelegensia yang rendah disebabkan oleh kesulitan memahami bahasa. Sedangkan aspek intelegensia bersifat non verbal seperti penglihatan dan motorik tidak mengalami hambatan, bahkan dapat berkembang dengan cepat.

#### **2.1.3.2 Karakteristik dalam Segi Bahasa dan Bicara**

Kemampuan berbicara dan bahasa anak tunarungu berbeda dengan anak yang mendengar, hal ini disebabkan perkembangan bahasa erat kaitannya dengan kemampuan mendengar. Menurut Purwanto (1998), bahasa adalah alat berfikir dan sarana utama seseorang untuk berkomunikasi, untuk saling menyampaikan ide, konsep, dan

Universitas Indonesia

perasaan, serta termasuk didalamnya kemampuan untuk mengetahui makna kata serta aturan atau kegunaan bahasa serta penerapannya.

Perkembangan bahasa dan bicara pada anak tunarungu sampai masa meraban tidak mengalami hambatan. Sebab meraban merupakan kegiatan alami pernafasan dan pita suara. Setelah masa meraban, perkembangan bahasa dan bicara anak tunarungu terhenti (Sipartini, 2003). Memasuki masa meniru, pada anak tunarungu terbatas pada peniruan yang bersifat visual yaitu gerak dan isyarat. Sehingga untuk berkembang bicara selanjutnya anak tunarungu memerlukan pembinaan secara khusus dan intensif, disesuaikan dengan taraf ketunarunguan dan kemampuan-kemampuan yang lain. Suparno (2001), menyatakan karakteristik anak tunarungu dalam segi bahasa dan bicara adalah miskin kosa kata, mengalami kesulitan dalam memahami ungkapan bahasa yang mengandung arti kiasan serta kata-kata yang mengnadung arti abstrak, kurang menguasai irama dan gaya bahasa, dan mengalami kesulitan memahami kalimat-kalimat yang kompleks

Tunarungu memiliki keterbatasan dalam memperoleh bahasa dan mengalami permasalahan dalam bicaranya. Kurang berfungsinya indera pendengaran menyebabkan anak tidak dapat menirukan ucapan kata-kata dengan benar dan jelas. Oleh sebab itu, anak tunarungu untuk mendapatkan bahasa atau kosa kata harus melalui proses belajar mengenal kosa kata dan belajar mengucapkan kata-kata dengan artikulasi yang jelas. Belajar mengucapkan kata-kata tersebut harus dilakukan secara berulang-ulang agar anak menjadi terampil dan terbiasa mengucapkan kata-kata dengan artikulasi yang jelas.

### 2.1.3.3 Karakteristik dalam Segi Emosi dan Sosial

Hambatan mendengar merupakan hambatan yang cukup besar bagi perkembangan berbahasa seseorang sehingga berpengaruh pula pada perkembangan sosial dan emosionalnya. Menurut Delphie (2009), ketunarunguan dapat mengakibatkan terasing dari pergaulan sehari-hari, yang berarti mereka terasing dari pergaulan atau aturan sosial yang berlaku dalam masyarakat dimana ia hidup. Keterasingan tersebut dapat menimbulkan efek-efek negatif seperti:

a. Egosentrisme yang melebihi anak normal.

Salah satu unsur pengamatan yang terpenting ialah pendengaran. Sedangkan anak tunarungu tidak memiliki hal itu, ia hanya memiliki unsur penglihatan. Menurut Purwanto (1998), bagi seseorang yang mendengar dia dapat melihat apa yang ada di mukanya dan mendengar apa yang ada di sekelilingnya, sedangkan bagi tunarungu dia hanya bisa melihat apa yang ada di mukanya saja. Daerah pengamatan penglihatan jauh lebih sempit jika dibandingkan dengan daerah pengamatan pendengaran. Daerah pengamatan anak tunarungu lebih kecil jika dibandingkan dengan anak yang mendengar. Sehingga disimpulkan bahwa dunia anak tunarungu diperkecil hanya sampai batasan penglihatannya saja dan hanya mampu memasukkan sebagian kecil “dunia luar” ke dalam dirinya. Hal tersebut membuat tunarungu merasa sepi dan amat “kecil”, yang akibatnya mereka hanya dapat memusatkan perhatian pada dirinya sendiri. Egonya semakin menutup dan mempersempit kesadarannya.

Besarnya peranan penglihatan dan pengamatan pada tunarungu, maka anak tunarungu disebut “pemata” dan mempunyai sifat “sangat ingin tahu”. Menurut Delphie (2009), sifat ingin tahu pada tunarungu ini semakin meningkatkan egosentrismenya.

Universitas Indonesia

Karena anak tunarungu sebagai pemata selalu ingin menarik semua hal yang ingin diketauinya agar lebih dekat untuk diamati. Maka perilaku ini menyebabkan seolah-olah anak tunarungu ingin memiliki, merebut, atau bahkan menarik dari tangan orang lain sehingga memberikan kesan agresif.

b. Mempunyai perasaan takut akan kehilangan.

Perasaan takut akan kehilangan ini lebih sering dialami oleh anak tunarungu. Hal ini disebabkan karena sering merasa kurang menguasai keadaan yang diakibatkan oleh pendengarannya yang terganggu, sehingga ia sering merasa khawatir dan menimbulkan ketakutan.

c. Ketergantungan terhadap orang lain.

Sikap ketergantungan terhadap orang lain atau terhadap apa yang sudah dikenalnya dengan baik, merupakan gambaran bahwa mereka sudah putus asa dan selalu mencari bantuan serta bersandar pada orang lain.

d. Perhatian mereka lebih sukar dialihkan

Suatu hal yang biasa terjadi pada anak tunarungu ialah menunjukkan keasyikan bila mengerjakan sesuatu. Menurut Purwanto (1998), kesempitan bahasa menyebabkan kesempitan berfikir seseorang. Alam berfikir tunarungu selamanya terpaku pada hal-hal yang konkrit. Seluruh perhatiannya tertuju pada sesuatu dan sukar melepaskannya karena mereka merasa tidak mempunyai kemampuan lain. Jadi jalan fikiran anak tunarungu tidak mudah dialihkan ke hal yang lain yang tidak atau belum nyata. Sehingga disimpulkan anak tunarungu sukar diajak untuk berfikir tentang hal-hal yang belum terjadi, sehingga mereka lebih miskin akan fantasi.

e. Bersifat polos dan spontan

Tunarungu seakan-akan tidak mempunyai beban dan dengan mudah menyampaikan perasaan dan apa yang difikirkannya kepada orang lain. Menurut Delphie (2009) anak tunarungu hampir tidak menguasai sesuatu ungkapan dengan baik, sehingga ia akan mengatakan langsung apa yang dimaksudnya. Hal ini disebabkan karena kemiskinan dalam mengekspresikan perasaan dalam berbagai cara. Sehingga anak tunarungu cenderung menunjukkan sikap ekstrim tanpa banyak nuansa.

f. Cenderung mudah marah dan tersinggung

Kekecewaan yang dialami yang timbul dari kesukaran menyampaikan pikiran dan perasaannya kepada orang lain dan betapa sulitnya ia mengerti apa yang disampaikan oleh orang lain kepadanya, akan diekspresikan oleh tunarungu sebagai “kemarahan”. Menurut Sadjah (2005), anak tunarungu mengalami kesukaran membaca ujaran. Anak-anak yang sukar membaca ujaran lebih banyak berwatak rewel dari pada anak-anak yang mengalami kesukaran berbicara. Karena biasanya anak yang sukar berbicara juga sukar membaca ujaran. Maka semakin luas bahasa yang mereka miliki, semakin mudah pula mereka berbicara, serta semakin mudah memahami maksud orang lain, sehingga anak akan menjadi semakin tenang dan mampu menguasai diri.

#### **2.1.4 Penanganan Tunarungu**

Berbicara tentang penanganan pada tunarungu, tak lepas dari teknik-teknik komunikasi yang dilatihkan untuk meningkatkan keterampilan komunikasi pada anak tunarungu. Sehingga anak tunarungu akan memiliki ketrampilan

#### 2.1.4.1 Cara Berkomunikasi.

Tunarungu belajar berbicara dari gerakan bibir dan mimik muka, hal itu yang dinamakan *maternal reflektif method* atau metode percakapan reflektif.

##### a. Bahasa Isyarat.

Tunarungu memiliki gangguan dalam organ pendengarannya, maka mereka cenderung lebih memfungsikan penglihatannya (visual) untuk memperoleh informasi yang ia butuhkan.

##### b. Gerak Tubuh.

Gerakan tubuh juga dapat membantu tunarungu untuk dapat berkomunikasi. Keluarga biasanya membuat dan menggunakan "*home signs*", yaitu gerakan tangan dan tubuh yang mereka buat untuk menunjukkan ekspresi mereka dan berkomunikasi dengan penyandang tunarungu/tunawicara. Meskipun *home signs* tidak menghasilkan bahasa yang lengkap, namun mereka sangat terbantu untuk mengeskpresikan ide yang sederhana dan dapat memulai komunikasi dengan baik.

##### c. Komunikasi total.

Merupakan teknik komunikasi yang mulai dikembangkan oleh beberapa sekolah, yaitu cara berkomunikasi dengan melibatkan bahasa verbal, bahasa isyarat dan bahasa tubuh secara bersamaan.

## 2.2 Konsep *Social Anxiety*

Konsep mengenai *social anxiety* erat kaitannya dengan konsep anxietas itu sendiri. Maka untuk menguraikan konsep tentang *social anxiety* ini, peneliti akan mengulas terlebih dahulu konsep tentang anxietas, meliputi: pengertian, penyebab, karakteristik dan penanganan anxietas, yang kemudian diabas didalamnya di dalamnya konsep tentang *social anxiety*.

### 2.2.1 Pengertian Ansietas

Ansietas adalah perasaan tidak nyaman atau firasat akan munculnya sesuatu yang akan menimpa pada individu yang tidak jelas, tidak spesifik, tidak adanya obyek, yang diidentifikasi sebagai stimulus dan biasanya individu yang mengalami tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi (Comer, 1992 dalam Videbeck, 2008). Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman yang terjadi dalam menanggapi rasa takut akan terluka atau kehilangan sesuatu yang berharga (Fontaine, 2009). Menurut Sharon dan Hales (dalam Townsen, 2009) kecemasan adalah respons emosional seperti ketakutan, ketegangan, kegelisahan untuk mengantisipasi bahaya, sumber yang sebagian besar tidak diketahui atau tidak dikenali. Menurut beberapa definisi di atas, dapat disimpulkan bahwa ansietas adalah perasaan ketidaknyamanan sebagai respon emosional atas pengalaman yang tidak spesifik, tanpa adanya stimulus atau obyek yang dikenali dan tanpa disadari oleh individu saat tidak dapat beradaptasi terhadap masalah, situasi dalam kehidupan dan tujuan hidup. Ansietas merupakan bagian dari kehidupan sehari-hari.

Berbagai macam yang termasuk dari jenis gangguan ansietas, salah satunya yaitu *social anxiety*. *Social anxiety disorder* (SAD) juga dikenal sebagai *social phobia*, adalah gangguan ansietas yang ditandai oleh rasa takut yang muncul karena perasaan malu, dan evaluasi negatif oleh orang lain dalam situasi sosial sehingga cenderung untuk menghindari situasi sosial yang ditakutinya (Varcarolis, 2010). Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* edisi ke-4 (DSM-IV) disebutkan bahwa gangguan social ansietas adalah gangguan ansietas yang mempunyai ciri-ciri khusus adanya perasaan takut atau ansietas yang kuat dan bertahan pada diri seseorang ketika tampil di hadapan umum atau berada pada berbagai situasi sosial.

Universitas Indonesia

Ansietas sosial adalah perasaan tidak nyaman, takut, atau khawatir yang berpusat pada saat interaksi kita dengan orang lain dan melibatkan perhatian dengan perasaan dinilai negatif, dievaluasi, atau dipandang rendah oleh orang lain (Antony dan Swinson, 2008). Sehingga dapat disimpulkan bahwa *social anxiety* adalah ansietas yang mempunyai ciri-ciri khusus yang timbul karena perasaan malu, takut dan evaluasi negatif dari orang lain pada saat individu menghadapi situasi sosial atau berinteraksi dengan orang lain yang dirasakan sangat kuat dan bertahan pada diri seseorang saat menghadapi situasi sosial.

Menurut DSM-IV dijelaskan tentang dua tipe gangguan sosial ansietas, yaitu gangguan sosial ansietas umum adalah ketakutan atau ansietas yang dirasakan individu ketika berhadapan dengan hampir seluruh situasi sosial, sedangkan gangguan sosial ansietas khusus adalah ketakutan atau ansietas yang dirasakan individu ketika berhadapan dengan situasi-situasi sosial tertentu.

### **2.2.2 Faktor Predisposisi**

Kaplan (2006) ; Stuart (2009) mengatakan berbagai teori telah dikembangkan untuk menjelaskan proses terjadinya ansietas antara lain:

#### **2.2.2.1 Biologi**

Tiga neurotransmitter utama yang berhubungan dengan ansietas adalah norepinefrin, serotonin, dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA). Individu yang mengalami gangguan ansietas mungkin memiliki sistem noradrenergik yang teregulasi secara buruk yang menyebabkan aktivasi pada badan sel sistem noradrenergik terutama berlokasi di lokus sereleus di pons rostral dan aksonnya keluar ke korteks serebral, sistem limbik, batang otak, dan medula spinalis.

Universitas Indonesia

Stimulasi lokus sereleus akan membentuk respon ansietas. *Gamma – aminobutyric acid* (GABA) diduga memiliki peranan yang paling besar dalam ansietas. Otak memiliki reseptor khusus terhadap benzodiazepin, reseptor tersebut berfungsi membantu regulasi ansietas. Regulasi tersebut berhubungan dengan aktivitas neurotransmitter *gamma aminobutyric acid* (GABA) yang mengontrol aktivitas neuron dibagian otak yang bertanggung jawab menghasilkan ansietas. Bila GABA bersentuhan dengan *sinaps* dan berikatan dengan reseptor GABA pada *membran post-sinaps* akan membuka aluran atau pintu eksitasi sel dan memperlambat aktivitas sel. Teori ini menjelaskan bahwa individu yang sering mengalami ansietas mempunyai masalah dengan proses *neurotransmitter*. Beberapa klien dengan gangguan ansietas diduga memiliki fungsi reseptor GABA yang abnormal (Kaplan & Saddock, 2005). Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Nemeroff (2004) menunjukkan bahwa jumlah reseptor GABA menurun 20% dalam cortex ocipital klien dengan ansietas dibandingkan pada kelompok kontrol.

Selain itu *neural circuitry* dari ansietas berhubungan dengan amigdala. Stimulus yang berasal dari sensori visual, auditory, olfaktory, nociceptive, dan sensori visceral diteruskan melalui talamus anterior menuju nucleus lateral amigdala (LNA) yang mengirimkan signal stimulus menuju ke central nukleus amigdala (CNA). CNA didalamnya terjadi integrasi informasi yang dimanifestasikan secara autonomik dan perilaku yang menyebabkan rasa takut atau *anxiety* (Cannistraro dan Rauch, 2004). Impuls dari CNA akan diteruskan afferent menuju nucleus para brachial yang

Universitas Indonesia

menyebabkan terjadinya takipnea, ke hipotalamus lateral menyebabkan respon simpatis, yang menyebabkan peningkatan tekanan darah dan denyut jantung, sedangkan ke para ventrikular nukleus hypotalamus menyebabkan aktivitas dari hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis yang akan menstimulasi peningkatan adrenocorticoid (Cannistraro dan Rauch, 2004). Adanya disfungsi dari hipocampus berhubungan dengan gangguan anxiety. Selain itu adanya peningkatan aktivitas di dalam jalur septo hipokampus juga dapat menyebabkan anxiety (Kaplan & Saddock, 2005).

Sehingga dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa kasus munculnya anxietas pada tunarungu dikarenakan kurangnya stimulus yang berasal dari auditory, sehingga pesan yang dikirimkan oleh talamus anterior menuju LNA yang mengirimkan signal stimulus menuju ke CNA menjadi terganggu. Sehingga integrasi informasi yang terjadi di CNA mengalami masalah yang dimanifestasikan secara autonomik dan perilaku yang menyebabkan rasa takut atau ansietas.

#### **2.2.2.2 Psikologis**

Freud (1936 dalam Videback, 2008 ) memandang ansietas sebagai stimulus untuk berperilaku. Pandangan psikoanalitik ansietas adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian; id dan super ego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif sedangkan super ego mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut dan fungsi ansietas adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya (Stuart, 2009). Stuart (2009) mengatakan juga bahwa ansietas terkait dengan tingkat *self esteem* yang dimiliki oleh seseorang. Seseorang yang mempunyai *self esteem* yang rendah maka ia akan rentan

mengalami ansietas tinggi karena mereka merasa ragu akan kemampuan untuk berhasil.

Ansietas ini mungkin tidak ada hubungannya dengan kemampuan mereka yang sebenarnya atau berapa banyak pengalaman yang mereka pelajari. Ansietas ini disebabkan hanya oleh persepsi mereka tentang kemampuan mereka, yang mencerminkan konsep dirinya. Ditambah dengan adanya penilaian yang buruk lingkungan yang diberikan pada mereka maka akan memperkuat persepsi buruk mereka pada diri mereka sendiri.

Sullivan (1952, dalam Videback, 2008) mempercayai bahwa ansietas timbul dari masalah-masalah dalam hubungan interpersonal. Ansietas pertama kali ditentukan oleh hubungan ibu dan anak pada awal kehidupannya, bayi berespon seolah-olah ia dan ibunya adalah satu unit. Bertambahnya usia, anak melihat ketidaknyamanan yang timbul akibat tindakannya sendiri. Anak meyakini bahwa ibunya setuju atau tidak setuju dengan perilakunya itu. Adanya trauma seperti perpisahan dan kehilangan orang yang berarti, menimbulkan kerentanan tertentu.

Keterbatasan kemampuan mendengar yang menyebabkan timbulnya masalah dalam bahasa dan bicara pada tunarungu baru nampak jika mereka harus melakukan interaksi atau komunikasi dengan orang di sekitarnya. Ansietas sosial akan muncul pada anak tunarungu dikarenakan self esteem yang rendah karena anak merasa ragu-ragu untuk melakukan interaksi sosial. Hal ini mungkin tidak terkait dengan kemampuan yang mereka miliki, namun mungkin hanya karena persepsi buruk mereka terhadap diri mereka sendiri. Sehingga memunculkan sosial ansietas pada diri mereka karena meragukan penilaian orang lain terhadap mereka.

### 2.2.2.3 Sosial budaya

Stuart (2009) menerangkan bahwa riwayat gangguan ansietas dalam keluarga akan mempengaruhi respon individu dalam berespon terhadap konflik dan cara mengatasi ansietas. Tarwoto dan Wartonah (2003) memaparkan jika sosial budaya, potensi stres pada lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya ansietas. Cara hidup orang di masyarakat berdampak pada timbulnya stres, dimana individu yang mempunyai cara hidup sangat teratur dan mempunyai falsafah hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami stres. Orang yang berada di tempat atau lingkungan asing ternyata lebih mudah mengalami stres.

Demikian juga yang terjadi pada tunarungu, apalagi pada anak yang sejak lahir telah mengalami ketulian. Maka ia akan terbiasa dengan dunianya yang “sepi”, yang hanya berfokus pada dirinya sendiri, sehingga saat menghadapi situasi sosial, tunarungu cenderung mengalami ansietas karena keterampilan sosial seseorang erat kaitannya dengan kemampuan berbahasa, yang perkembangannya dipengaruhi juga oleh seberapa sering dan luasnya dalam berinteraksi atau menerima stimulus dari lingkungan sosialnya.

Anak tunarungu hanya mempunyai unsur pengamatan untuk proses belajar mereka. Padahal daerah pengamatan penglihatan jauh lebih sempit jika dibandingkan dengan daerah pengamatan pendengaran. Sehingga memunculkan ansietas sosial pada anak tunarungu dikarenakan ketidaksesuaiannya antara keinginannya yang besar untuk belajar dengan kurangnya kemampuan pendengaran yang dibutuhkannya untuk belajar dengan cepat dan tuntutan dari lingkungan untuk beradaptasi menjadi terhambat. Hal inilah yang memunculkan *social anxiety* pada tunarungu.

### 2.2.3 Stresor Presipitasi

Menurut Stuart (2009) stressor presipitasi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat mencetuskan timbulnya ansietas. Stresor pencetus ansietas dapat dikelompokkan dalam tiga kategori yaitu :

#### 2.2.3.1 Biologi

Menurut Stuart (2009), gangguan fisik dapat mengancam integritas seseorang baik berupa ancaman secara eksternal maupun internal. Ancaman eksternal yaitu masuknya kuman, virus, polusi lingkungan, rumah yang tidak memadai, pakaian, makanan atau trauma injury. Sedangkan ancaman internal yaitu kegagalan mekanisme fisiologis tubuh seperti jantung, sistem kekebalan, pengaturan suhu dan kehamilan. Hal ini menimbulkan ansietas dimana seringkali memotivasi seseorang meminta pertolongan perawatan. Gangguan pendengaran pada penyandang tunarungu menjadi faktor internal pada terjadinya ansietas. Sebab gangguan pendengarannya itu dapat menyebabkan kegagalan mekanisme fisiologis yang terjadi pada tubuhnya.

#### 2.2.3.2 Psikologi

Penanganan terhadap integritas fisik yang tidak optimal dapat mengakibatkan ketidakmampuan psikologis atau penurunan aktivitas sehari-hari seseorang. Apabila penanganan tersebut menyangkut identitas diri dan harga diri seseorang maka dapat mengakibatkan ancaman terhadap *self system*. Ancaman eksternal yang terkait dengan kondisi psikologis dapat mencetuskan terjadinya ansietas adalah gangguan hubungan interpersonal (Stuart, 2009). Keterbatasan tunarungu dalam menerima dan mengirimkan pesan, akan menghambat kemampuannya dalam berbahasa, yang pada akhirnya akan mempengaruhi dalam komunikasi. Gangguan sosial ansietas akan muncul pada penyandang tunarungu dikarenakan sebagai makhluk sosial, mereka harus melakukan interaksi dengan orang lain guna memenuhi kebutuhan id dan super egonya. Namun karena keterbatasan

Universitas Indonesia

bahasa yang dimilikinya, menimbulkan *social anxiety* pada tunarungu, yang ditunjukkan dengan kecenderungan memiliki egosentris yang meningkat, dikarenakan anxietas yang dialaminya.

### 2.2.3.3 Sosial budaya

Stuart (2009) menyatakan bahwa usia, jenis kelamin, pendidikan merupakan faktor predisposisi dalam terjadinya anxietas. Berdasarkan pendapat yang dikemukakan Kessler dkk (2005 dalam Varcarolis, 2010) untuk angka kejadian kasus anxietas sosial biasanya dialami pada awal usia 13 tahun, namun kasus gangguan anxietas pada umumnya meningkat pada usia 18 tahun dan gejalanya masih nampak pada usia 23 tahun. Stuart dan Laraia (2008) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan seseorang dalam menghadapi berbagai macam stressor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme koping.

Howritz (2002 dalam Townsend, 2009) menjelaskan bahwa jenis kelamin mempengaruhi munculnya anxietas seseorang, dimana angka anxietas lebih tinggi terjadi pada wanita daripada pria. Namun untuk kasus *social anxiety* angka kejadiannya cenderung berimbang antara wanita dengan pria menurut Kessler dkk (2005 dalam Varcarolis, 2010). Beberapa teori juga mengatakan bahwa perempuan lebih rentan untuk anxietas daripada laki-laki (Kalpan dan Sadock, 2007). Sedangkan riwayat pendidikan seseorang juga merupakan salah satu faktor predisposisi sosial budaya untuk terjadinya *social anxiety*, karena pendidikan menjadi salah satu tolok ukur kemampuan seseorang dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif. Pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi termasuk dalam hal ini kemampuan kognitif dan psikomotor seseorang dalam bersosialisasi.

Tarwoto dan Wartonah (2003) menjelaskan jika status ekonomi dan pekerjaan akan mempengaruhi timbulnya stres dan lebih lanjut dapat mencetuskan terjadinya ansietas. Orang dengan status ekonomi yang kuat akan jauh lebih sukar mengalami stres dibanding mereka yang status ekonominya lemah. Menurut Blanco dan Scheiner (1997, dalam Hapsari, 2010) gangguan ansietas sosial dapat timbul pada individu yang sejak kecil telah mendapatkan penolakan dari lingkungannya. Dukungan sosial akan sangat penting bagi perkembangan psikologis seorang individu, karena dukungan sosial sebagai sumber penguat yang diberikan oleh orang lain.

Salah satu sumber dukungan sosial yang sangat penting bagi remaja adalah teman sebaya. Terbinanya hubungan sosial yang baik pada remaja dengan teman sebayanya akan memberikan dampak yang positif. Seperti yang disampaikan La Greca dan Lopez (1998) bahwa hubungan yang terjalin antara remaja dengan lingkungan sebayanya memainkan peranan yang sangat penting bagi perkembangan keterampilan sosial, perkembangan berbagai potensi kehidupan, serta berbagai fungsi di masa remaja. Hal ini didukung oleh Hapsari (2010) dalam penelitiannya menyampaikan bahwa beberapa fungsi positif yang diperoleh remaja melalui hubungan dengan teman sebayanya adalah keterampilan-keterampilan sosial remaja. Remaja akan lebih mampu untuk mengembangkan penalarannya dan belajar untuk mengekspresikan perasaan-perasaan dengan cara yang lebih matang.

Interaksi dengan teman sebaya yang terjalin optimal merupakan suatu instrumen yang sangat penting bagi terbentuknya identitas diri yang matang dan meningkatnya kemandirian bagi remaja. Kemampuan bahasa yang terganggu, ditambah kurangnya pemahaman masyarakat dalam berhubungan dengan penyandang tunarungu, akan menimbulkan social ansietas pada tunarungu. Hal ini bisa timbul dikarenakan

Universitas Indonesia

penerimaan lingkungan yang kurang, serta *self esteem* remaja yang terganggu.

#### **2.2.4 Tanda dan Gejala Ansietas**

Tingkatan *social anxiety* dimulai dari yang paling ringan sampai dengan yang paling berat atau disebut *Social Anxiety Disorder* atau *Social Phobia* menurut Liebowitz (dalam Antony dan Swinson, 2008). Hal ini sesuai dengan tingkatan ansietas menurut Peplau (dalam Videbeck, 2008) yang terdiri dari empat tingkat, yaitu ringan, sedang, berat dan panik.

Ansietas mempunyai dua aspek yakni aspek yang sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung pada tingkat ansietas, lama ansietas dialami, dan seberapa baik individu melakukan koping mekanisme terhadap ansietas (Videbeck, 2008). Peplau (1963, dalam Stuart, 2009), mengkategorikan ansietas menjadi empat tingkatan beserta tanda dan gejalanya yakni :

##### **2.2.4.1 Kecemasan Ringan**

Berhubungan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari. Individu masih waspada serta lapang persepsinya meluas, menajamkan indra. Dapat memotivasi individu untuk belajar dan mampu memecahkan masalah secara efektif dan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas (Videbeck, 2008). Menurut Peplau (1968, dalam Varcarolis, 2010) ansietas ringan adalah ansietas yang terjadi dalam pengalaman hidup normal sehari-hari, memungkinkan seorang individu untuk memandang realitas. Saat seseorang mengalami tingkat ansietas ringan melihat, mendengar, dan mendapatkan informasi lebih lanjut, dan mendapatkan pemecahan masalah menjadi lebih efektif. Gejala fisik yang muncul mencakup sedikit ketidaknyamanan, kegelisahan, mudah marah, atau perilaku untuk menghilangkan ketegangan ringan, seperti menggigit kuku jari tangan, gelisah, meremas-remas tangan.

#### **2.2.4.2 Kecemasan Sedang**

Memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Ansietas ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya (Stuart, 2009). Peplau (1968, dalam Varcarolis, 2010) mengatakan bahwa orang yang berada pada kondisi ansietas sedang mengalami penurunan kemampuan melihat, mendengar, dan mencerna informasi dan mungkin menunjukkan kurangnya perhatian yang selektif, di mana hanya berfokus pada hal-hal tertentu yang napak di hadapannya saja, kecuali ada orang lain yang menunjukkannya. Kemampuan untuk berpikir jernih terhambat, tapi kemampuan belajar dan pemecahan masalah masih cukup baik, meskipun tidak optimal. Gejala fisik yang muncul termasuk ketegangan, jantung berdebar, denyut nadi dan laju pernapasan meningkat, berkeringat, dan gejala somatik ringan (ketidaknyamanan lambung, sakit kepala, sering berkemih), suara tremor dan gemetar. Tingkat ansietas ringan atau sedang bisa diatasi dengan cara yang konstruktif, karena ansietas mungkin sebagai sinyal bahwa ada sesuatu dalam kehidupan yang membutuhkan perhatian atau dianggap sebagai bahaya.

#### **2.2.4.3 Kecemasan Berat**

Lapang persepsi individu sangat sempit. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain (Videbeck, 2008).

Pendapat tersebut diperkuat dengan Varcarolis (2010) bahwa bidang persepsi orang yang mengalami ansietas berat sangat berkurang. Seseorang dengan ansietas yang parah hanya berfokus pada satu detail

tertentu atau mengalami kesulitan melihat apa yang terjadi di lingkungan. Kemampuan belajar dan pemecahan masalah tidak mungkin pada tingkatan ini, dan orang mungkin menunjukkan kebingungan yang tinggi. Perilaku otomatis bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala somatis ansietas. Gejala yang umum seperti sakit kepala, mual, pusing, insomnia sering meningkat, gemetar dan jantung berdebar-debar, dan orang tersebut dapat mengalami hiperventilasi dan rasa malapetaka yang akan datang atau ketakutan.

#### **2.2.4.4 Panik**

Panik adalah tingkat yang paling ekstrim dari ansietas dan ditunjukkan hasil nyata dalam perilaku yang terganggu. Menurut Varcarolis (2010) seseorang yang berada dalam keadaan panik tidak dapat memproses apa yang terjadi di lingkungan dan mungkin kehilangan kontak dengan realitas. Perilaku yang ditunjukkan dapat berupa jalan mondar-mandir, lari, berteriak, menjerit, atau menarik diri. Mungkin dialami halusinasi, atau gangguan persepsi sensori. Perilaku fisik yang muncul menjadi tidak menentu, perilaku yang tidak terkoordinasi, dan impulsif. automatic digunakan untuk mengurangi dan meringankan kecemasan, meskipun upaya tersebut mungkin tidak efektif. panik akut dapat menyebabkan kelelahan.

Individu yang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan karena mengalami kehilangan kendali. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motorik, menurunkan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan dan bahkan kematian.

Secara garis besar gejala gangguan sosial ansietas dapat digolongkan menjadi 3 kategori yaitu gejala fisik, kognitif dan perilaku. Gejala-gejala dalam gangguan sosial ansietas seringkali disalahartikan sebagai karakter individu yang wajar terjadi dan dapat disembuhkan dengan mudah. Rasa malu, gugup, atau rendah diri yang dialami seseorang bukan merupakan gejala gangguan sosial ansietas jika hal tersebut tidak dialami secara menetap dan ekstrim, dan tidak sampai menimbulkan seseorang menghindari dari berbagai situasi sosial secara terus menerus.

#### **2.2.5 Diagnosa Keperawatan Terkait dengan Respon Ansietas**

Diagnosa keperawatan terkait ansietas menurut NANDA (2008) meliputi, ansietas, koping tidak efektif, kesiapan peningkatan koping mekanisme, dan takut (fear). Sedangkan menurut DSM-IV, diagnosa terkait ansietas meliputi, panik tanpa agoraphobia, panik disertai *agoraphobia*, *agoraphobia* tanpa riwayat gangguan panik, phobia spesifik, phobia sosial, *obsessive compulsive disorder*, gangguan stres akut, dan gangguan ansietas umum. *Social Phobia* adalah diagnosa kesehatan mental yang digunakan untuk menggambarkan tingkat ansietas sosial yang begitu berlebihan, dan atau meluas yang secara signifikan mengganggu kualitas hidup individu. Situasi ditakuti atau dihindari dalam phobia sosial dapat menjadi sangat spesifik pada situasi tertentu, atau sebaliknya mungkin makin meluas ke sebagian besar dari aspek interaksi seseorang dengan orang lain (Antony, 2008). Sehingga dapat disimpulkan bahwa *social anxiety* juga dapat disebut sebagai *social phobia*, namun penggunaan untuk tingkat ansietas ringan dan sedang lebih baik menggunakan sosial ansietas, untuk menunjukkan tingkatan ansietas yang dialami seseorang.

#### **2.2.6 Tindakan untuk mengatasi ansietas**

Tindakan untuk mengatasi ansietas meliputi mekanisme koping yang biasa dipergunakan saat menghadapi stres atau ansietas, tindakan pengobatan untuk ansietas dan tindakan keperawatan yang diberikan pada ansietas.

### 2.2.6.1 Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah distorsi kognitif yang digunakan oleh seseorang untuk mempertahankan rasa kendali terhadap situasi, mengurangi rasa tidak nyaman, dan menghadapi situasi yang menimbulkan stress (Videbeck, 2008). Stuart (2009) memaparkan bahwa ketika mengalami ansietas, individu menggunakan berbagai mekanisme koping untuk mencoba mengatasinya. Ketidakmampuan mengatasi ansietas secara konstruktif merupakan penyebab utama terjadinya perilaku patologis. Ansietas ringan sering ditanggulangi tanpa pemikiran yang sadar. Ansietas sedang dan berat menimbulkan dua jenis mekanisme koping :

- a. Reaksi yang berorientasi pada tugas yaitu upaya yang disadari dan berorientasi pada tindakan untuk memenuhi tuntutan situasi stres secara realistis. Perilaku menyerang digunakan untuk menghilangkan atau mengatasi hambatan pemenuhan kebutuhan. Perilaku menarik diri digunakan menjauhkan diri dari sumber ancaman, baik secara fisik maupun psikologis. Perilaku kompromi digunakan untuk mengubah cara yang biasa dilakukan individu, mengganti tujuan atau mengorbankan aspek kebutuhan personal.
- b. Mekanisme pertahanan ego membantu mengatasi ansietas ringan dan sedang. Tetapi karena mekanisme tersebut berlangsung secara relatif pada tingkat tidak sadar dan mencakup penipuan diri dan distorsi realitas, maka mekanisme ini merupakan respons maladaptif terhadap stres.

Mekanisme koping yang biasa ditunjukkan oleh tunarungu berupa menarik diri, mudah tersinggung, mudah marah, mempunyai egosentris yang cenderung melebihi dari anak normal, dan perasaan takut akan kehilangan yang lebih besar dibanding anak yang normal. Tunarungu lebih banyak menggunakan penglihatannya untuk kebutuhan belajar, maka anak tunarungu dianggap cenderung lebih

agresif karena ia berusaha menarik benda agar lebih dekat untuk dapat diamatinya sehingga bisa dipelajarinya lebih jelas.

#### **2.2.6.2 Terapi obat gangguan anxietas**

Terapi obat untuk gangguan anxietas diklasifikasikan menjadi antiansietas yang terdiri dari ansiolitik, transquilizer minor, sedatif, hipnotik dan antikonfultan. Mekanisme kerja dari obat ini adalah mendepresi susunan saraf pusat (SSP), kecuali buspiron (buspar). Meskipun mekanisme kerja yang tepat tidak diketahui, obat ini diduga menimbulkan efek yang diinginkan melalui interaksi dengan serotonin, dopamin dan reseptor neurotransmitter lain. Obat antiansietas digunakan dalam penatalaksanaan gangguan anxietas, gangguan somatoform, gangguan disosiatif, gangguan kejang, dan untuk pemulihan sementara gejala insomnia dan anxietas.

#### **2.2.6.3 Tindakan Keperawatan pada Anxietas**

Berikut ini akan disampaikan penanganan anxietas terkait dengan sosial anxietas sesuai dengan topik penelitian. Perawat dapat membantu individu yang mengalami anxietas dalam upaya pemecahan masalah dengan menggunakan berbagai strategi kognitif dan perilaku. Secara khusus, Cognitive Behavior Therapy (CBT) telah terbukti paling efektif dalam mengatasi gangguan anxietas (Stuart 2009). Penanganan ini termasuk didalamnya sejumlah strategi terapi, yang dapat dibagi menjadi tiga kelompok:

##### **a. *Anxiety Reduction***

Tindakan untuk menurunkan respon anxietas meliputi: latihan teknik relaksasi, desensitisasi sistemik, *flooding*, dan pencegahan respon anxietas.

#### 1) Teknik relaksasi

Latihan relaksasi dilakukan melalui teknik pernapasan atau peregangan otot. Menurut Stuart (2009) seseorang yang mengalami perasaan tidak tenang, ansietas dan stres psikologis, jika diberikan suatu latihan relaksasi yang terprogram secara baik maka akan menurunkan denyut nadi, tekanan darah tinggi, mengurangi keringat dan frekuensi pernafasan sehingga sangat efektif sebagai anti ansietas.

#### 2) Desensitisasi sistematis

Konfrontasi bertahap dari suatu stimulus yang menimbulkan ansietas tinggi, terutama digunakan jika klien menderita fobia tertentu. Terapis mula-mula mengajarkan kepada klien bagaimana cara rileks dan kemudian mulai dengan stimulus yang menyebabkan ansietas ringan. Klien belajar menerapkan proses relaksasi ketika berhadapan dengan stimulus tersebut. Proses ini berlanjut sampai stimulus yang menimbulkan ansietas tinggi tidak lagi menyebabkan klien merasa ansietas (Isaacs, 2001).

#### 3) *Flooding*

Berbeda dengan desensitisasi, teknik ini berangsur-angsur menyingkapkan klien kepada sejumlah besar stimulus yang tidak diinginkan di dalam suatu upaya untuk menghilangkannya. Klien belajar melalui penggalan yang panjang untuk mengurangi ansietas (Varcacolis, 2010).

#### 4) Pencegahan respon

Teknik ini dilakukan pada perilaku kompulsif, dimana terapis melarang kepada klien untuk melakukan perilaku kompulsif (seperti mencuci tangan berulang-ulang). Selain itu klien juga

Universitas Indonesia

belajar mengurangi ansietas ketika kebiasaannya mulai hilang. Setelah belajar dengan terapis, klien dirumah menetapkan batas waktu secara berangsur-angsur sampai kebiasaannya mulai menghilang (Varcarolis, 2010).

Teknik terapi untuk penurunan ansietas dapat diberikan kepada remaja tunarungu, sebagai terapi awal atau permulaan sebelum diberikannya terapi-terapi lain, karena dapat menurunkan ketegangan sehingga proses mempelajari perilaku baru yang di ajarkan akan lebih mudah untuk diterima.

b. *Cognitive Restructuring*

Varcarolis (2008) menjelaskan bahwa terapi kognitif merupakan terapi yang didasarkan pada keyakinan klien dalam kesalahan berfikir, mendorong pada penilaian negatif terhadap diri sendiri maupun orang lain. Selama proses restrukturisasi pikiran, terapis membantu klien untuk mengidentifikasi pikiran otomatis negatif yang menyebabkan ansietas, menggali pikiran tersebut, mengevaluasi kembali situasi yang realistis dan mengganti hal negatif yang telah diungkapkan dengan ide-ide membangun. Jenis terapi lain yang termasuk dalam *cognitive restructuring* adalah *Thought stopping* yaitu teknik penghentian pikiran negatif, dimana klien mungkin mengatakan stop keluar dari ide-ide yang muncul. Pengalihan pikiran yang tidak diinginkan secara diubah dan klien memilih alternatif ide positif. Ankrom (1998) menjelaskan bahwa *terapi thought stopping* atau disebut juga dengan istilah menghentikan pikiran merupakan teknik efektif dan cepat membantu menghadapi pikiran yang membuat stres dimana seringkali menyertai serangan panik, ansietas dan *agoraphobia*.

Penerapan jenis terapi ini, mungkin akan menemui kendala bila diberikan pada tunarungu, karena anak tunarungu sukar diajak untuk berfikir tentang hal-hal yang belum terjadi, sehingga mereka lebih miskin akan fantasi. Hal ini didukung dengan pendapat Purwanto (1998), dimana pada tunarungu terjadi kesempitan bahasa yang menyebabkan kesempitan berfikir seseorang. Sehingga alam berfikir tunarungu selamanya terpaku pada hal-hal yang konkrit. Jadi jalan fikiran anak tunarungu tidak mudah dialihkan ke hal yang lain yang tidak atau belum nyata.

c. Terapi perilaku (*Behavior therapy*)

Berbagai jenis teknik terapi perilaku digunakan sebagai pembelajaran dan praktik secara langsung dalam upaya menurunkan anxietas atau menghindari anxietas. Videbeck (2008) menegaskan bahwa terapi perilaku dipandang efektif dalam mengatasi gangguan anxietas, terutama jika dikombinasikan dengan farmakoterapi. Terapi perilaku meliputi: *modeling, shaping, token ekonomi, role playing, terapi aversi, contingency contracting, dan social skills training.*

Namun berikut ini, hanya akan diuraikan terapi social skills training sebagai terapi yang akan diberikan pada remaja tunarungu yang mengalami *social anxiety*. Terapi keperawatan yang dapat diberikan pada kasus *social anxiety* adalah *social skills training (SST)*. Harb dan Heimberg (2000), mengembangkan *Cognitive Behaviour Therapy (CBT)* bagi penderita gangguan *social anxiety* yang terdiri atas beberapa sub terapi yaitu *Social Skills Training, Relaksasi, Exposure Techniques, dan Restrukturisasi Cognitive*. Jenis terapi ini dapat

Universitas Indonesia

diberikan tersendiri atau bersama-sama diantara jenis terapi lain. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Jumaini (2010), memadukan antara terapi CBT dengan SST menjadi CBSST pada klien gangguan jiwa yang mengalami isolasi sosial dengan peningkatan skor pada kelompok intervensi sebesar 80,37%. Namun dapat juga diberikan sebagai terapi tunggal seperti yang dilakukan oleh Hapsari (2010) pada kasus gangguan kecemasan pada siswa SMP dengan hasil terjadinya penurunan gejala gangguan anxietas secara signifikan sebesar 8.50, sedangkan hasil penelitian Masithoh (2011) untuk mengatasi masalah keterampilan sosial kasus kesepian pada usia lanjut menunjukkan peningkatan keterampilan sosialisasi pada lansia setelah diberikannya intervensi SST.

### **2.2.7 Social Skills Training (SST)**

*Social skills training* (SST), diberikan untuk meningkatkan kemampuan bersosialisasi bagi individu yang mengalami isolasi sosial, harga diri rendah, anxietas, dan gangguan-gangguan interaksi sosial lainnya. Berikut ini akan dijelaskan mengenai definisi, tujuan, indikasi dan teknik pelaksanaan SST

#### **2.2.7.1 Pengertian SST**

*Social skills training* (SST) adalah salah satu intervensi dengan teknik modifikasi perilaku didasarkan prinsip-prinsip bermain peran, praktek dan umpan balik guna meningkatkan kemampuan klien dalam menyelesaikan masalah pada klien depresi, *schizophrenia*, klien dengan gangguan perilaku kesulitan berinteraksi, mengalami *social phobia* dan klien yang mengalami kecemasan (Stuart, 2009; Vacarolis, 2010; Kneisl, 2004). Menurut Cartledge dan Milburn (1995, dalam Chen, 2006), *social skills training* adalah kemampuan yang dapat dipelajari oleh seseorang sehingga memungkinkan orang tersebut berinteraksi dengan memberikan respon positif terhadap lingkungan dan mengurangi respon negatif yang mungkin hadir pada dirinya. Kneisl

(2004) menyatakan bahwa *social skills training* adalah metode yang didasarkan pada prinsip-prinsip sosial pembelajaran dan menggunakan teknik perilaku bermain peran, praktik dan umpan balik untuk meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah.

*Social skills training* didasarkan pada keyakinan bahwa keterampilan dapat dipelajari oleh karena itu dapat dipelajari bagi seseorang yang tidak memilikinya (Stuart & Laraia, 2008). Definisi tentang *social skills training* yang telah dikemukakan dapat disimpulkan sebagai proses belajar seseorang untuk meningkatkan kemampuan berinteraksi dengan orang lain dalam konteks sosial yang dapat diterima dan dihargai secara sosial. Hal ini melibatkan kemampuan untuk memulai dan menjaga interaksi positif dan saling menguntungkan.

*Social skills training* dirancang untuk meningkatkan kemampuan berkomunikasi dan keterampilan sosial bagi seseorang yang mengalami kesulitan dalam berinteraksi meliputi keterampilan memberikan pujian, mengeluh karena tidak setuju, menolak permintaan orang lain, tukar menukar pengalaman, menuntut hak pribadi, memberi saran pada orang lain, pemecahan masalah yang dihadapi dan bekerjasama dengan orang lain (MqQuaid, 2000). *Social skills training* merupakan hal penting untuk meningkatkan kemampuan seseorang berinteraksi dalam suatu lingkungan. Adanya kemampuan berinteraksi menjadi kunci untuk memperkaya pengalaman hidup, memiliki pertemanan, berpartisipasi dalam suatu kegiatan dan bekerjasama dalam suatu kelompok.

#### **2.2.7.2 Tujuan SST**

*Social skills training* bertujuan untuk meningkatkan keterampilan interpersonal pada klien dengan gangguan hubungan interpersonal dengan melatih keterampilan klien yang selalu digunakan dalam hubungan dengan orang lain dan lingkungan. Hal ini dikemukakan

Universitas Indonesia

Landeem ( 2001, dalam Kneisl, 2004) tujuan *social skills training* adalah meningkatkan kemampuan sosial. Menurut Eikens (2000) *social skills training* bertujuan; 1) Meningkatkan kemampuan seseorang untuk mengekspresikan apa yang dibutuhkan dan diinginkan; 2) Mampu menolak dan menyampaikan adanya suatu masalah; 3) Mampu memberikan respon saat berinteraksi sosial; 4) Mampu memulai interaksi; 5) Mampu mempertahankan interaksi yang telah terbina.

### 2.2.7.3 Indikasi SST

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

Penelitian Jupp dan Griffiths (1990, dalam Prawitasari, 2002) terhadap anak-anak pemalu dan terisolasi sosial menunjukkan bahwa konsep diri anak meningkat dan berkurangnya kecenderungan melakukan penilaian negatif terhadap diri dan meningkatnya secara signifikan kemampuan anak-anak dalam berinteraksi. *Social skills training* sebagai salah satu teknik modifikasi perilaku telah banyak dilakukan dan diteliti pula tingkat keberhasilannya. Efektif digunakan untuk meningkatkan kemampuan seseorang untuk berinteraksi, meningkatkan harga diri, meningkatkan kineja dan menurunkan tingkat kecemasan. Terapi ini dapat diberikan pada klien; skizofrenia, klien depresi, ansietas dan fobia

sosial yang mengalami masalah isolasi sosial, harga diri rendah, perilaku kekerasan dan cemas.

#### 2.2.7.4 Teknik Pelaksanaan SST

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

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

- a. Instruksi. Klien perlu diberitahukan tujuan dan maksud dari suatu perilaku dalam menjalin hubungan interpersonal dengan orang lain sehingga dapat mengetahui kegunaan dan manfaat dari perilaku tersebut. Untuk memberikan informasi dapat digunakan cerita atau film yang kemudian diikuti dengan diskusi kapan saja perilaku tersebut muncul dalam keseharian.
- b. Identifikasi komponen perilaku. Keterampilan sosial merupakan proses yang kompleks dan seringkali terdiri dari beberapa rangkaian perilaku. Identifikasi secara spesifik keterampilan dari suatu perilaku.

- c. Penyajian model, yakni bagaimana suatu contoh perilaku dilakukan. Hal ini dapat dilakukan dengan cara dilakukan langsung oleh terapis, buku dan dengan model .
- d. Menampilkan keterampilan yang sudah dipelajari. Melatih suatu keterampilan melalui *role play* secara terstruktur.
- e. Umpan balik. Hal ini penting dilakukan untuk memberikan masukan terhadap perilaku yang dilakukan sehingga dapat diperbaiki. Umpan balik dilakukan melalui bentuk verbal (instruksi perbaikan atau pujian) dan evaluasi diri.
- f. Sistem *reinforcement*, dilakukan sebagai penguatan
- g. Latihan perilaku, bertujuan untuk mempertahankan keterampilan yang telah diajarkan, tetap dilakukan.

Dalam *social skills training* dilatih kemampuan klien dengan belajar cara adaptif untuk terlibat dalam hubungan interpersonal. Perlu mengidentifikasi keterampilan yang akan dilatih, klien mendapat kesempatan berlatih perilaku baru dan menerima umpan balik atas keterampilan yang telah dilakukan.

Ketrampilan dalam *social skills training* didapat melalui bimbingan, demonstrasi, praktek dan umpan balik. Prinsip-prinsip tersebut diharapkan dapat dimasukkan dalam implementasi program *social skills training* yang efektif. Bimbingan dan demonstrasi digunakan pada tahap awal *treatment* kemudian diikuti praktik dan umpan balik. Secara khusus ada 4 (empat) tahapan yang dapat dikembangkan dalam *social skills training* menurut Stuart (2009) yaitu; 1) Menggambarkan perilaku baru untuk dipelajari dengan cara memberikan bimbingan kepada klien yang mengalami gangguan hubungan interpersonal; 2) Mempelajari perilaku baru dengan menggunakan bimbingan dan demonstrasi; 3) Mempraktekkan

perilaku baru dengan memberikan umpan balik; 4) Memindahkan perilaku baru dalam lingkungan.

Menurut Chen (2006); Stuart (2009); Kingsep dan Nathan (2004), pelaksanaan *social skills training* dapat dilakukan secara individu atau kelompok. Ada beberapa keuntungan apabila dilakukan secara kelompok, yaitu; penghematan tenaga, waktu dan biaya. Bagi klien yang mengalami ketidakmampuan berinteraksi, *social skills training* merupakan miniatur masyarakat sesungguhnya, masing-masing anggota mendapatkan kesempatan melakukan praktek dalam kelompok sehingga mereka melakukan perilaku sesuai contoh dan merasakan emosi yang menyertai perilaku. Masing-masing anggota kelompok saling memberi umpan balik, pujian, dan dorongan.

Menurut Kelly (1983, dalam Hapsari, 2010) pendekatan kelompok dalam SST dapat diberikan dalam format pendek (*workshop format*) dan dalam format panjang. Format pendek ditujukan bagi klien dengan fungsi sosial yang tergolong tinggi. Sedangkan format panjang efektif bagi klien dengan sifat pemalu yang sangat ekstrim atau individu dengan permasalahan gangguan sosial anxietas, dalam setting kelompok kecil. Kelompok kecil terdiri dari 3 sampai 8 orang. Dua hal yang sangat penting yang hendaknya diberikan dalam SST bagi klien dengan permasalahan sosial anxietas, adalah pelatihan untuk memulai percakapan dengan orang yang baru ditemui, serta membangun percakapan yang efektif dengan orang lain (Hapsari, 2010). Kelompok dibuat dengan jumlah yang seimbang antara peserta laki-laki dan perempuan untuk alasan efektifitas dan meminimalisir anxietas khususnya terhadap lawan jenis.

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

Menurut Ramdhani (2002, ¶ 6, <http://lib-ugm.ac.id/data/pubdata/ketsos.pdf>, diambil tanggal 26 Januari 2012), pelaksanaan *social skills training* dilaksanakan melalui 4 (empat) tahap, yaitu; 1) *Modelling*, yaitu tahap penyajian model dalam melakukan suatu keterampilan yang dilakukan oleh terapis; 2) *Role play*, yaitu tahap bermain peran dimana klien mendapat kesempatan untuk memerankan kemampuan yang telah dilakukan oleh terapis sebelumnya; 3) *Performance feedback*, yaitu tahap pemberian umpan balik. Umpan balik harus diberikan segera setelah klien mencoba memerankan seberapa baik menjalankan latihan; 4) *Transfer training*, yakni tahap pemindahan keterampilan yang diperoleh klien kedalam praktek sehari-hari.

Kinsep dan Nathan (2004, ¶ 5 <http://www.cci.health.wa.gov.au>) diperoleh tanggal 26 Januari 2012) mengemukakan pelaksanaan *social skills training* diawali dengan; 1) Instruksi, terapis memberikan gambaran mengenai pelaksanaan *social skills training* sehingga klien memperoleh pengetahuan terhadap aktifitas dalam *social skills training* dan termotivasi untuk melaksanakannya; 2) Rasional, terapis melakukan diskusi tentang alasan klien melakukan *social skills training* dan mengamati bagaimana respon klien terhadap pelaksanaan terapi; 3) *Discuss components*, terapis menjelaskan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam pelaksanaan *social skills training* dan memastikan klien paham terhadap apa yang disampaikan; 4) *Role play*, terapis melakukan

Universitas Indonesia

salah satu keterampilan sosial yang sering ditemui dalam berinteraksi; 5) *Review*, terapis mendiskusikan dengan klien tentang peran yang dilakukan oleh terapis/model; 6) Umpan balik positif, terapis memberikan dukungan terhadap keberhasilan yang didapatkan klien dan motivasi klien untuk menghilangkan pikiran negatif yang muncul; 7) Terapis memberikan umpan balik dengan cara yang baik, tidak bermaksud menyudutkan klien atau menolak klien, tetapi lebih mengarahkan klien ke perilaku yang lebih baik; 8) Ulangi latihan lebih lanjut, terapis minta klien untuk melakukan peran yang lebih baik sesuai dengan yang dilakukan pada waktu terapis melakukan *role play*; 9) Terapis dan klien harus jujur, mainkan 2 (dua) sampai 4 (empat) peran dalam *role model* dengan umpan balik setiap satu peran dilakukan klien; 10) Terapis meminta klien mengaplikasikan keterampilan sosial dalam kehidupan sehari-hari, hal ini dianggap sebagai pekerjaan rumah bagi klien.

Penelitian ini akan dikembangkan modul *social skills training* pada klien remaja tunarungu yang mengalami *social anxiety* dengan mengacu pada 4 (empat) tahapan *social skills training* yang dikemukakan Stuart (2009); Ramdhani (2002); yakni melatih kemampuan klien berkomunikasi, menjalin persahabatan dan menghadapi situasi sulit, dengan menggunakan metode *modelling*, *role play*, *feed back* dan *transfer training*.

Modul *social skills training* sesi 1 (satu) akan melatih kemampuan klien berkomunikasi yaitu; menggunakan bahasa tubuh yang tepat, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya untuk klarifikasi; Sesi 2 (kedua) akan melatih kemampuan klien menjalin persahabatan yakni; kemampuan memberikan pujian, meminta dan memberikan pertolongan kepada orang lain; Sesi 3 (ketiga) melatih kemampuan klien untuk terlibat

dalam aktifitas bersama dengan klien lain diruangan; Sesi 4 (keempat) melatih kemampuan klien menghadapi situasi sulit yakni; menerima kritik, menerima penolakan, minta maaf; Sesi 5 (lima) evaluasi *social skills training*.

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

Berikut ini disimpulkan teknik pelaksanaan *social skills training* yang akan dilakukan pada remaja tunarungu yaitu, SST akan dilaksanakan dalam kelompok kecil yang terdiri dari maksimal 4 orang, dan dibuat dalam format panjang, sekitar 10 kali pertemuan. Jumlah peserta seimbang antara remaja laki-laki dan perempuan untuk alasan efektifitas dan meminimalisir ansietas sosial khususnya terhadap situasi sosial dengan lawan jenis. Penelitian ini berdasarkan masing-masing sesi, yaitu: Pelaksanaan SST ini meliputi sesi 1: melatih kemampuan berkomunikasi yaitu menggunakan bahasa tubuh yang baik, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, memulai percakapan, mempertahankan dan mengakhiri percakapan, menjawab pertanyaan dan bertanya untuk klarifikasi. Sesi 2: melatih kemampuan klien menjalin persahabatan meliputi: kemampuan memberikan pujian, meminta dan memberikan pertolongan pada orang lain. Sesi 3: melatih kemampuan untuk melakukan aktifitas bersama orang lain, meliputi latihan mengikuti kegiatan dengan teman sebaya, dengan orang yang lebih tua, orang

Universitas Indonesia

yang lebih muda, dengan lawan jenis. Sesi 4: melatih kemampuan klien dalam menghadapi situasi sulit meliputi: berada di tempat umum, menerima kritik, menerima penolakan dan meminta maaf. Sesi 5: melatih kemampuan mengungkapkan pendapatannya tentang manfaat latihan keterampilan sosial.



### BAB 3

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

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

### 3.1. Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan kerangka teoritis yang dipergunakan sebagai landasan penelitian ini. Kerangka teori disusun dari teori yang sudah dikemukakan pada BAB 2. Kerangka teori ini menggambarkan tentang konsep tunarungu dan konsep *social anxiety*, serta menjelaskan terjadinya *social anxiety* pada tunarungu berdasarkan Model Stres Adaptasi Stuart. Model Stres Adaptasi Stuart tersebut meliputi faktor predisposisi (biologis, psikologis, sosial budaya), faktor presipitasi (stresor biologis, psikologis, dan sosial budaya), penilaian terhadap stresor (kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial), sumber koping (internal dan eksternal) dan mekanisme koping yang menyebabkan terjadinya *social anxiety* (Stuart, 2009).

Kerangka teori dimulai dengan menjelaskan tentang konsep tunarungu mulai dari definisi tunarungu (Winarsih, 2007; Depkes, 2010), klasifikasi tunarungu (Sadjaah, 2005; Somad, 1996), karakteristik tunarungu (Somad, 1996; Purwanto, 1998; Supartini, 2003; Suparno, 2001; Delphie, 2009; Sadjaah, 2005) dan penanganan pada tunarungu. Penjelasan dilanjutkan pada konsep *social anxiety*, dimana peneliti mengawalinya dengan menguraikan terlebih dahulu konsep teori tentang ansietas, meliputi definisi, etiologi, manifestasi, dan terapi. Kemudian saat menguraikan tentang ansietas, peneliti sekaligus memadukannya dengan konsep *social anxiety* yang terjadi pada remaja tunarungu. Uraian konsep terjadinya *social anxiety* pada remaja tunarungu menggunakan pendekatan Model Stres Adaptasi Stuart yakni faktor predisposisi (Stuart, 2009; Varcarolis, 2010; Fortinash & Worret, 2004; Fontaine, 2009; Townsend, 2009), faktor presipitasi (Stuart, 2009; Townsend, 2009), penilaian terhadap stresor (Stuart, 2009; Fontaine, 2009) sumber koping (Stuart, 2009; Townsend, 2009)

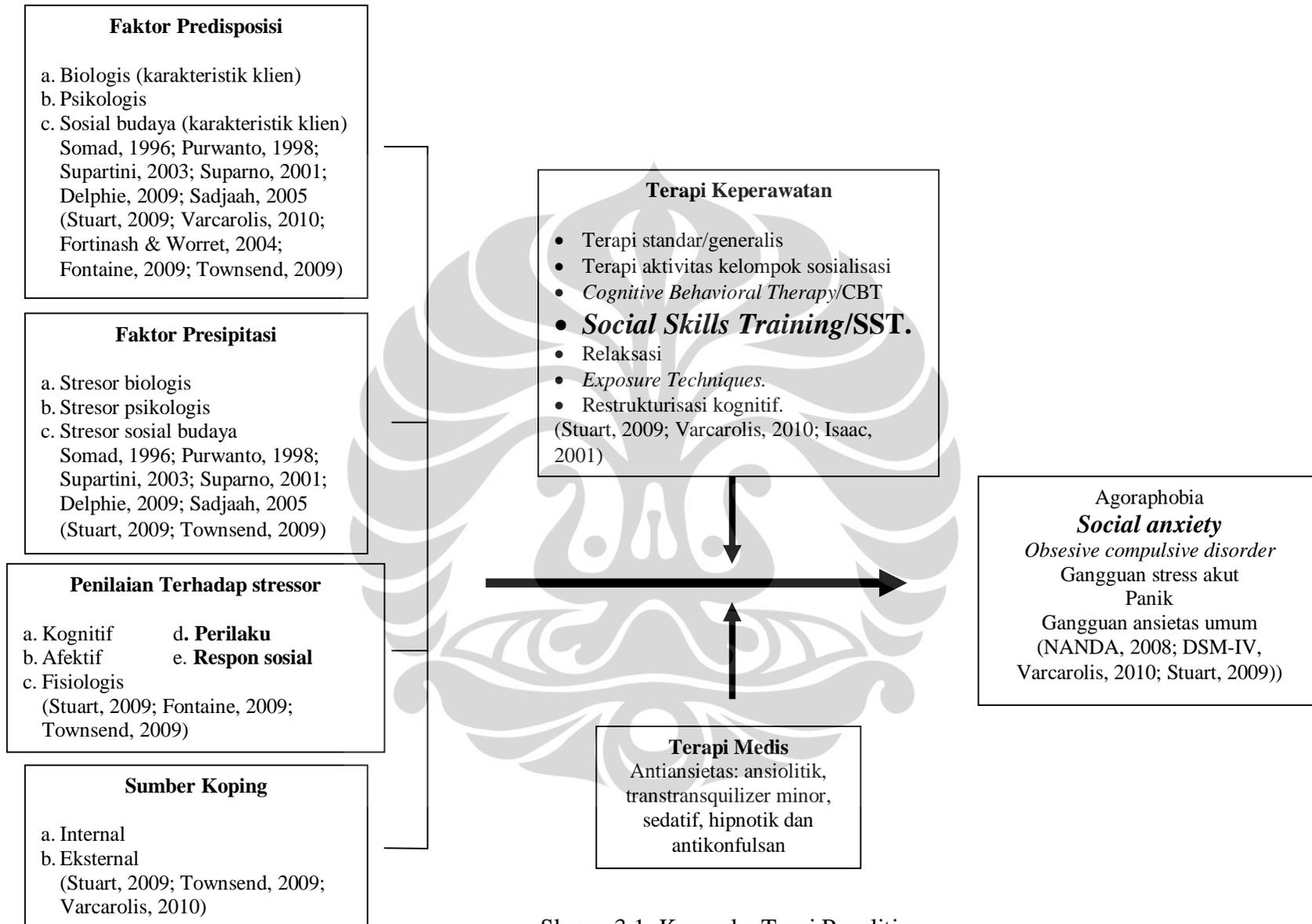
Universitas Indonesia

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

Tindakan yang dilakukan pada *social anxiety* berupa terapi medis dan terapi keperawatan. Terapi medis berupa terapi psikofarmaka (Varcarolis, 2010; Videbeck, 2008; Stuart, 2009; Kasdan, 2001). Sedangkan terapi keperawatan yang diberikan berupa terapi standar (generalis) dan terapi psikososial atau psikoterapi. Terapi standar (generalis) bertujuan untuk melatih klien ketrampilan sosial sehingga klien merasa nyaman dalam situasi sosial dan mau melakukan interaksi sosial (Renidayati, 2008; Workshop Keperawatan Jiwa, 2011; Chen, 2006; Jumaini, 2010; Mashitoh, 2011). Tindakan keperawatan berupa terapi psikososial yang dapat diberikan pada *social anxiety* meliputi *Social Skills Training* (SST) yang bertujuan untuk melatih ketrampilan sosialisasi (Ramdhani, 2002; Townsend, 2009; Fontaine, 2003; Hapsari, 2010), *Group therapy* (Fortinash & Worret, 2004; Townsend, 2009).

Chen (2006) dalam penelitiannya tentang intervensi keterampilan sosial untuk pelajar dengan masalah emosional dan perilaku, menyatakan bahwa latihan atau intervensi keterampilan sosial yang diberikan mempengaruhi emosional dan perilaku sulit untuk pelajar pada setting pendidikan umum ataupun pendidikan khusus. Herbert dan Kasdan (2001) mengembangkan *Cognitive Behaviour Therapy* dengan sub terapinya meliputi *Social Skills Training*, Relaksasi, *Exposure Techniques*, dan restrukturisasi kognitif. Diperkuat juga dengan penelitian yang dilakukan Richards (2002) bahwa *social skills training* sebagai sub terapi dari CBT dapat diberikan secara bersamaan atau secara terpisah dengan sub terapi lain, dengan berbagai metode serta teknik, ketika diterapkan sebagai treatment pada gangguan yang berbeda. Penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Renidayati (2008) tentang pengaruh SST pada klien isolasi sosial, Jumaini (2010) tentang CBSST pada klien isolasi sosial, Hapsari (2010) tentang efektifitas latihan ketrampilan sosial pada remaja yang mengalami gangguan kecemasan dan Masithoh (2011) tentang SST pada usia lanjut yang mengalami kesepian. Kerangka teori pada penelitian ini dapat dilihat pada skema 3. 1.

Universitas Indonesia



Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian

### 3.2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan bagian dari kerangka teori yang akan menjadi panduan dalam melaksanakan penelitian. Kerangka konsep dalam penelitian ini terdiri dari variabel bebas (*independen*), variabel terikat (*dependen*) dan variabel perancu (*confounding*). Variabel *dependen* dalam penelitian ini adalah *social anxiety* yang diukur dengan berdasarkan modifikasi dari *Social Anxiety Scale for Adolescent* milik La Greca (2005) dengan 20 pertanyaan dan keterampilan sosialisasi (*social skills*) untuk remaja tunarungu dengan menggunakan kuesioner dari *Minnesota Social Skills Checklist for Students who are Deaf/Hard of Hearing* berisi 40 pernyataan yang diisi oleh guru/pembimbing dengan mengamati dan berdasarkan hasil observasi pada remaja tunarungu selama berinteraksi di sekolah dan di asrama.

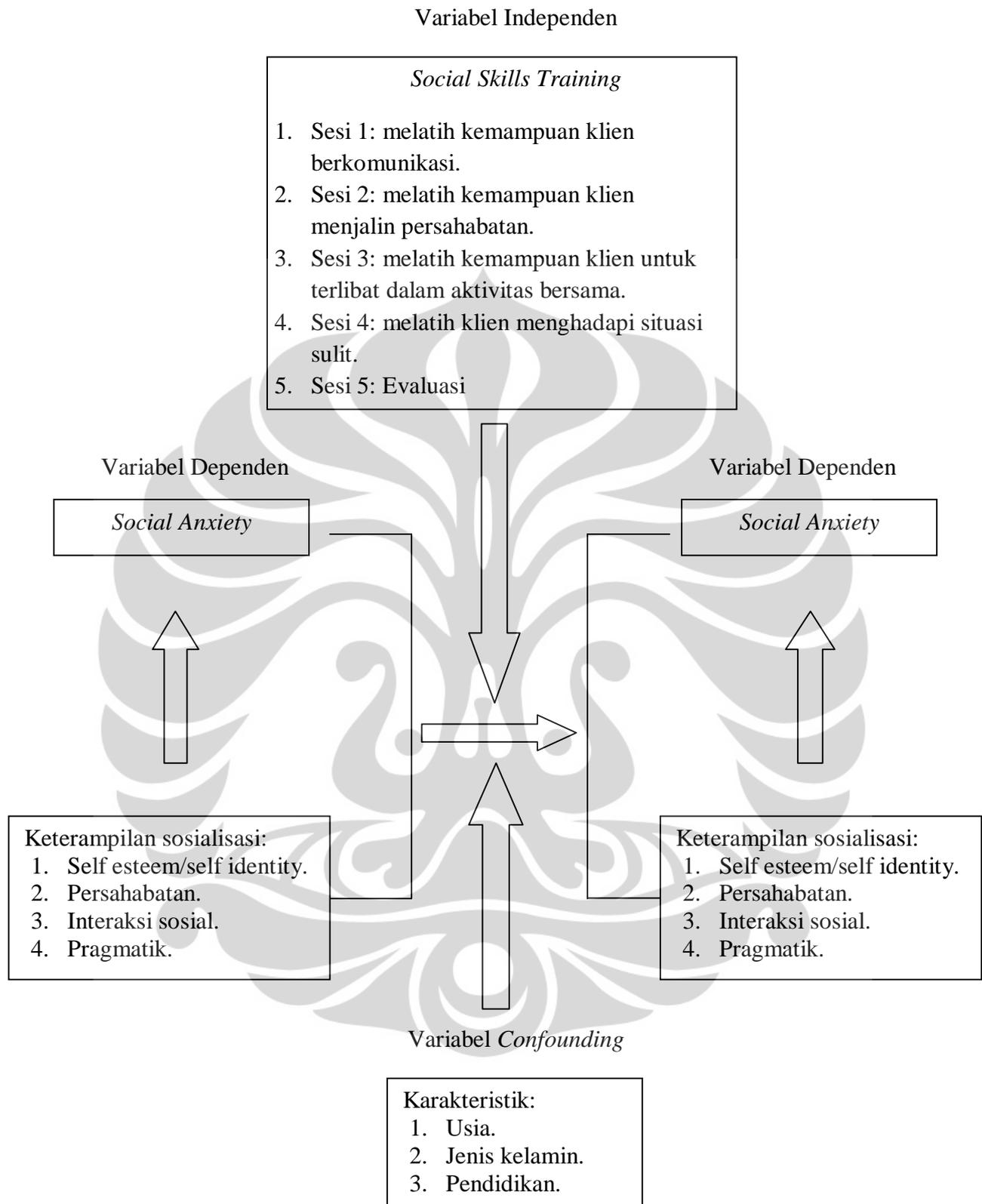
Variabel bebas (*independen*) pada penelitian ini adalah *social skills training (SST)*, untuk meningkatkan keterampilan sosialisasi remaja tunarungu yang mengalami *social anxiety*. Pelaksanaan *SST* berdasarkan pendekatan kelompok dan menggunakan modul sebagai pelaksanaan *SST* yang terdiri dari 5 (lima) sesi, dimana setiap sesinya membutuhkan waktu 60 menit. Modul *SST* yang digunakan, dibuat oleh peneliti berdasarkan modifikasi dari modul yang sudah dipergunakan di FIK UI yang dikembangkan oleh Renidayati dan Masithoh (2011) dengan buku manual untuk terapis *SST* dari Kinsep dan Nathan (2004).

Modul *SST* ini dibuat secara khusus untuk tunarungu mengingat keterbatasan pendengaran yang dialami oleh responden yang menimbulkan masalah komunikasi. *SST* terdiri dari 5 (lima) sesi, yang masing-masing menggunakan metode *modeling, role playing, feedback dan transferring training*. Meliputi 4 (empat) sesi berfokus pada kegiatan *SST*, dan 1 (satu) sesi untuk diskusi dan evaluasi manfaat *SST* yang telah dilakukan. Pelaksanaan *SST* diberikan sore hari, sesuai kontrak dengan pihak sekolah dan pengelola asrama. Semula pemberian terapi *SST* rencananya diberikan dalam kelompok kecil yaitu 4-5 orang, dengan waktu yang dibutuhkan sekitar 60 menit untuk tiap kali pertemuan, namun karena responden berkebutuhan khusus membutuhkan waktu yang lebih lama untuk memahami latihan, maka tiap kali pertemuan dilakukan

selama 120 menit (2 jam). Sesi 1 – 4, masing masing dilakukan 2 kali pertemuan kegiatan dengan anggota kelompok, sedangkan pada sesi 3 (tiga) dan 4 (empat) pada pertemuan ke dua SST dilakukan dengan remaja lain yang bukan sebagai responden, untuk dilakukan *role playing* antara remaja tunarungu dengan teman sebayanya yang tidak mengalami gangguan pendengaran.

Pelaksanaan SST ini meliputi sesi 1: melatih kemampuan berkomunikasi yaitu menggunakan bahasa tubuh yang baik, mengucapkan salam, memperkenalkan diri, memulai percakapan, mempertahankan dan mengakhiri percakapan, menjawab pertanyaan dan bertanya untuk klarifikasi. Sesi 2: melatih kemampuan klien menjalin persahabatan meliputi: kemampuan memberikan pujian, meminta dan memberikan pertolongan pada orang lain, mengucapkan terima kasih saat menerima pujian dan pertolongan dari orang lain. Sesi 3: melatih kemampuan untuk melakukan aktifitas bersama orang lain, meliputi latihan mengikuti kegiatan dengan teman sebaya, dengan orang yang lebih tua, orang yang lebih muda dan dengan lawan jenis. Sesi 4: melatih kemampuan klien dalam menghadapi situasi sulit meliputi: berada di tempat umum, menerima kritik, menerima penolakan dan meminta maaf. Sesi 5: melatih kemampuan mengungkapkan pendapatannya tentang manfaat latihan keterampilan sosial.

Sesi 2-4 diberikan dengan menggunakan 4 (empat) metoda pada SST yaitu 1) *modelling*, adalah terapis melakukan demonstrasi tindakan ketrampilan yang akan dilakukan; 2) *role-playing*, yaitu tahap bermain peran, dimana klien mendapat kesempatan untuk memerankan kemampuan/ketrampilan yang telah dilakukan/diperankan oleh terapis; 3) *performance feedback*, yaitu tahap pemberian umpan balik. Umpan balik harus diberikan segera setelah klien mencoba memerankan seberapa baik menjalankan latihan; dan 4) *transfer training*, yakni tahap pemindahan ketrampilan yang diperoleh klien ke dalam praktik sehari-hari.



Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian

### 3.3 Hipotesis Penelitian.

Hipotesis adalah pernyataan awal peneliti mengenai hubungan antara variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian (Dharma, 2011). Berdasarkan kerangka konsep penelitian, dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut:

- a. Ada pengaruh pemberian *social skills training* terhadap keterampilan sosialisasi pada remaja tunarungu.
- b. Ada pengaruh pemberian *social skills training* terhadap *social anxiety* pada remaja tunarungu.
- c. Ada hubungan antara keterampilan sosialisasi dengan *social anxiety* pada remaja tunarungu.
- d. Ada hubungan antara karakteristik remaja tunarungu yang berkontribusi terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety*.

### 3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena (Hidayat, 2007). Variabel yang diukur harus didefinisikan secara operasional supaya mempermudah dalam pencarian hubungan antara satu variabel dengan variabel yang lain dan dalam pengukurannya. Definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian diuraikan pada tabel-tabel di bawah ini.

**Tabel 3.1.**  
**Definisi Operasional Variabel *Confounding***

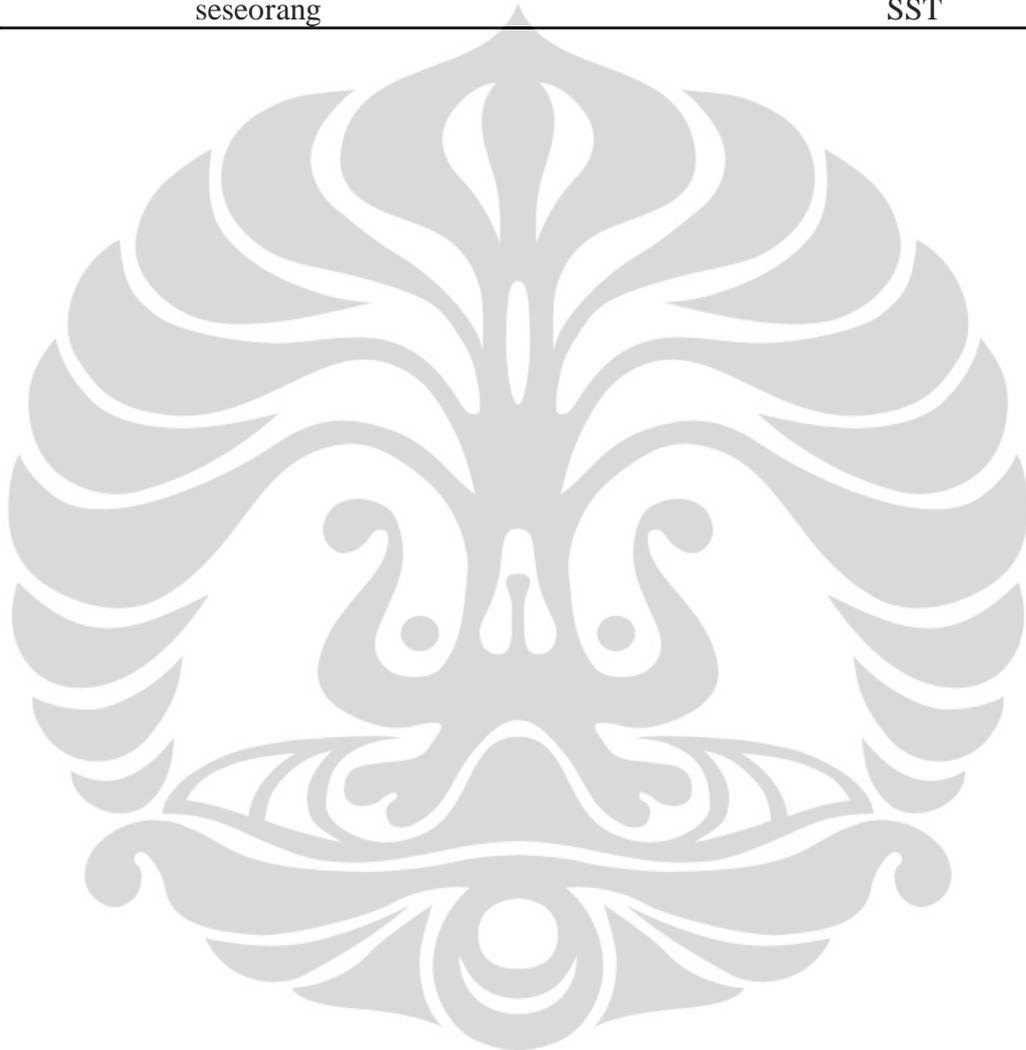
No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Usia	Rentang hidup seseorang dihitung mulai tahun dilahirkan sampai ulang tahun terakhir.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang usia responden	Usia dalam tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Identitas seksual seseorang yang ditunjukkan dengan ciri-ciri fisik.	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang jenis kelamin responden	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Tingkat pendidikan yang ditempuh seseorang pada saat pengisian kuesioner	Satu item pertanyaan dalam kuesioner A tentang pendidikan responden	1. SD 2. SMP 3. SMA	Ordinal

**Tabel 3.2**  
**Definisi Operasional Variabel *Dependent***

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Keterampilan sosialisasi	Suatu keterampilan yang dimiliki seseorang dalam menjalin interaksi dengan orang lain.	Checklist terdiri dari 40 pernyataan dengan pilihan jawaban: 1. Jarang 2. Kadang-kadang 3. Sering	Skor dari item pernyataan dari rentang 40 sampai dengan 120	Interval
2	<i>Social anxiety</i>	Perasaan tidak nyaman yang tidak diketahui sebabnya saat melakukan interaksi dengan orang lain.	Kuesioner <i>Social Anxiety Scale</i> dengan 20 pertanyaan dengan pilihan jawaban: 1. Tidak pernah sama sekali. 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Sangat sering 5. Setiap saat	Skor dari item pertanyaan dari rentang 20 sampai dengan 100.	Interval

**Tabel 3.3**  
**Definisi Operasional Variabel *Independent***

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	<i>Social Skills Training (SST)</i>	Serangkaian kegiatan latihan yang dilakukan untuk meningkatkan keterampilan sosialisasi seseorang	Checklist	1. Dilakukan SST 2. Tidak dilakukan SST	Nominal



## BAB 4

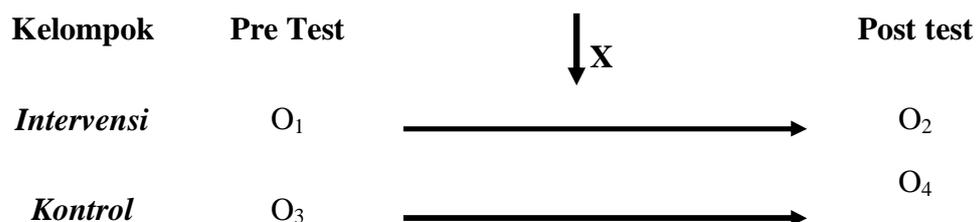
### METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metodologi penelitian yang terdiri dari desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, uji coba instrumen, prosedur pelaksanaan penelitian serta analisis data.

#### 4.1 Desain penelitian

Desain penelitian adalah model atau metode yang digunakan peneliti untuk melakukan suatu penelitian yang memberikan arah terhadap jalannya penelitian (Dharma, 2011). Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah "*Quasi experimental pre-post test with control group*" dengan intervensi *social skills training* (SST).

Penelitian dilakukan bertujuan untuk mengetahui perubahan keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu sebelum dan sesudah diberikan perlakuan berupa terapi SST dan penelitian juga membandingkan dua kelompok remaja tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo yang dibagi menjadi kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Menurut Arikunto (2005) bahwa penilaian atau observasi pada penelitian dengan menggunakan desain ini akan dilakukan sebanyak dua kali, yaitu sebelum dan sesudah eksperimen (*pre test dan post test*). Perbedaan antara *pre dan post test* dianggap efek dari *treatment*. Skema 4.1 berikut ini memberikan gambaran tentang desain penelitian yang dilakukan.



Skema 4.1 Desain Penelitian *Quasi Experimental*

### Pendekatan *Pre-Post Test Design*

#### Keterangan:

- X : Intervensi (*social skills training/SST*)
- O1 : Keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu kelompok intervensi **sebelum** diberikan terapi SST (*pre test*).
- O2 : Keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu kelompok intervensi **sesudah** diberikan terapi SST (*post test*).
- O3 : Keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu kelompok kontrol **sebelum** kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi SST (*pre test*).
- O4 : Keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu kelompok kontrol **setelah** kelompok intervensi mendapat perlakuan terapi SST (*post test*).
- O2 – O1: Perbedaan keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu kelompok intervensi **sebelum** diberikan terapi SST (*pre test*) dan **sesudah** diberikan terapi SST (*post test*).
- O4 – O3: Perbedaan keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu kelompok kontrol **sebelum** kelompok intervensi diberikan terapi SST (*pre test*) dan **sesudah** kelompok intervensi diberikan terapi SST (*post test*).
- O1 – O3: Perbedaan keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol **sebelum** diberikan terapi SST (*pre test*).
- O2 – O4: Perbedaan keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol **setelah** diberikan terapi SST (*post test*).

## 4.2 Populasi dan sampel

### 4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan unit analisis yang karakteristiknya akan diduga (Sabri & Hastono, 2010). Populasi adalah sekelompok subyek atau data dengan karakteristik tertentu. Populasi dibagi menjadi dua,

yaitu 1) Populasi target (*target population*) merupakan sasaran akhir penerapan hasil penelitian; 2) Populasi terjangkau (*accessible population*) atau populasi sumber (*source population*) adalah bagian dari populasi target yang dapat dijangkau oleh peneliti (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi pada penelitian ini adalah seluruh penyandang tunarungu di SLB Karya Bhakti sebanyak 125 orang dan SLB Dena Upakara sebanyak 135 orang, setelah dilakukan screening didapat 77 orang remaja tunarungu di kedua SLB tersebut.

#### 4.2.2 Sampel

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

- a. Siswa SLB-B, yaitu sekolah luar biasa khusus untuk penyandang tunarungu.
- b. Berusia antara 12-20 tahun (sesuai dengan kriteria usia remaja menurut Eric Ericson, dalam Varcarolis, 2010).
- c. Bisa membaca dan menulis, dengan meminta responden untuk membaca kalimat yang ditulis oleh peneliti, kemudian diminta untuk menuliskannya kembali.
- d. Dapat menggunakan teknik komunikasi oral, dengan membaca gerak bibir, dan menggunakan bahasa tubuh.
- e. Bersedia menjadi responden dengan menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.

Kriteria eksklusi sampel dalam penelitian ini adalah siswa yang mengalami jenis kecacatan lain yang menyertai tunarungu seperti, tunanetra, tunagrahita, tunadaksa, tunalaras, autis dan tunaganda.

Penghitungan besar sampel minimal berdasarkan hasil perhitungan menggunakan uji perbedaan antara dua rata – rata dengan derajat

kemaknaan 5 %, kekuatan uji 95% dan uji hipotesis dua sisi (Lemeshow, dkk, 1997) dihitung berdasar rumus besar sampel sebagai berikut :

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

Keterangan:

n : besar sampel

$\sigma$  : standar deviasi 2

$\mu_1$  : rata-rata setelah dilakukan intervensi

$\mu_2$  : rata-rata sebelum dilakukan intervensi

$\mu_1 - \mu_2$  : selisih rata-rata setelah dan sebelum intervensi adalah 1,5  
(Masithoh, 2011)

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

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

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

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

Mengantisipasi adanya *drop out*, *loss to follow up* atau subyek yang tidak taat dalam proses penelitian pada studi *quasi experimental*, dilakukan dengan cara memperbesar taksiran ukuran sampel agar presisi penelitian tetap terjaga. Rumus untuk mengantisipasi berkurangnya subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2010) ini adalah :

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

Keterangan :

$n'$  : Ukuran sampel setelah revisi

$n$  : Ukuran sampel asli

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

maka :

$$n = \frac{28}{1-0,1} = \frac{28}{0,9} = 31,11 \text{ dibulatkan menjadi } 32$$

Berdasarkan rumus diatas, maka jumlah sampel akhir yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 31 responden untuk setiap kelompok (31 kelompok intervensi dan 31 untuk kelompok kontrol), untuk memenuhi jumlah responden yang memadai dalam melakukan analisis multivariat, maka peneliti membulatkan jumlah responden menjadi 32 untuk tiap kelompok. Sehingga jumlah total sampel adalah 64 responden. Distribusi sampel dalam penelitian ini terdiri dari klien laki-laki dan perempuan pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol.

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan cara pemilihan sampel yang sesuai pada penelitian *quasi experiment* (Sugiyono, 2008). Kemungkinan didapatkannya sampel yang tidak sama persis antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dalam penelitian *quasi experiment* karena subyek penelitian ini adalah manusia. Sehingga diupayakan homogenitas dari kedua kelompok, yaitu dengan menetapkan kriteria inklusi dalam pemilihan sampel.

Saat melakukan *screening* untuk memilih sampel yang memenuhi kriteria inklusi, jumlah siswa yang berada pada tingkat usia remaja sebanyak 77 orang dengan rincian, 38 orang di SLB Karya Bhakti dan

39 orang di SLB Dena Upakara. Jumlah tersebut terpaut sedikit dari besar sampel dari hasil perhitungan yang telah ditetapkan yaitu 32 orang, sehingga diputuskan untuk mengambil total populasi target yang ada. Kegiatan penentuan sampel ini dilakukan dengan melibatkan kepala sekolah dan guru pembimbing/pendamping yang ditunjuk oleh pihak sekolah, serta diketahui dan telah mendapat ijin dari ketua yayasan sekolah tersebut.

Saat pelaksanaan penelitian, diperoleh sampel 76 orang, sampel mengalami pengurangan karena saat dilakukan *pre test* 1 (satu) orang responden di SLB Dena Upakara tidak mengikuti dikarenakan dijemput keluarganya untuk pulang ke luar Jawa. Sampel yang sudah diperoleh kemudian dibagi menjadi 38 orang berada di kelompok intervensi dan 38 orang berada di kelompok kontrol. Kelompok intervensi adalah remaja tunarungu yang diberikan terapi SST, sedangkan kelompok kontrol adalah remaja tunarungu yang tidak diberikan terapi SST, namun diberikan leaflet tentang keterampilan sosialisasi untuk usia remaja setelah dilakukan *post test*.

Penentuan responden yang masuk ke dalam kelompok intervensi dan kelompok kontrol dilakukan dengan pertimbangan bahwa kedua sekolah tersebut mempunyai karakteristik yang berbeda. SLB karya bhakti merupakan SLB yang seluruh siswanya laki-laki dan SLB Dena Upakara merupakan sekolah tunarungu untuk siswa perempuan. Pertimbangan bahwa distribusi sampel harus terdiri dari laki-laki dan perempuan, maka untuk menghindari terjadinya bias, peneliti membagi kelompok berdasarkan letak asrama yang dihuni oleh responden. Sehingga kemungkinan untuk bertemunya antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sangat kecil. Hal ini dikarenakan adanya kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada satu sekolah. Penghuni asrama terdiri dari siswa-siswa yang duduk di bangku sekolah dalam tingkatan pendidikan yang sama.

### 4.3 Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di SLB Karya Bhakti dan Dena Upakara Kabupaten Wonosobo, merupakan dua SLB yang sudah berdiri sejak 75 tahun dan mempunyai peserta didik yang cukup banyak. SLB Karya Bhakti merupakan SLB yang mendidik siswa putra dengan jumlah siswa 125 orang dan memiliki tenaga pengajar sekitar 33 orang. SLB Dena Upakara merupakan tempat pendidikan siswa tunarungu putri dengan jumlah siswa 135 orang dan memiliki tenaga pendidik serta pengelola sebanyak 70 orang terdiri dari guru dan tenaga bantu di sekolah maupun di asrama. Kedua SLB tersebut merupakan sekolah yang menyediakan asrama bagi peserta didiknya, selain memberikan pendidikan sesuai dengan kurikulum sekolah, juga diberikan pendidikan non akademik seperti latihan keterampilan seni dan ketrampilan-keterampilan tambahan lainnya yang dibutuhkan untuk meningkatkan kemampuan hidup mandiri siswa-siswinya setelah lulus sekolah dan bermasyarakat.

### 4.4 Waktu penelitian

Secara keseluruhan kegiatan penelitian ini berlangsung sejak bulan Februari hingga bulan Juni 2012. Diawali dengan kegiatan penyusunan proposal, uji coba instrumen, pengumpulan data, dilanjutkan dengan pengolahan hasil dan penulisan laporan penelitian. Pengambilan data mulai dari uji coba instrumen hingga *post test* dilaksanakan selama 5 (lima) minggu, mulai akhir bulan April sampai dengan awal bulan Juni 2012. Kegiatan *post-test* dilakukan pada tanggal 2 juni 2012 atau setelah kurang lebih sekitar 1 (satu) minggu setelah sesi ke-5 (lima) diberikan, dengan pertimbangan untuk memberikan kesempatan responden mengaplikasikan latihan yang telah diberikan (lampiran 1).

### 4.5 Penerapan Konsep Etik pada Penelitian

Hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian dilindungi dalam kode etik penelitian, maka penelitian diawali dengan pengajuan uji kaji etik oleh peneliti kepada Komite Etik Penelitian Keperawatan Fakultas Ilmu

Keperawatan Universitas Indonesia untuk memenuhi ketentuan etika penelitian dan mendapat persetujuan untuk pelaksanaan penelitian ini (lampiran 2). Selanjutnya dilakukan *expert validity* untuk menilai modul oleh tim keperawatan kesehatan jiwa dan telah mendapat persetujuan untuk dipergunakan dalam penelitian (lampiran 3). Kemudian peneliti telah menempuh uji kompetensi yang dilakukan oleh tim keperawatan kesehatan jiwa untuk menilai kemampuan standar dalam melakukan terapi SST dengan 4 (empat) sesi terapi dan dinyatakan telah lolos uji kompetensi (lampiran 4). Beberapa hal di atas sebagai salah satu bentuk tanggung jawab mendasar bagi peneliti sebelum melakukan penelitian adalah diperlukan surat izin penelitian (Brockopp & Tolsma, 2000). Selanjutnya peneliti mengurus surat permohonan penelitian di Dinas Pendidikan Kabupaten Wonosobo. Setelah mendapat persetujuan, peneliti mengkoordinasikan pelaksanaan penelitian dengan Kepala sekolah SLB tempat penelitian (lampiran 5).

Selama melakukan penelitian, peneliti telah memegang prinsip *scientific attitude* (sikap ilmiah) dan etika penelitian keperawatan dengan mempertimbangkan aspek sosioetika dan harkat kemanusiaan. Prinsip pertama, mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapat informasi terkait kegiatan penelitian serta kebebasan menentukan pilihan atau bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian (*autonomy*) (Fontaine, 2009). Peneliti menjelaskan cara-cara pengisian kuesioner kepada responden dan memberikan kesempatan kepada responden untuk mengajukan pertanyaan pada hal-hal yang tidak dipahami berkenaan dengan pengisian kuesioner dan sampai pada pelaksanaan terapi. Subyek penelitian merupakan penyandang tunarungu sehingga untuk mengantisipasi hambatan komunikasi dalam proses penelitian, maka peneliti menyertakan 1 orang guru pendamping yang *expert* dalam kemampuan bahasa isyarat atau terampil menggunakan komunikasi oral (lampiran 6).

Setiap responden diberi hak penuh untuk menyetujui atau menolak menjadi responden dengan cara menandatangani *informed consent* atau surat

pernyataan kesediaan yang telah disiapkan oleh peneliti. Saat penandatanganan *informed consent*, responden didampingi oleh guru pembimbing yang ditunjuk oleh pihak sekolah sebagai penanggung jawab selama proses penelitian (lampiran 7).

Prinsip kedua, tidak menampilkan informasi nama responden dalam kuesioner serta format evaluasi untuk menjamin anonimitas (*anonymous*). Kerahasiaan (*confidentiality*) dilakukan untuk menjaga rahasia identitas responden dan informasi yang diberikan (Fontaine, 2009). Semua catatan dan data responden disimpan sebagai dokumen penelitian, untuk kemudian dimusnahkan setelah dokumen tersebut tidak digunakan. Peneliti menggunakan kode yang diisi oleh peneliti. Guru pendamping yang menyertai selama proses penelitian, akan diminta untuk menandatangani surat pernyataan bahwa akan menjaga rahasia terkait dengan informasi yang diberikan oleh responden untuk menjaga prinsip etik ini.

Prinsip ketiga, keadilan (*justice*) yaitu dengan memberikan perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (Townsend, 2009). Remaja tunarungu pada kelompok intervensi diberikan terapi SST dan kelompok kontrol diberikan leaflet yang berisi tentang keterampilan sosialisasi untuk usia remaja setelah post test diberikan pada kedua kelompok. Prinsip keempat, memaksimalkan hasil yang bermanfaat (*beneficence*) dan meminimalkan hal merugikan (*nonmaleficence*) yaitu dengan cara melakukan terapi SST sesuai dengan modul dan panduan yang telah disusun dan disetujui oleh penguji, serta telah melalui uji *expert validity* (lampiran 8).

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

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

#### 4.6.1 Kuesioner A (Karakteristik Responden)

Merupakan instrumen untuk mendapatkan gambaran karakteristik responden. Data karakteristik responden masuk dalam lembar kuesioner A, terdiri dari 3 (tiga) pertanyaan, yaitu: usia, jenis kelamin, dan pendidikan. Diisi dengan cara memberi tanda *check list* (√) pada jawaban yang dipilih oleh responden pada tempat yang telah disediakan (lampiran 9).

#### 4.6.2 Kuesioner B (*Social Anxiety*)

Instrumen untuk mengukur tingkat *social anxiety* pada remaja tunarungu yaitu dengan menggunakan *Social Anxiety Scale for Adolescent* milik La Greca (2005) dengan melakukan modifikasi beberapa item pernyataan yang disesuaikan dengan tujuan penelitian dan kemampuan subyek penelitian dalam memahami bahasa. Kemampuan mendengarnya yang terbatas maka akan mempengaruhi kemampuan dalam segi bicara dan bahasa, maka perlu dilakukan modifikasi untuk menggunakan bahasa-bahasa yang sederhana dan singkat namun tetap sebagai kalimat yang lengkap (lampiran 10).

Instrumen ini terdiri atas 20 pernyataan dengan menggunakan skala likert (1-5) dengan rentang nilai 20-100, rentang skor instrumen ini dengan pengkategorian *social anxiety* ringan 20-34, sedang 35-50, dan berat diatas 50. Responden memberikan tanda (√) pada salah satu dari 5 alternatif jawaban yang paling sesuai dengan pengalaman responden, pernyataan *unfavourable* jika responden memilih pernyataan tidak pernah sama sekali diberi nilai 1; kadang-kadang diberi nilai 2, sering diberi nilai 3 (melakukan 3-4 kali dalam seminggu); sangat sering diberi nilai 4 (melakukan 5 kali dalam seminggu); dan setiap saat diberi nilai 5 (setiap hari melakukannya). *Unfavourable* terdapat pada item pernyataan 1,2,3,4,6,7,8,10,12,13,14,15,16,17,18,19, dan 20. Sedangkan pernyataan *favourable* terdapat pada item pernyataan 5, 9,

dan 11, jika responden memilih pernyataan: tidak pernah sama sekali diberi nilai 5, kadang-kadang diberi nilai 4, sering diberi nilai 3, sangat sering diberi nilai 2, setiap saat diber nilai 1. Pengukuran akan dilakukan sebelum diberikan terapi SST dan seminggu sesudah diberikan terapi SST sesi 5 (lima) berakhir.

#### 4.6.3 Kuesioner C (Keterampilan sosialisasi)

Instrumen untuk mengukur tentang keterampilan sosialisasi meliputi tingkah laku responden terkait dengan keterampilannya berhubungan dengan orang lain. Kuesioner ini dikembangkan oleh peneliti sendiri dengan mengacu kepada teori dan konsep Townsend, 2009; NANDA, 2010; Fortinash, 1999; memodifikasi kuesioner dari *Minnesota Social Skills Checklist for Students who are Deaf/Hard of Hearing*. Kuesioner terdiri dari 40 pernyataan dengan rentang skor antara 40-120 dengan nilai cut of point 84,1 yang artinya apabila remaja tunarungu mendapat skor dibawah 84,1 dikatakan mempunyai keterampilan sosialisasi kurang, sedangkan bila skor lebih dari 84,1 berarti remaja tunarungu mempunyai keterampilan sosialisasi yang baik (lampiran 11).

Kuesioner ini diisi oleh 1 orang guru atau pembimbing yang ditunjuk oleh pihak sekolah dan dianggap sebagai orang yang paling mengerti dengan kehidupan dan perilaku responden selama menempuh pembelajaran di SLB dan di asrama. Kuesioner terdiri dari 4 sub penilaian yaitu *self esteem/self identity*, persahabatan, interaksi sosial, dan pragmatik. Guru yang telah ditunjuk pihak sekolah diminta untuk memberi tanda (√) pada salah satu pernyataan yang menurutnya sesuai dengan hasil pengamatan dan observasi pada responden. Jika menurut kolektor data, pernyataan tersebut jarang dilakukan responden, maka nilainya 1, jika kadang-kadang dilakukan nilainya 2, dan apabila sering dilakukan nilainya 3.

## 4.7 Uji coba instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Uji coba instrumen dilakukan pada 30 orang yang memiliki karakteristik yang hampir sama dengan subyek penelitian yaitu remaja tunarungu di SLB YPPALB Kota Magelang. Responden yang dipergunakan untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden penelitian.

### 4.7.1 Uji Validitas

Validitas artinya sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Hastono, 2007). Pengujian validitas instrumen dilakukan dengan cara menganalisis item pengamatan dimana skor yang ada pada setiap item pernyataan dikorelasikan dengan skor total. Uji validitas instrumen keterampilan sosialisasi dan sosial anxiety menggunakan uji korelasi *Pearson Product Moment* dengan keputusan uji bila  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel maka item pengamatan dinyatakan valid. Bila  $r$  hitung lebih kecil dari  $r$  tabel maka item pengamatan dinyatakan tidak valid (Notoatmodjo, 2008).

Saat dilakukan uji validitas pertama pada kuesioner B (*social anxiety*) ditemukan 9 (sembilan) item pertanyaan yang tidak valid yaitu pertanyaan nomor 2, 3, 5, 10, 11, 12, 14, 16, 18. Setelah dilakukan perubahan dan penyederhanaan kata, dalam konteks kalimat pada nomor tersebut dan diujicobakan kembali, sehingga seluruh item pernyataan pada instrumen *social anxiety* ini valid dengan nilai  $r$  hasil  $> r$  tabel (0,361). Sedangkan untuk kuesioner C (keterampilan sosialisasi), sejak dilakukan uji instrumen pertama kali semua item pernyataan valid dengan nilai  $r$  hasil  $> r$  tabel (0,361).

### 4.1.7 Uji Reliabilitas

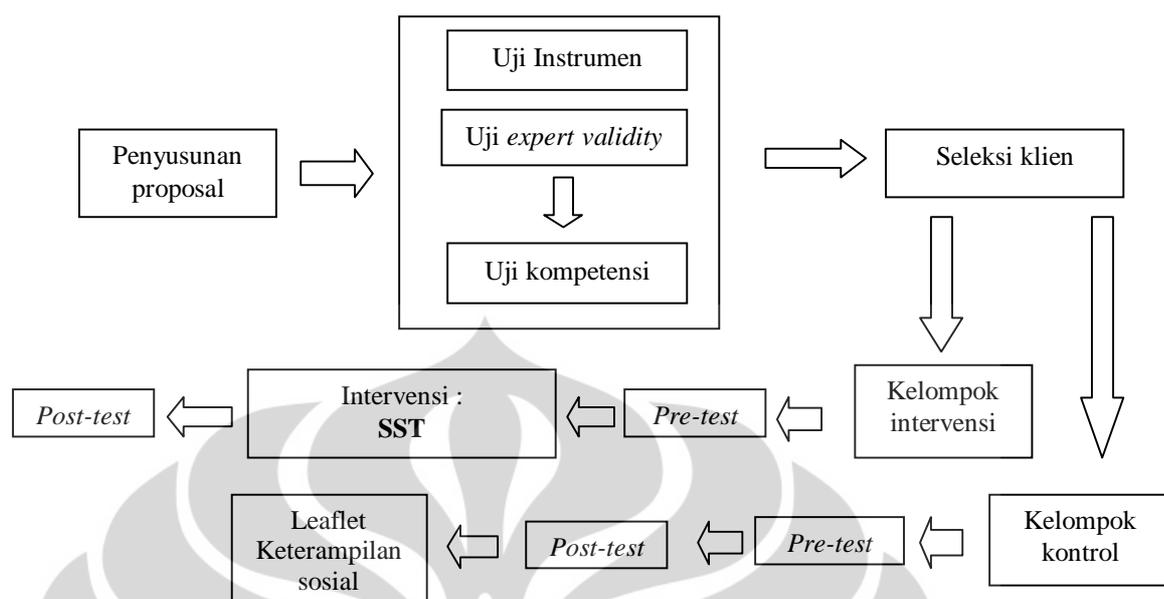
Reliabilitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau

lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hastono, 2007). Menurut Sugiyono (2006) instrumen penelitian dinyatakan memenuhi reliabilitas dengan cara diuji menggunakan *Alfa Cronbach* dan nilai *r* tabel. Dempsey (2002) menjelaskan bahwa reliabilitas suatu konstruk variabel dikatakan baik jika *Alfa Cronbach*  $> 0,60$ .

Instrumen pengukuran *social anxiety* dan keterampilan sosialisasi yang telah dinyatakan valid kemudian dilakukan uji reliabilitas dan hasilnya semua pernyataan reliabel dengan nilai *Alfa Cronbach* pada instrumen B yaitu 0,910 ( $>0,60$ ) dan pada instrumen C yaitu 0,977 ( $>0,60$ ). Disimpulkan bahwa instrumen yang digunakan dalam penelitian ini baik instrumen B (*social anxiety*) maupun instrumen C (keterampilan sosialisasi) dinyatakan valid dan reliabel.

#### **4.8 Prosedur Pelaksanaan Penelitian**

Prosedur pelaksanaan penelitian akan menguraikan tentang proses penelitian yang meliputi persiapan penelitian dan pelaksanaan penelitian. Secara umum tampak pada skema 4.2 yang menggambarkan pelaksanaan penelitian sejak penyusunan proposal sampai intervensi atau pelaksanaan penelitian.



Skema 4.2 Kerangka kerja pelaksanaan penelitian pengaruh SST terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* pada remaja tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo tahun 2012

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

#### 4.8.1 Tahap Persiapan.

Penelitian dilaksanakan setelah melalui prosedur lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan/Kesehatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (lampiran 2), lulus uji *expert validity* modul terapi SST (lampiran 3) dan lulus uji kompetensi terapi SST (lampiran 4) serta prosedur administrasi di Dinas Pendidikan dan SLB di wilayah tempat penelitian akan dilakukan (lampiran 5).

Uji *expert validity* modul terapi SST dilakukan dengan melakukan konsultasi pada pakar keperawatan jiwa FIK UI selama proses penyusunan modul untuk menjamin kelayakan modul yang akan digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan terapi SST khusus

bagi remaja tunarungu untuk kelompok intervensi. Setelah modul dinyatakan layak untuk dipergunakan selanjutnya peneliti menempuh uji kompetensi oleh tim penguji keperawatan jiwa FIK UI. Uji kompetensi dilakukan untuk menjamin peneliti mampu memberikan terapi SST secara tepat dan sesuai prosedur dalam modul yang telah disusun.

#### **4.8.2 Tahap Administrasi.**

Selanjutnya peneliti menyampaikan surat permohonan izin uji coba instrumen dan izin penelitian dari Dekan FIK UI. Surat uji coba instrumen ditujukan kepada Dinas Pendidikan wilayah Magelang, Jawa Tengah serta tembusan kepada Kepala Sekolah SLB YPPALB Magelang. Sedangkan surat izin penelitian ditujukan kepada Dinas Pendidikan Pemuda dan Olahraga wilayah Wonosobo serta tembusan kepada Kepala sekolah SLB Karya Bhakti dan SLB Dena Upakara.

#### **4.8.3 Teknis Pelaksanaan Penelitian**

Tahap pelaksanaan penelitian akan diuraikan mulai dari pengarahan pada kolektor data dan guru pendamping, penentuan responden, pre test, proses terapi SST pada kelompok intervensi, post tes dan terakhir pengelolaan kelompok kontrol.

4.8.3.1 Penyamaan persepsi dengan kolektor data yaitu 2 orang mahasiswa D3 Keperawatan yang nantinya akan mengambil data pada saat *pre-test* dan *post test*, dan guru pendamping yang akan mendampingi peneliti selama proses penelitian berlangsung.

4.8.3.2 Responden yang sesuai dengan kriteria inklusi diambil sebagai sampel penelitian dan dengan teknik *total sampling*, didapatkan responden sejumlah 76 orang terbagi menjadi 38

kelompok intervensi dan 38 kelompok kontrol. Selanjutnya responden diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan konsekuensi menjadi responden penelitian. Remaja tunarungu yang bersedia menjadi responden selanjutnya diminta untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).

Jumlah sampel seimbang berada di kedua SLB tersebut, yaitu 38 orang di SLB Karya Bhakti dan 38 orang di SLB Dena Upakara. Sampel yang diperoleh selanjutnya dibentuk kelompok, dengan teknik pembagian kelompok ditentukan berdasarkan letak asrama yang kemudian dilakukan *random sampling*. Penentuan kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada kedua SLB tersebut dihasilkan 4 kelompok intervensi di asrama putri dan 5 kelompok intervensi di asrama putra. Sedangkan untuk kelompok kontrol terdapat 5 kelompok di asrama putri dan 4 kelompok di asrama putra. Lebih jelasnya ditampilkan dalam tabel 4.1

Tabel 4.1. Pemetaan Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Penelitian Pengaruh SST terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* Remaja Tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo Mei-Juni 2012

Lokasi	Kelompok	Asrama	Jumlah awal	Drop out	Jumlah akhir
SLB Dena Upakara	Intervensi	3	14	-	14
		4	10	-	10
	<b>Total</b>		<b>24</b>	-	<b>24</b>
	Kontrol	1	16	-	16
2		9	-	9	
	<b>Total</b>		<b>25</b>	-	<b>25</b>
SLB Karya Bhakti	Intervensi	3	14	-	14
		2	10	-	10
	<b>Total</b>		<b>14</b>	-	<b>14</b>
	Kontrol	1	13	-	13
<b>Total</b>			<b>13</b>	-	<b>13</b>

#### 4.8.3.3 *Pre-test*

Responden yang sudah terpilih pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol selanjutnya dilakukan *pre-test* untuk mengetahui data karakteristik responden (kuesioner A), *social anxiety* (kuesioner B) dan keterampilan sosialisasi (kuesioner C). Kuesioner A dan kuesioner B diisi oleh responden, sedangkan kuesioner C diisi oleh guru pendamping yang ditunjuk oleh pihak sekolah dan dianggap paling memahami karakter dan perilaku responden. *Pre-test* dilakukan bersamaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol oleh kolektor data pada tanggal 30 April 2012.

#### 4.8.3.4 Intervensi

Pemberian intervensi terapi SST dilakukan oleh peneliti sendiri dengan melakukan pertemuan setiap hari. Kelompok intervensi diberikan terapi SST sebanyak 5 (lima) sesi. Setiap sesi dilakukan selama 120 menit atau 2 (dua) jam. Sesi 1-4 dilakukan 2 kali pertemuan. Berikut ini adalah hasil yang diperoleh dari kegiatan terapi SST:

Sesi 1 (satu), teridentifikasi kemampuan remaja tunarungu dalam menilai dan mengungkapkan tentang siapa dirinya (identitas diri), seperti menyebutkan nama lengkap dan nama panggilan yang disukainya, umur dan kegiatan yang disukainya. Remaja tunarungu cenderung malu saat diminta untuk menyebutkan tentang dirinya, mereka mengatakan malu, dan takut jika dianggap sombong. Mereka juga merasa kesulitan saat menemukan kelebihan yang dimilikinya, namun dengan adanya kegiatan secara berkelompok maka dapat membantu antara satu sama lain

untuk saling menyebutkan kelebihan dan kekurangan teman-temannya. Kemampuan remaja tunarungu untuk menirukan dan mempraktekkan latihan komunikasi dasar verbal dan non verbal, baik secara berpasangan maupun dalam kelompok, tidak ditemukan kesulitan. Beberapa orang yang mengalami kesulitan memahami instruksi dari peneliti, mendapat bantuan untuk melatih keterampilan komunikasi dasar dari anggota kelompok yang lain.

Sesi 2 (dua), teridentifikasi kemampuan remaja tunarungu untuk menjalin persahabatan dengan mengucapkan terima kasih saat menerima sesuatu baik itu berupa pemberian sebuah benda, atau jasa yang diberikan oleh orang lain. Remaja tunarungu mampu mempraktekkan dengan baik latihan untuk meminta pertolongan kepada orang lain. Mereka mengungkapkan malu untuk menawarkan pertolongan kepada orang yang baru dikenalnya atau orang yang tidak ia kenal yang baru ditemuinya. Remaja tunarungu menyampaikan bahwa rasa malu itu muncul karena mereka merasa takut bila ditolak, atau tidak mampu memberi pertolongan pada orang lain.

Kegiatan sesi 3 (tiga) terdapat variasi pada pertemuan pertama dengan kedua, dimana saat pertemuan pertama remaja tunarungu melatih keterampilan yang diajarkan bersama antar anggota kelompok remaja tunarungu. Sedangkan pada pertemuan kedua, peneliti memberikan kegiatan bermain bersama dengan dengan remaja lawan jenis yang bukan tunarungu. Metode yang diberikan pada sesi 3 (tiga) ini, dilakukan juga pada sesi 4 (empat) saat remaja melakukan latihan untuk menghadapi situasi sulit. Kegiatan pada sesi 3 (tiga) dan sesi 4 (empat), diperoleh

hasil, remaja tunarungu sangat antusias untuk melakukan latihan, bahkan sejak pertemuan pertama pada kedua sesi tersebut, mereka sudah meminta untuk melakukan kegiatan bermain bersama (pesan berantai, menyusun puzzle, berhitung cepat, dan berbicara di depan kelas) dengan teman-teman sebayanya yang tidak mengalami tunarungu.

Remaja tunarungu, nampak tidak canggung dan tidak menemui kendala komunikasi saat melakukan latihan, meskipun tanpa didampingi oleh peneliti maupun guru pendamping mereka. Namun demikian mereka mengatakan lebih nyaman, melakukan kegiatan dengan tamu mereka dibandingkan bila mereka melakukan kegiatan di luar asrama, tanpa didampingi guru mereka atau teman sesama tunarungu.

Sesi 5 (lima) teridentifikasi manfaat melakukan latihan SST, mulai dari sesi 1-4. Masing-masing individu dalam kelompok secara bergantian mampu mengungkapkan perasaannya akan manfaat dan kesulitan selama mengikuti latihan. Remaja tunarungu sangat antusias untuk terus berlatih, dengan panduan buku kerja SST. Beberapa remaja tunarungu mengungkapkan bahwa, mereka mempunyai pengalaman tidak menyenangkan selama mempraktekkan latihan yang diberikan oleh peneliti, yaitu pada sesi 2 (dua) saat meminta pertolongan. Saat remaja tersebut mengatakan kepada orang yang baru ditemuinya bahwa ia penyandang tunarungu, orang yang diajaknya bicara mentertawakannya dan pergi meninggalkannya. Sehingga remaja tunarungu tersebut merasa malu dan enggan untuk menyapa orang lain, yang tidak dikenalnya. Mereka juga merasa malu untuk mengawali percakapan dengan orang lain.



## 4.9 Analisis data

### 4.9.1 Pengolahan Data

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

#### 4.9.1.1 *Editing*

Peneliti melakukan pemeriksaan ulang untuk kelengkapan pengisian formulir atau kuesioner. Semua kuesioner telah terisi dengan lengkap, jelas (bisa terbaca) relevan dan konsisten.

#### 4.9.1.2 *Coding*

*Coding* merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan (Hastono, 2007). Peneliti memberi kode pada setiap responden untuk memudahkan dalam pengolahan data dan analisis data. Kelompok intervensi diberi kode 1, dan untuk kelompok kontrol diberi kode 0. Data karakteristik responden untuk jenis kelamin, laki-laki diberi kode 1, perempuan diberi kode 2. Data pendidikan SD diberi kode 1, SMP diberi kode 2, SMA diberi kode 3 dan untuk menghindari kesalahan pada saat melakukan *entry* data hasil dari *pre-test* dan *post-test*, maka pada lembar kuesioner telah diberi kode angka sesuai nomor urut yang ada dalam daftar nama responden yang dibuat oleh peneliti, yang dituliskan disamping kode kelompok intervensi/kontrol sebelum diberikan pada responden untuk diisi baik pada saat *post test* maupun *pre test*.

#### 4.9.1.2 *Processing*

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

#### 4.9.1.3 *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. Data yang telah diproses tidak terdapat kesalahan atau dengan kata dianggap telah bersih. Sehingga dapat dilakukan tahap selanjutnya yaitu analisa data.

### 4.9.2 **Analisa Data**

Untuk melakukan pengujian hipotesis, analisis data yang dilakukan dengan analisis univariat, bivariat dan multivariat.

#### 4.9.2.1 **Analisis Univariat**

Analisis univariat adalah analisis yang bertujuan untuk menjelaskan/mendiskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Variabel yang dianalisis secara univariat dalam penelitian ini adalah karakteristik responden tunarungu meliputi usia jenis kelamin dan pendidikan, *social anxiety* dan keterampilan sosialisasi sebelum intervensi. Data numerik yaitu usia dihitung mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan *95% confidence interval*. Untuk karakteristik jenis kelamin, pendidikan, yang berbentuk data kategorik dengan menghitung presentase atau proporsi. Variabel *social anxiety* dan keterampilan sosialisasi dihitung mean, median, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal, dan *95% confidence*

*interval*. Penyajian masing-masing variabel menggunakan tabel dan diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

#### 4.9.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistik yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada skala data, jumlah populasi/ sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesis penelitian yaitu melihat perbedaan *social anxiety* dan keterampilan sosialisasi pada remaja tunarungu sebelum dan sesudah mengikuti terapi SST pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di SLB Kabupaten Wonosobo.

Sebelum dilakukan analisis bivariat, terlebih dahulu dilakukan uji kesetaraan untuk melihat homogenitas antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol, apakah kedua kelompok setara (homogen). Uji kesetaraan dilakukan untuk karakteristik responden tunarungu meliputi: usia, jenis kelamin, dan pendidikan, variabel *social anxiety* dan keterampilan sosialisasi antara kelompok intervensi dan kontrol. Karakteristik usia, *social anxiety* dan keterampilan sosialisasi dianalisis dengan uji *Independent t-test (Pooled t-test)*. Karakteristik jenis kelamin dan, pendidikan diuji dengan menggunakan *Chi square*. Hasilnya bila *p-value* lebih besar dari alpha ( $p\text{-value} > \alpha 0,05$ ) maka tidak ada perbedaan antara kelompok intervensi dan kontrol yang artinya kelompok intervensi dan kelompok kontrol setara atau homogen. Cara analisis yang akan dilakukan untuk masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.2 Analisis Bivariat Variabel Penelitian Pengaruh SST terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* Remaja Tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo tahun 2012

**A. Analisis Kesetaraan Karakteristik Responden**

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara analisis
1	Usia (data interval)	Usia (data interval)	<i>Independent sample t-test</i>
2	Jenis kelamin (data nominal)	Jenis kelamin (data nominal)	<i>Chi Square</i>
3	Pendidikan (data ordinal)	Pendidikan (data ordinal)	<i>Chi Square</i>

**B. Analisis kesetaraan variabel dependen pada kedua kelompok sebelum intervensi**

No	Kelompok Intervensi	Kelompok Kontrol	Cara Analisis
1	Ketrampilan sosialisasi sebelum intervensi (data interval)	Ketrampilan sosialisasi sebelum intervensi (data interval)	<i>Independent sample t-test</i>
2	Social anxiety sebelum intervensi (data interval)	Social anxiety sebelum intervensi (data interval)	<i>Independent sample t-test</i>

**C. Analisis perbedaan sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi**

No	Sebelum Intervensi	Setelah intervensi	Cara Analisis
1	Ketrampilan sosialisasi (data interval)	Ketrampilan sosialisasi (data interval)	<i>dependent sample t-test</i>
2	<i>Social anxiety</i> (data interval)	<i>Social anxiety</i> (data interval)	<i>dependent sample t-test</i>

**D. Analisis perubahan variabel dependen setelah intervensi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol**

No	Kelompok Intervensi	Kelompok kontrol	Cara Analisis
1	Ketrampilan sosialisasi sesudah intervensi (data interval)	Ketrampilan sosialisasi sesudah intervensi (data interval)	<i>Independent sample t-test</i>
2	Social anxiety sesudah intervensi (data interval)	Social anxiety sesudah intervensi (data interval)	<i>Independent sample t-test</i>

**E. Analisa Hubungan antara Keterampilan Sosialisasi dengan Social Anxiety Remaja Tunarungu**

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Cara Analisis
1	Keterampilan Sosialisasi	Social Anxiety	<i>Koefisien Korelasi Pearson</i>

**4.9.2.3 Analisis Multivariat**

Analisis multivariat merupakan pengembangan dari analisis bivariat, dimana proses analisis ini menghubungkan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen pada waktu yang bersamaan. Menurut Hastono (2007) analisis multivariat bertujuan untuk melihat/mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (umumnya satu variabel dependen). Sabri dan Hastono (2007) menjelaskan bahwa analisis regresi merupakan suatu model matematis yang dapat digunakan untuk mengetahui bentuk hubungan antar dua atau lebih variabel. Tujuan analisis regresi adalah untuk

membuat perkiraan nilai suatu variabel (variabel dependen) melalui variabel yang lain.

Analisis multivariat dilakukan pada penelitian ini, untuk membuktikan hipotesis yang dirumuskan yaitu adanya kontribusi karakteristik remaja tunarungu terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety*. Karakteristik klien meliputi : usia, jenis kelamin, pendidikan, terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* setelah dilakukan intervensi berupa terapi SST, kemudian dilakukan analisis menggunakan uji korelasi regresi linier berganda.

Tabel 4.3 Analisis multivariat variabel penelitian pengaruh SST terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo tahun 2012

No	Variabel independen	Variabel dependen	Cara Analisis
1	Kelompok intervensi		
2	Karakteristik :		
	a. Umur	Perubahan Keterampilan sosialisasi	Regresi linier berganda
	b. Jenis kelamin		
	c. Pendidikan		
1	Kelompok intervensi		
2	Perubahan Keterampilan sosialisasi	Perubahan <i>Social Anxiety</i>	Regresi liner berganda
3	Karakteristik		
	a. Usia		
	b. Jenis kelamin		
	c. Pendidikan		

## **BAB 5**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian pengaruh *social skills training* (SST) terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* pada remaja tunarungu di sekolah luar biasa (SLB) Kabupaten Wonosobo yang dilaksanakan tanggal 31 April 2012 sampai dengan 2 Juni 2012. Penelitian dilakukan di 2 (dua) tempat yaitu SLB-B Kharya Bhakti dan SLB-B Dena Upakara. Kedua SLB tersebut merupakan sekolah luar biasa khusus untuk penyandang tunarungu/tunawicara yang berada di Kabupaten Wonosobo. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 76 orang yang terdiri dari 38 orang kelompok intervensi dan 38 orang kelompok kontrol. Kedua kelompok dilakukan *pre-test* dan *post-test* yang kemudian hasilnya dibandingkan.

#### **5.1 Karakteristik Remaja Tunarungu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol**

Karakteristik remaja tunarungu meliputi usia, jenis kelamin, dan pendidikan. Analisis yang dilakukan berdasarkan jenis data dan dipergunakan untuk menganalisa remaja tunarungu pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah intervensi terapi SST diberikan.

##### **5.1.1 Karakteristik Remaja Tunarungu Berdasarkan Usia**

Karakteristik usia merupakan data numerik yang dianalisis *explore* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Berdasarkan tabel 5.1 diketahui rata-rata usia remaja tunarungu adalah 15,18 tahun dengan usia termuda 12 tahun dan paling tua 20 tahun.

Tabel 5.1.  
Analisis Karakteristik Remaja Tunarungu Berdasarkan Usia pada  
Kelompok Intervensi dan Kontrol di SLB Kabupaten Wonosobo  
Bulan Mei-Juni 2012 (n = 76)

Var	Jenis Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Usia	Intervensi	38	14,97	15,00	1,952	12 – 19	14,33-15,62
	Kontrol	38	15,37	15,00	2,330	12 – 20	14,60-16,13
	Total	76	15,18	15,00	2,177	12 - 20	

Kesetaraan usia remaja tunarungu pada kelompok intervensi dan kontrol dianalisis menggunakan uji *independent sample t-test (Pooled t test)*. Hasil uji kesetaraan karakteristik responden berdasarkan usia dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2.  
Kesetaraan Karakteristik Remaja Tunarungu Berdasarkan Usia pada  
Kelompok Intervensi dan Kontrol di SLB Kabupaten Wonosobo  
Bulan Mei-Juni 2012 (n = 76)

Variabel	Jenis klp	n	Mean	SD	SE	P value
Usia	Intervensi	38	14,97	1,952	0,324	0,340
	Kontrol	38	15,37	2,330	0,407	

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

Berdasarkan pada tabel 5.2 diketahui bahwa tidak ada perbedaan usia pada remaja tunarungu dalam kelompok intervensi dan kontrol dengan *P value* 0,340 ( $p > \alpha 0,05$ ).

### 5.1.2 Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin, dan Pendidikan Remaja Tunarungu.

Jenis kelamin, dan pendidikan, merupakan data kategorik sehingga dianalisis menggunakan distribusi frekuensi yang dalam penyajiannya digabungkan kedalam tabel yang sama. Hasil analisis karakteristik jenis kelamin, dan pendidikan, disajikan pada table 5.3

Tabel 5.3  
Distribusi Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin, dan Pendidikan Remaja Tunarungu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di SLB Kabupaten Wonosobo Bulan Mei-Juni 2012 (n = 76)

Variabel	Kategori	intervensi (n=38)		kontrol (n=38)		Jumlah (n=76)	
		n	%	n	%	n	%
Jenis kelamin	Laki-laki	14	36,8	13	32,4	27	35,5
	Perempuan	24	63,2	25	65,8	49	64,5
Pendidikan	SD	22	57,9	22	57,9	44	57,9
	SMP	10	26,3	12	31,6	22	28,9
	SMA	6	15,8	4	10,5	10	13,2

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa distribusi jenis kelamin remaja tunarungu paling banyak berjenis kelamin perempuan yaitu 49 orang (64,5 %) dan tingkat pendidikan paling banyak SD yaitu 22 orang (57,9%). Jenis kelamin dan pendidikan pada kelompok intervensi dan kontrol merupakan data kategorik sehingga uji kesetaraannya dengan menggunakan *Chi Square*. Hasil analisis kesetaraan karakteristik berdasarkan jenis kelamin dan pendidikan disajikan secara bersama-sama kedalam tabel 5.4.

Tabel 5.4  
Analisis Kesetaraan Berdasarkan Jenis Kelamin, dan Pendidikan Remaja  
Tunarungu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di SLB  
Kabupaten Wonosobo Mei-Juni 2012 (n = 76)

Variabel	Kategori	intervensi (n=38)		kontrol (n=38)		Jumlah (n=76)		P value
		n	%	n	%	n	%	
Jenis kelamin	Laki-laki	14	36,8	13	32,4	27	35,5	<b>0,811</b>
	Perempuan	24	63,2	25	65,8	49	64,5	
Pendidikan	SD	22	57,9	22	57,9	44	57,9	<b>0,748</b>
	SMP	10	26,3	12	31,6	22	28,9	
	SMA	6	15,8	4	10,5	10	13,2	

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

Hasil analisis kesetaraan pada tabel 5.4 diketahui bahwa tidak ada perbedaan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dengan *P Value* jenis kelamin yaitu 0,811 dan *p value* pendidikan 0,748 ( $p > 0,05$ ).

## 5.2 Pengaruh Terapi SST Terhadap Keterampilan Sosialisasi (KS) dan *Social Anxiety* (SA) Sebelum Intervensi pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

Bagian ini akan menjelaskan kondisi KS dan SA, kesetaraan KS dan SA pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dilakukan terapi SST, perbedaan KS dan SA pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan sesudah terapi SST, selisih perubahan KS dan SA sebelum dan sesudah terapi SST pada kelompok intervensi dan kontrol dan kondisi KS dan SA kelompok intervensi dan kontrol setelah terapi SST.

### 5.2.1 Kondisi Keterampilan Sosialisasi (KS) dan *Social Anxiety* (SA) pada kelompok intervensi dan Kontrol

Keterampilan Sosialisasi dan *Social anxiety* remaja tunarungu merupakan data numerik yang akan dianalisis *explore* guna mendapatkan nilai mean, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta *Confident Interval* (CI 95%). Disajikan pada tabel 5.5 secara bersama-sama.

Tabel 5.5.  
Kondisi Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* Sebelum Intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol di SLB Kabupaten Wonosobo Bulan Mei-Juni 2012 (n = 76)

Var	Jenis Kelompok	n	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
KS	Intervensi	38	97,34	98,50	14,78	66-120	92,34-92,48
	Kontrol	38	93,68	92,50	15,35	55-120	88,64-98,73
	Total	76	95,51		15,08	55-120	
SA	Intervensi	38	44,00	42,50	10,12	23-71	40,67-47,33
	Kontrol	38	43,63	44,50	7,54	30-59	41,15-46,11
	Total	76	43,82		8,864	23-71	

Skor keterampilan sosialisasi berdasarkan penilaian dalam instrumen berada pada rentang antara 40 – 120 dan skor berdasarkan penilaian dalam instrumen *social anxiety* berada pada rentang 20 – 100. Berdasarkan hasil analisis di atas, diketahui rerata keterampilan sosialisasi 95,51 dengan skor terendah 55 dan skor tertinggi 120. Sedangkan rerata *social anxiety* remaja tunarungu 43,82 dengan skor terendah 23 dan skor tertinggi 71. Uji Kesetaraan keterampilan sosialisasi dan *social Anxiety* remaja tunarungu pada kelompok intervensi dan kontrol dilakukan dengan menggunakan *independent*

*sample t-test (Pooled t test)*. Hasil uji analisis kesetaraan skor KS dan SA ini dapat dilihat pada *pre-test* yang dilakukan sebelum SST yang disajikan pada tabel 5.6 secara bersama-sama berikut ini:

Tabel 5.6

Analisis Kesetaraan Keterampilan Sosialisasi (KS) dan *Social Anxiety* (SA) Remaja Tunarungu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di SLB Kabupaten Wonosobo Sebelum Intervensi Mei-Juni 2012 (n=76)

Var	Jenis Kelompok	n	Mean	SD	SE	Min - Max	t	Pvalue
KS1	Intervensi	38	97,34	14,778	2,397	66 – 120	1,058	<b>0,293</b>
	Kontrol	38	93,68	15,345	2,489	55 – 120		
SA1	Intervensi	38	44,00	10,118	1,641	23 – 71	0,180	<b>0,858</b>
	Kontrol	38	43,63	7,539	1,223	30 – 59		

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

Berdasarkan hasil uji statistik pada tabel 5.6 diketahui bahwa tidak ada perbedaan keterampilan sosialisasi remaja tunarungu kelompok intervensi dengan kontrol sebelum dilakukan terapi SST dengan *p-value* 0,293 ( $>0,05$ ). *Social anxiety* pada kelompok intervensi dan kontrol tidak ada perbedaan juga dengan *p-value* 0,858 ( $> 0,05$ ).

### 5.2.2 Keterampilan Sosialisasi (KS) dan *Social Anxiety* (SA) Remaja Tunarungu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Setelah Diberikan Terapi SST

Analisis keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* setelah kelompok intervensi mendapatkan terapi SST dilakukan dengan menggunakan *Independent sample t-test*. Hasil analisisnya disajikan pada tabel 5.7.

Tabel 5.7

Analisis Skor Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Setelah Dilakukan Terapi SST di SLB Kabupaten Wonosobo Bulan Mei-Juni 2012 (N= 76)

Var	Klp	n	Mean	SD	SE	t	p value
KS2	Intervensi	38	107,39	7,741	1,256	3,973	0,0001
	Kontrol	38	97,79	12,735	2,066		
SA2	Intervensi	38	35,03	3,276	0,531	-2,684	0,009
	Kontrol	38	37,68	5,152	0,836		

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

Berdasarkan tabel 5.9 diketahui ada perbedaan bermakna keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu pada kelompok intervensi dan kontrol setelah kelompok intervensi diberikan terapi SST ( $p < 0,05$ ).

### 5.2.3 Perbedaan Keterampilan sosialisasi (KS) dan *Social Anxiety* (SA) Remaja Tunarungu pada Kelompok intervensi dan kontrol Sebelum dan Sesudah Terapi SST

Analisis perbedaan KS dan SA sebelum dan sesudah terapi SST pada kelompok intervensi dan kontrol dilakukan dengan uji *dependen sample t-test* (*paired t-test*) yang hasil analisisnya dijelaskan pada tabel 5.8

Tabel 5.8  
Perbedaan KS dan SA Remaja Tunarungu pada Kelompok Intervensi dan Kontrol Sebelum dan Sesudah Terapi SST di SLB Kabupaten Wonosobo Mei-Juni 2012 (n = 76)

	SST	n	Mean	SD	SE	t	p value	
KS	Intervensi	Sebelum	38	97,34	14,778	2,397		
		Sesudah	38	107,39	7,741	1,256	-3,860	<b>0,0001*</b>
		Selisih		10,05	7,037			
	Kontrol	Sebelum	38	93,68	15,345	2,489		
		Sesudah	38	97,79	12,735	2,066	-4,517	<b>0,0001*</b>
		Selisih		4,11	2,61			
SA	Intervensi	Sebelum	38	44,00	10,118	1,641		
		Sesudah	38	35,03	3,276	0,531	5,481	<b>0,0001*</b>
		Selisih		8,97	6,842			
	Kontrol	Sebelum	38	43,63	7,539	1,223		
		Sesudah	38	37,68	5,152	0,836	4,167	<b>0,0001*</b>
		Selisih		5,95	2,387			

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

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui ada peningkatan bermakna keterampilan sosialisasi remaja tunarungu pada kelompok intervensi dan kontrol setelah kelompok intervensi mendapat terapi SST ( $p\ value < 0,05$ ) dengan rata-rata peningkatan pada kelompok intervensi sebesar 10,05 (8,38%). *Social anxiety* remaja tunarungu pada kelompok intervensi dan kontrol juga diketahui mengalami penurunan bermakna setelah terapi SST ( $p\ value < 0,05$ ) rata-rata penurunan pada kelompok intervensi sebesar 8,97 (8,97%)

### 5.3 Hubungan antara Keterampilan Sosialisasi dengan *Social Anxiety* Remaja Tunarungu

Hubungan antara KS dan SA diuji menggunakan *Koeficient Korelasi Pearson*, yang hasilnya disajikan pada tabel 5.9.

Tabel 5.9  
 Analisis Hubungan antara Keterampilan Sosialisasi dengan  
*Social Anxiety* Remaja Tunarungu di SLB Kabupaten  
 Wonosobo Mei-Juni 2012 (n = 38)

Variabel	Sebelum SST		Sesudah SST	
	r	P value	r	P value
KS	-0,079	0,499	-0,143	0,219
SA				

Berdasarkan tabel 5.9 diketahui tidak ada hubungan antara keterampilan sosialisasi dengan *social anxiety* pada remaja tunarungu sebelum dan sesudah kelompok intervensi diberikan terapi SST *p value* ( $> 0,05$ ).

#### 5.4 Kontribusi Karakteristik Remaja Tunarungu terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety*.

Bagian ini menjelaskan kontribusi karakteristik remaja tunarungu terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* setelah dilakukan terapi SST yang dianalisis dengan menggunakan korelasi regresi linier ganda.

##### 5.4.1 Karakteristik Remaja Tunarungu yang berkontribusi terhadap Keterampilan Sosialisasi

Karakteristik remaja tunarungu yang berkontribusi terhadap keterampilan sosialisasi disajikan pada tabel 5.10.

Tabel 5.10  
 Karakteristik Remaja Tunarungu yang Berkontribusi terhadap  
 Keterampilan Sosialisasi Remaja Tunarungu di SLB  
 Kabupaten Wonosobo Mei-Juni 2012 (N=76)

Variabel	Keterampilan Sosialisasi			
	b	Beta	p-value	R <sup>2</sup>
1. Terapi SST	5,710	9,669	0,0001	0,324
2. Usia	-0,864	-0,450	0,889	
3. Jenis kelamin	7,407	1,525	0,528	
4. Pendidikan	0,991	9,334	0,002	

Berdasarkan tabel 5.10 diketahui bahwa karakteristik remaja tunarungu yang berkontribusi terhadap perubahan keterampilan sosialisasi adalah pendidikan. Diketahui dari nilai koefisien determinasi (R Square) maka terapi SST dan pendidikan secara bersama-sama mempengaruhi keterampilan sosialisasi sebesar 32,4% sedangkan sisanya dipengaruhi oleh karakteristik yang lain.

#### 5.4.2 Karakteristik Remaja Tunarungu yang Berkontribusi terhadap *Social Anxiety*.

Karakteristik remaja tunarungu yang berkontribusi terhadap *social anxiety* disajikan pada tabel 5.11

Tabel 5.11  
 Karakteristik Remaja Tunarungu yang Berkontribusi terhadap *Social Anxiety* Remaja Tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo  
 Mei-Juni 2012 (N=76)

Variabel	Social Anxiety			
	B	Beta	p-value	R <sup>2</sup>
1. Terapi SST	-2,739	-0,307	0,007	0,135
2. Seleksi KS	0,034	0,093	0,428	
3. Usia	1,200	0,122	0,401	
4. JK	-0,667	-0,072	0,531	
5. Pendidikan	0,768	0,085	0,553	

Berdasarkan tabel 5.11 diketahui bahwa karakteristik remaja tunarungu tidak berkontribusi terhadap social anxiety. Melihat dari hasil R square, maka disimpulkan bahwa terapi SST yang mempengaruhi perubahan *social anxiety* sebesar 13,5%.

## BAB 6

### PEMBAHASAN

Bab pembahasan ini diuraikan tentang interpretasi hasil penelitian seperti yang telah diuraikan pada bab sebelumnya dan keterbatasan yang ditemui selama proses penelitian berlangsung serta tentang bagaimana implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan dan penelitian. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran tentang karakteristik remaja tunarungu, pengaruh *social skills training* (SST) terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* pada remaja tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo, mengetahui hubungan antara keterampilan sosialisasi dengan *social anxiety* pada remaja tunarungu dan untuk mengetahui karakteristik yang berkontribusi terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu.

#### **6.1 Pengaruh SST terhadap Keterampilan Sosialisasi Remaja Tunarungu**

Keterampilan sosialisasi pada remaja tunarungu sebelum diberikan SST rata-rata berada pada tingkatan baik, namun ada beberapa remaja tunarungu yang keterampilan sosialisasinya kurang. Sedangkan keterampilan sosialisasi setelah diberikan SST meningkat secara bermakna pada remaja tunarungu yang diberikan SST maupun pada remaja tunarungu yang tidak diberikan SST. Meskipun demikian peningkatan keterampilan sosialisasi pada remaja tunarungu yang diberikan SST lebih besar dibandingkan pada remaja tunarungu yang tidak mendapatkan SST. Tingkat pendidikan berkontribusi terhadap peningkatan keterampilan sosialisasi remaja tunarungu yang diberikan terapi SST.

Stuart dan Laraia (2008) menyatakan bahwa keterampilan dapat dipelajari oleh karena itu dapat dipelajari pula oleh orang yang tidak memilikinya. Keterampilan komunikasi yang adekuat merupakan bekal bagi klien untuk melakukan hubungan sosial. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Chen (2004) terhadap siswa dengan gangguan emosi/perilaku diperoleh hasil SST merupakan intervensi perilaku sosial bagi siswa yang memiliki kecenderungan menarik diri dari lingkungan sekolah dan mengalami penurunan kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Hasil penelitian ini juga sejalan dengan

penelitian Renidayati (2008) tentang pengaruh SST terhadap klien isolasi sosial, dimana setelah diberikan SST dengan pendekatan individu terjadi peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku klien isolasi sosial. Sedangkan penelitian yang dilakukan Jumaini (2012) pemberian terapi *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST) memberikan hasil yang signifikan pada peningkatan kemampuan kognitif dan kemampuan psikomotor pada kasus isolasi sosial yang diberikan dengan menggunakan pendekatan kelompok.

Keterampilan sosialisasi remaja tunarungu setelah diberikan terapi SST pada penelitian ini cenderung meningkat, rata-rata selisih peningkatan nilainya yaitu 8,38 %. Rata-rata hasil penelitian yang dilakukan Jumaini (2011) *cognitive behavioral social skills training* (CBSST) terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor, didapatkan peningkatan kemampuan psikomotor setelah terapi sebesar 11,78%.

Merujuk ungkapan dari Somad (1996) bahwa anak tunarungu sulit untuk memahami perintah verbal dan mempunyai prestasi lebih rendah untuk materi pembelajaran yang diverbalisasikan, sehingga anak tunarungu cenderung menampakan intelegensia yang lebih rendah dikarenakan kesulitan memahami bahasa. Sedangkan untuk aspek intelegensia bersifat non verbal, seperti penglihatan dan motorik tidak mengalami hambatan, bahkan dapat berkembang lebih cepat. Hal ini juga sesuai yang diungkapkan Halgin dan Whitbourne (2007) bahwa SST adalah intervensi perilaku yang meliputi pemberian penguatan terhadap perilaku yang sesuai khususnya dalam hubungan interpersonal.

Hal tersebut yang menjadi dasar peneliti untuk hanya memberikan terapi SST saja kepada remaja tunarungu tersebut tanpa menggabungkan dengan terapi *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT). Peningkatan keterampilan sosialisasi pada remaja tunarungu terjadi karena pada terapi SST remaja tunarungu diberikan latihan perilaku baru yaitu ketrampilan komunikasi. Hasil yang sama pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa kegiatan yang dilakukan oleh remaja tunarungu serta pembelajaran di sekolah dan di asrama, bisa saling

melengkapi untuk terjadinya peningkatan keterampilan sosialisasi. Remaja tunarungu yang menjadi subyek penelitian, tinggal di asrama pada lokasi yang sama dan diasuh oleh guru dan pengelola yang sama. Sehingga memungkinkan pemberian pola asuh, metode pembelajaran, *support system* yang sama diberikan oleh guru dan pembimbing baik pada kelompok intervensi dengan kontrol, mempengaruhi pula pada keterampilan sosialisasi remaja tunarungu.

## 6.2 Pengaruh Terapi SST terhadap *Social Anxiety* Remaja Tunarungu

*Social anxiety* remaja tunarungu sebelum diberikan terapi SST rata-rata berada pada kondisi *social anxiety* sedang. *Social anxiety* remaja tunarungu setelah diberikan terapi SST menurun secara bermakna baik pada remaja tunarungu yang diberikan SST maupun pada remaja tunarungu yang tidak diberikan SST. Meskipun demikian penurunan *social anxiety* pada remaja tunarungu yang mendapat terapi SST lebih banyak dibandingkan pada remaja yang tidak mendapatkan SST. Karakteristik remaja tunarungu tidak berkontribusi terhadap terjadinya penurunan *social anxiety* pada remaja tunarungu.

Hasil penelitian ini mendukung penelitian yang dilakukan Hapsari (2010) bahwa pemberian latihan keterampilan sosial untuk gangguan kecemasan pada siswa SMP diketahui tidak signifikan pada saat dilakukan pengukuran segera setelah latihan diberikan. Namun menjadi bermakna setelah 6 bulan kemudian dilakukan pengukuran kecemasan kembali pada siswa SMP tersebut, dengan rata-rata penurunan skor 8,50. Perubahan skor pada kelompok kontrol mengacu pada pendapat Siegel (1994) dan Gravatter & Forzano (2006), bahwa terjadinya penurunan *social anxiety* pada kelompok yang tidak diberikan perlakuan kemungkinan disebabkan oleh adanya perubahan spontan individu yang terjadi secara alamiah menuju ke arah yang lebih baik. Delphie (2009) menyampaikan bahwa ketunarunguan dapat mengakibatkan perasaan terasing dari pergaulan sehari-hari, yang berarti mereka terasing dari pergaulan atau aturan sosial yang berlaku di masyarakat dimana dia hidup. Sehingga munculah *social anxiety*, karena penyandang tunarungu cenderung merasa kurang bisa menguasai keadaan yang diakibatkan oleh pendengarannya yang terganggu, sehingga menimbulkan ansietas saat berada di lingkungan sosial. Seperti dikatakan La

Greca & Lopez (1998) hubungan yang terjalin antara remaja dengan lingkungan sebayanya memainkan peranan yang sangat penting bagi perkembangan keterampilan sosial, perkembangan potensi kehidupan, serta berbagai fungsi di masa remaja. Dukungan sosial akan sangat penting bagi perkembangan psikologis seorang individu. Salah satu sumber dukungan sosial yang sangat penting bagi remaja adalah teman sebaya.

Penurunan *social anxiety* pada kelompok kontrol, kemungkinan disebabkan adanya perubahan spontan individu yang terjadi secara alamiah menuju ke arah yang lebih baik. Kelompok intervensi dan kontrol, tinggal di dalam asrama yang sama, sehingga mendapat perlakuan baik pola asuh, dan kurikulum pembelajaran yang sama dari guru atau pembimbing yang sama. Sehingga dimungkinkan bahwa kegiatan yang berada di area asrama dan sekolah memberi pengaruh positif pula pada kelompok kontrol. Lokasi dilakukannya penelitian, merupakan SLB khusus tunarungu di yang cukup besar, sudah berdiri sejak lama serta mempunyai siswa terbanyak di Indonesia. Penelitian, kunjungan kerja maupun kunjungan belajar dari instansi-instansi lain sering dilakukan di kedua SLB tersebut, sehingga dimungkinkan bahwa remaja tunarungu sudah terbiasa untuk bertemu dengan orang asing.

Kondisi *social anxiety* pada taraf sedang saat dilakukannya pretest (sebelum terapi SST) kemungkinan karena adanya stimulus sosial yang terjadi di sekitarnya yang membuat remaja tunarungu menjadi rentan terhadap ansietas. Proses penilaian (mengisi kuesioner) yang harus dilalui, pertemuan dengan kolektor data dan peneliti, serta serangkaian instruksi yang diberikan peneliti yang kurang dipahami remaja tunarungu serta situasi baru yang belum pernah ditemui. Hal inilah yang mungkin menjadi penyebab meningkatnya gejala *social anxiety* pada remaja tunarungu.

### **6.3 Hubungan Keterampilan Sosialisasi dengan *Social Anxiety* Remaja Tunarungu**

Berdasarkan hasil analisis hubungan antara keterampilan sosialisasi dengan *social anxiety* remaja tunarungu diketahui tidak ada hubungan yang bermakna

antara keterampilan sosialisasi remaja tunarungu dengan *social anxiety* remaja tunarungu baik pada saat sebelum dan sesudah kelompok intervensi mendapat terapi SST. Meski terdapat hubungan yang tidak bermakna antara keterampilan sosialisasi dengan *social anxiety*, namun jika dilihat dari adanya pengaruh yang bermakna pemberian SST terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety*, menunjukkan bahwa, adanya perubahan yang signifikan.

Hal tersebut bertolak belakang dengan pendapat yang dikemukakan Sullivan (1952, dalam Videback, 2008) mempercayai bahwa ansietas timbul dari masalah-masalah dalam hubungan interpersonal. Anak penyandang tunarungu mempunyai keterbatasan dalam berhubungan interpersonal dikarenakan kesulitan dalam mendengar akan mempengaruhi juga kemampuan mereka dalam berbahasa. Bahasa merupakan unsur terpenting dalam hubungan interpersonal ini, karena menurut pendapat Purwanto (1998), bahasa merupakan alat untuk berfikir dan sarana utama seseorang untuk berkomunikasi, untuk saling menyampaikan ide, konsep, dan perasaan. Diperkuat dengan pendapat (Mangunsong, 2009) bahwa kemampuan seseorang dalam berkomunikasi akan sangat mempengaruhi keterampilan seseorang dalam bersosialisasi. Bahasa memegang peranan sangat penting dalam kehidupan sosial sehingga seseorang dikatakan apakah dirinya mempunyai keterampilan sosial yang baik atau tidak. Orang-orang yang mempunyai keterbatasan fisik (*disability*), seperti penyandang tunarungu pada dasarnya secara intelegensia tidak berbeda dengan anak yang mampu mendengar, namun yang membedakannya adalah karakter emosionalnya dan keterampilan sosialnya. Mereka cenderung merasa cemas saat berada di lingkungan sosial.

Stuart (2009) mendukung penelitian ini dengan pendapatnya bahwa stresor presipitasi berupa gangguan fisik dapat mengancam integritas seseorang baik berupa ancaman internal maupun eksternal. Gangguan pendengaran pada tunarungu menjadi faktor internal pada kejadian ansietas, karena pada tunarungu tidak mampu menangkap pesan yang disampaikan lingkungannya dengan baik. Hal ini apabila menyangkut identitas diri sesuai dengan tugas perkembangan yang harus dicapai pada usia remaja dan harga diri, maka akan mengakibatkan

ancaman *self esteem*, sehingga mencetuskan terjadinya ansietas dalam hubungan interpersonal. *Social anxiety* yang muncul pada penyandang tunarungu dikarenakan sebagai makhluk sosial, mereka harus melakukan interaksi dengan orang lain guna memenuhi kebutuhan id dan super egonya.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Hapsari (2010) pada penelitian pemberian latihan keterampilan sosial pada siswa SMP yang mengalami gangguan kecemasan. Hasil penelitian pada Hapsari juga ditemukan hasil yang tidak bermakna dari pengukuran segera setelah latihan selesai diberikan, namun kemudian didapatkan hasil yang bermakna setelah pengukuran 6 (enam) bulan kemudian setelah *post-test* pertama, yaitu diketahui perubahan skor kecemasan sosial pada siswa SMP 8,50, selisih sedikit dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti terhadap remaja tunarungu yaitu 8,97.

Hasil yang diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* pada penelitian ini kemungkinan dikarenakan stresor presipitasi yang menjadi faktor internal pada remaja tunarungu berupa ancaman self esteem yang muncul pada remaja tunarungu akibat dari kecacatannya tersebut yang menyebabkan munculnya *social anxiety*. Selain itu waktu pengukuran antara *pre-test* dan *post-test* yang terlalu dekat, sehingga dimungkinkan remaja tunarungu belum sepenuhnya mengaplikasikan latihan keterampilan sosialisasi yang diajarkan oleh peneliti. Pengukuran sebelum dan sesudah terapi menggunakan instrumen yang sama, sehingga ada kemungkinan bahwa pada pengisian instrumen yang pertama remaja tunarungu cenderung memberikan jawaban yang spontan atau apa adanya, sementara pengukuran setelah terapi SST, spontanitas remaja tunarungu dalam memberikan jawaban menjadi berkurang, karena mereka sudah lebih familiar terhadap pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner tersebut. Remaja tunarungu memberikan jawaban menurut mereka paling sesuai dengan nilai-nilai yang berlaku di lingkungan sosialnya, seperti apa yang telah dilatihkan pada saat pemberian terapi SST. Peneliti berpendapat, meskipun kemungkinan-kemungkinan di atas terjadi, namun pengisian kuesioner yang dilakukan pada saat *pre-test* maupun *post test* cukup obyektif.

#### **6.4 Kontribusi Karakteristik Remaja Tunarungu terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety*.**

Karakteristik remaja tunarungu dalam penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin dan pendidikan. Usia remaja tunarungu secara keseluruhan berkisar antara 12 tahun sampai 20 tahun dan terdistribusi normal antara kelompok intervensi dan kontrol. Hal tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Ericson (1994, dalam Varcarolis, 2010) bahwa tingkatan usia untuk remaja adalah 12 tahun sampai dengan 20 tahun. Kasus terbanyak munculnya ansietas ditemukan pada tingkat usia 18 tahun, dan episode awal terjadinya gangguan ansietas kasusnya biasa ditemui pada tingkat usia 21 tahun, sedangkan pada kasus *social anxiety* gejala awal banyak ditemukan pada usia 13 tahun, Kessler, Chiu et al., (2005 dalam Varcarolis, 2010). Stuart dan Laraia (2008) menyatakan bahwa usia berhubungan dengan pengalaman seseorang dalam menghadapi berbagai macam stresor, kemampuan memanfaatkan sumber dukungan dan keterampilan dalam mekanisme koping.

Penelitian ini sejalan dengan laporan Novianti (2010) bahwa pembentukan identitas diri pada remaja lebih banyak ditandai dengan upaya mencari keseimbangan antara kebutuhan otonomi dan kebutuhan interpersonal.

Usia remaja berada pada kondisi yang paling berpeluang untuk mengalami masalah ansietas, terutama pada anak-anak berkebutuhan dalam hal ini anak tunarungu karena keterlambatannya dalam perkembangan bicara dan bahasa. Masalah pada anak tunarungu akan semakin kompleks ketika mereka beranjak remaja, karena masa remaja dianggap sebagai masa transisi dari anak-anak menuju ke kehidupan dewasa. Remaja yang mengalami tunarungu berisiko mengalami masalah emosional berupa ansietas, sebab anak yang tunarungu cenderung memiliki emosi yang tidak stabil dan tumbuh sebagai individu yang kurang percaya diri. Sehingga semakin meningkatnya usia mereka maka dibutuhkan pula keterampilan sosial yang semakin tinggi seiring dengan makin luasnya kehidupan sosial yang harus mereka hadapi.

Jenis kelamin remaja tunarungu dalam penelitian ini didominasi oleh perempuan. Hal ini sesuai dengan pendapat Kessler, Berglund et al (2005, dalam Varcarolis, 2010) yang menyatakan bahwa kasus gangguan anxietas banyak dialami oleh wanita daripada laki-laki, akan tetapi untuk kasus *social anxiety* angka kejadiannya hampir seimbang antara laki-laki dan perempuan. Kaplan dan Sadock (2007) memperkuat pendapat di atas bahwa perempuan lebih rentan untuk mengalami ansietas daripada laki-laki. Menurut penelitian Trismiati (2004) perempuan lebih ansietas akan ketidakmampuannya dibanding dengan laki-laki karena perempuan lebih mudah dipengaruhi oleh tekanan-tekanan lingkungan eksternal. Davidson dan Neale (2001), dalam Fausiah dan Widury (2005) dalam penelitiannya yang menunjukkan bahwa laki-laki lebih mungkin memunculkan gejala negatif dibandingkan wanita. Populasi perempuan yang lebih banyak daripada laki-laki di lokasi penelitian juga merupakan faktor yang menghasilkan jumlah perempuan dalam subyek penelitian menjadi lebih banyak. Selain itu wanita memiliki fungsi sosial yang lebih besar daripada laki-laki sehingga memungkinkan untuk mengalami *social anxiety* lebih besar dibanding pada laki-laki.

Pendidikan remaja tunarungu lebih banyak berada pada tingkatan sekolah dasar (SD). Menurut Loucknotte (2006) tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi kemampuan untuk mendengar dan menyerap informasi yang didapatkan, menyelesaikan masalah, merubah perilaku serta merubah gaya hidup. Hal ini sesuai pula dengan ungkapan Kopelowicz (2002) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan seseorang akan berkorelasi positif dengan keterampilan coping yang dimiliki. Seseorang yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi akan lebih mudah menerima informasi, mudah mengerti dan mudah menyelesaikan masalah (Notoatmojo, 2007). Sedangkan tingkat pendidikan rendah akan menyebabkan seseorang mudah mengalami stres, dibanding yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi (Tarwoto dan Wartonah, 2008; Kaplan dan Sadock, 2007).

Pendidikan merupakan sumber coping bagi seseorang dalam menghadapi suatu masalah. Tingkat pendidikan pada seseorang juga dianggap akan mempengaruhi

keterampilan sosialisasi seseorang dan tingkat ansietasnya. Riwayat pendidikan remaja tunarungu juga merupakan salah satu faktor predisposisi sosial budaya untuk terjadinya social ansietas, karena pendidikan menjadi salah satu tolok ukur kemampuan remaja tunarungu dalam berinteraksi dengan orang lain secara efektif. Pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi termasuk dalam hal ini kemampuan kognitif dan psikomotor seseorang dalam bersosialisasi. Remaja tunarungu pada tingkatan usia SD cenderung lebih mengalami social ansietas karena selain dari faktor keterbatasannya, remaja tunarungu menjadi lebih sulit untuk menerima informasi dan sulit untuk mengerti, sehingga akan mengalami kesulitan untuk menyelesaikan masalah.

Karakteristik remaja tunarungu yang meliputi usia, jenis kelamin dan pendidikan dalam penelitian ini terdistribusi normal atau homogen pada kelompok intervensi maupun kontrol. Gravetter & Forazo (2006) mengemukakan beberapa faktor yang mempengaruhi validitas suatu penelitian, diantaranya adalah faktor maturasi. Mengantisipasi hal-hal yang berhubungan dengan perkembangan fisiologis maupun psikologisnya, peneliti berusaha untuk mengendalikan atau membatasi faktor-faktor yang nantinya berpengaruh sebagai variabel perancu dalam penelitian ini.

Penelitian dengan jenis terapi yang sama belum pernah dilakukan untuk tingkatan usia tersebut. Penelitian tentang terapi SST yang dilakukan oleh Renidayati (2009) diberikan pada berbagai tingkatan usia, penelitian *cognitive behavioral social skills training* (CBSST) yang dilakukan Jumaini (2011) diberikan pada tingkat usia dewasa, dan penelitian yang dilakukan oleh Hapsari (2010) hanya diberikan pada siswa SMP saja atau pada tingkatan usia remaja awal.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui terapi SST memiliki pengaruh bermakna terhadap keterampilan sosialisasi remaja tunarungu setelah dikoreksi oleh usia, jenis kelamin dan pendidikan. Karakteristik yang paling berkontribusi terhadap keterampilan sosialisasi adalah pendidikan. Terapi SST memberi pengaruh

bermakna terhadap *social anxiety* setelah dikoreksi oleh keterampilan sosialisasi, usia, jenis kelamin dan pendidikan. *Social skills training* bertujuan untuk meningkatkan keterampilan interpersonal pada klien dengan gangguan hubungan interpersonal dengan melatih keterampilan klien yang selalu digunakan dalam hubungan dengan orang lain dan lingkungan (Stuart ,2009; Vacarolis, 2010; Kneisl, 2004).

Penelitian Jupp dan Griffiths (1990, dalam Prawitasari, 2002) terhadap anak-anak pemalu dan terisolasi sosial menunjukkan bahwa konsep diri anak meningkat dan berkurangnya kecenderungan melakukan penilaian negatif terhadap diri dan meningkatnya secara signifikan kemampuan anak-anak dalam berinteraksi. *Social skills training* sebagai salah satu teknik modifikasi perilaku telah banyak dilakukan dan diteliti pula tingkat keberhasilannya. Efektif digunakan untuk meningkatkan kemampuan seseorang untuk berinteraksi, meningkatkan harga diri, meningkatkan kineja dan menurunkan tingkat kecemasan. Terapi ini dapat diberikan pada klien; skizofrenia, klien depresi, ansietas dan fobia sosial yang mengalami masalah isolasi sosial, harga diri rendah, perilaku kekerasan dan cemas.

Pelaksanaan terapi SST dengan menggunakan metode kelompok dengan pembentukan kelompok yang anggotanya terdiri dari berbagai tingkat usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan akan melatih keterampilan remaja tunarungu dalam menghadapi dan terlibat hubungan interpersonal. Remaja tunarungu akan mengidentifikasi bersama keterampilan yang akan dilatih, memberi kesempatan untuk berlatih keterampilan baru dan menerima umpan balik atas keterampilan yang telah dilakukan dari anggota kelompok. SST bagi Remaja tunarungu yang mengalami kesulitan dan ketidakmampuan berinteraksi, merupakan miniatur masyarakat sesungguhnya, karena masing-masing anggota mendapatkan kesempatan melakukan praktek dalam kelompok.

## 6.5 Keterbatasan Penelitian

Setiap penelitian mempunyai risiko mengalami kelemahan yang diakibatkan adanya keterbatasan-keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian. Peneliti

menyadari keterbatasan dari penelitian ini disebabkan oleh beberapa faktor yang meliputi karakteristik tempat penelitian dan proses pelaksanaan penelitian.

### **6.5.1 Karakteristik Tempat Penelitian**

Pengumpulan data dan pengukuran variabel dilakukan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah tindakan terapi SST. Salah satu hal yang menurut peneliti menjadi penghambat adalah kedua SLB tersebut mempunyai karakteristik yang berbeda, dimana SLB Dena Upakara merupakan SLB yang keseluruhan siswanya berjenis kelamin perempuan, sedangkan SLB Karya Bhakti merupakan SLB khusus untuk siswa laki-laki. Padahal dalam penelitian untuk memenuhi asas distribusi yang setara antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol maka pemberian terapi SST harus diberikan pada kedua jenis kelamin tersebut, maka pada satu lokasi penelitian didalamnya terdapat kelompok intervensi dan terdapat pula kelompok kontrol tersebut.

Meskipun telah diantisipasi supaya tidak terjadi bias, dengan membagi kelompok berdasarkan letak asrama supaya antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol tidak saling berinteraksi, namun tidak bisa dihindari bahwa mereka mendapatkan metode pendidikan dan pola pengasuhan di asrama dengan pengelolaan yang sama. Sehingga intervensi berupa kegiatan yang dilakukan di asrama maupun sekolah cenderung sama antara responden yang berada pada kelompok intervensi dengan yang berada pada kelompok kontrol.

### **6.5.2 Proses Pelaksanaan Penelitian**

Keterbatasan dalam proses pelaksanaan penelitian salah satunya adalah masalah waktu pelaksanaan pemberian terapi SST yang sangat pendek. Sesuai jadwal pembelajaran di sekolah, siswa SD dibawah kelas 6, SMP kelas 1 dan 2, serta SMA kelas 1 dan 2, terjadwal akan menghadapi ujian kenaikan kelas. Sehingga peneliti menggabungkan antara 2-3 kelompok untuk setiap pertemuannya. Mulai jam 16.00 sampai dengan jam 20.30 wib. Bagi kelompok yang diberikan terapi pada jam 16.00 tidak menemui kendala karena mereka sudah istirahat siang sehingga kondisi

tubuh dan konsentrasinya cukup baik. Namun bagi kelompok yang mengikuti kegiatan terapi di malam hari, mereka nampak sedikit lelah, kurang bersemangat dan konsentrasinya menurun karena mengantuk. Sedangkan kegiatan pemberian terapi tidak mungkin dilakukan pada jam-jam aktif belajar mereka di kelas.

Selain itu, batas waktu yang terlalu dekat antara pre-test dengan post-test sehingga perubahan perilaku yang diharapkan sebagai efek pemberian terapi SST belum begitu terlihat. Responden tidak cukup waktu untuk membudayakan perilaku baru yang diajarkan untuk dinilai. Jarak yang terlalu dekat menyebabkan adanya kemungkinan bahwa pada pengisian kuesioner yang pertama (*pre-test*), responden cenderung memberikan jawaban yang spontan atau apa adanya. Sementara pada pengukuran pasca perlakuan, spontanitas responden dalam memberikan jawaban berkurang, karena mereka sudah lebih familiar terhadap pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner tersebut. Sehingga responden cenderung memberikan jawaban sesuai dengan nilai-nilai yang berlaku di lingkungan sosialnya. Meskipun ada kemungkinan hal itu terjadi dalam penelitian ini, namun peneliti berpendapat bahwa pengisian kuesioner yang dilakukan oleh responden cukup obyektif pada saat *pre-test* maupun *post-test*.

Keterbatasan lain yang didapat selama pemberian terapi SST adalah, penggunaan beberapa bahasa yang berada didalam buku kerja responden yang masih banyak terdapat bahasa-bahasa modul. Sehingga responden membutuhkan penjelasan yang mendalam untuk memahami isi perintah penggunaan dan pengisian buku kerja. Selain itu, ada beberapa responden merupakan siswa baru di sekolah itu. Sebelumnya mereka bersekolah di SLB negeri yang tidak berasrama dan pola pengajaran yang berbeda. Pemahaman kosakata responden tersebut cenderung lebih lemah dibanding responden-responden lain, sehingga terapis menggunakan kekuatan kelompok untuk memperlancar proses terapi,

namun demikian tetap saja menyebabkan kecepatan pemberian latihan menjadi lebih lambat dibandingkan kelompok lain.

## 6.6 Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh terapi SST terhadap peningkatan skor keterampilan sosialisasi dan penurunan skor social anxiety pada remaja tunarungu meskipun tidak berpengaruh secara signifikan. Berikut ini diuraikan implikasi hasil penelitian terhadap:

### 6.6.1 Pelayanan Keperawatan Jiwa

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya perubahan skor peningkatan pada keterampilan sosialisasi dan penurunan social anxiety remaja tunarungu yang signifikan. Hasil penelitian ini memberikan implikasi bagi pelayanan keperawatan jiwa bahwa masalah *social anxiety* dan keterampilan sosialisasi akan mencapai hasil yang lebih optimal bila diberikan intervensi terapi SST.

Perubahan skor keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa, pola asuh, program pembelajaran serta tenaga-tenaga pengasuh maupun pendidik pada kedua SLB tersebut sudah cukup bagus. Namun perubahan skor yang lebih besar pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa, dengan terapi SST, maka pencapaian keterampilan sosialisasi pada remaja tunarungu akan menjadi lebih optimal. Peneliti yakin bahwa pemberian pola asuh dan program pembelajaran yang sudah diterapkan selama ini ditambah dengan pemberian terapi SST oleh perawat spesialis jiwa, maka pencapaian skor maksimal mengacu pada kuesioner keterampilan sosialisasi akan menjadi lebih cepat.

Pemberian terapi yang cukup singkat yaitu selama kurang lebih 4 (empat) minggu telah memberikan hasil yang signifikan. Peneliti berkeyakinan bahwa apabila dilakukan pendampingan sekitar 4 minggu kemudian oleh perawat spesialis jiwa dalam proses penerapan perilaku baru dari latihan terapi SST yang telah

diajarkan, maka bisa dimungkinkan remaja tunarungu akan mencapai skor maksimal.

Penelitian ini mendapatkan dukungan dan sambutan yang sangat baik dari pihak sekolah, pengelola asrama dan pengurus yayasan serta siswa yang terlibat didalam penelitian di kedua SLB. Hasil positif yang dicapai dalam penelitian ini meningkatkan motivasi sekolah untuk menindaklanjuti kegiatan yang telah dilakukan, serta akan dimasukkan ke dalam program pembinaan konseling di sekolah dan di asrama. Siswa yang mendapatkan terapi SST sangat antusias mengikuti kegiatan latihan. Mereka selalu datang tepat waktu, bahkan telah berkumpul sebelum kegiatan latihan dilakukan. Guru pendamping sebagai fasilitator sangat membantu kelancaran proses komunikasi antara peneliti dengan responden. Meskipun pada prinsipnya antara terapis dan responden tidak mengalami kesulitan untuk berkomunikasi, akan tetapi peran fasilitator ini sangat penting. Bahkan pimpinan yayasan dan kepala sekolah menyempatkan diri untuk memantau dan memfasilitasi kegiatan reponden.

Hal ini akan membuka peluang bagi perawat spesialis jiwa untuk membina kerjasama dengan institusi pendidikan bahkan nantinya bisa memasuki program puskesmas untuk bidang unnit kesehatan sekolah (UKS) khusus SLB dalam mengatasi masalah psikologis siswa yang dapat mempengaruhi prestasi belajar dan mempersiapkan generasi penyandang tunarungu yang mampu bertahan di lingkungan sosialnya dan mampu bersaing di dunia kerja dan masyarakat yang lebih luas. Sehingga tidak tergantung dari belas kasihan orang lain dan dapat diterima di masyarakat.

Hasil-hasil penelitian yang didapatkan dan identifikasi adanya temuan masalah selama proses penelitian menjadi informasi penting bagi pihak sekolah, dan perlu ditindaklanjuti dengan

melibatkan perawat jiwa dalam hal ini peneliti sebagai fasilitator bagi siswa dan pihak sekolah baik itu guru maupun pengasuh di asrama.

### **6.6.2 Pendidikan Keperawatan**

Hasil penelitian ini dapat dipergunakan untuk melengkapi hasil kajian yang telah ada dengan menjadikan terapi SST sebagai alternatif terapi untuk mengatasi masalah *social anxiety* di lingkup area khusus yaitu SLB. Sehingga temuan dalam penelitian ini, melengkapi dari hasil-hasil penelitian sebelumnya tentang terapi SST, yang mana terapi SST pernah diberikan pada pasien gangguan jiwa pada berbagai tingkat usia secara individu, diberikan pada pasien gangguan jiwa isolasi sosial pada usia dewasa secara kelompok dengan kombinasi terapi yaitu CBSST, SST diberikan pada usia lanjut yang kesepian dalam bentuk kelompok, dan pernah diberikan pada siswa SMP dalam bentuk kelompok. Hasil penelitian tentang terapi SST pada remaja tunarungu ini sebagai pembuktian bahwa terapi SST dapat diberikan pula pada kelompok-kelompok khusus tersebut dengan melakukan beberapa pertimbangan modifikasi teknis pemberian latihannya, sehingga mudah untuk diterima atau dipahami oleh responden.

### **6.6.3 Kepentingan Penelitian**

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya pengaruh dari pemberian terapi SST terhadap keterampilan sosialisasi dan berpengaruh pula terhadap *social anxiety* pada remaja tunarungu. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar bagi peneliti selanjutnya dengan melihat berbagai kendala selama penelitian, peneliti selanjutnya dapat menemukan metode, atau modifikasi pada modul maupun bentuk pemberian terapi SST ini, sehingga dapat diperoleh formula terapi SST khusus bagi orang-orang yang memiliki kebutuhan khusus atau yang sering disebut *special needs* ini.

## BAB 7

### SIMPULAN DAN SARAN

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

#### 7.1 Simpulan

- 7.1.1 Karakteristik remaja tunarungu rata-rata berusia 15,18 tahun dengan rentang usia sesuai dengan kriteria usia remaja yang dikemukakan dalam teori, kebanyakan berjenis kelamin perempuan dan tingkat pendidikan paling banyak SD.
- 7.1.2 Hasil penelitian menunjukkan bahwa terapi SST meningkatkan keterampilan sosialisasi remaja tunarungu secara bermakna. Perubahan skor antara sebelum dengan sesudah pemberian terapi SST berada pada kategori keterampilan sosialisasi yang baik berdasar cut of point kuesioner keterampilan sosialisasi remaja tunarungu.
- 7.1.3 Terapi SST menurunkan *social anxiety* remaja tunarungu secara bermakna. Perubahan skor *social anxiety* sebelum dan sesudah pemberian terapi SST berada pada tingkatan *social anxiety* sedang.
- 7.1.3 Keterampilan sosialisasi pada remaja tunarungu tidak berhubungan dengan *social anxiety* remaja tunarungu, baik sebelum maupun sesudah pemberian terapi SST pada kelompok intervensi remaja tunarungu.
- 7.1.4 Terapi SST berpengaruh terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* remaja tunarungu. Karakteristik tingkat pendidikan pada remaja tunarungu berkontribusi terhadap perubahan keterampilan sosialisasi remaja tunarungu. Sedangkan karakteristik tidak berkontribusi terhadap perubahan *social anxiety* remaja tunarungu.

## 7.2 Saran

Terkait dengan simpulan hasil penelitian, ada beberapa hal yang dapat disarankan demi keperluan pengembangan hasil penelitian pengaruh SST terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* pada remaja tunarungu di SLB Kabupaten Wonosobo.

### 7.2.1 Aplikasi keperawatan

7.2.1.1 Dinas kesehatan hendaknya menempatkan perawat spesialis jiwa di puskesmas yang dapat melakukan *follow-up* terhadap pelaksanaan terapi SST di lingkup komunitas dan area khusus seperti sekolah luar biasa (SLB), melalui program UKS SLB.

7.2.1.2 Peneliti dalam hal ini mahasiswa S2 Keperawatan jiwa hendaknya melakukan sosialisasi hasil penelitian tentang terapi SST kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Wonosobo, Dinas Pendidikan Pemuda dan Olahraga, pihak Sekolah Luar Biasa (SLB) beserta ketua yayasan di kedua sekolah tersebut terkait hasil penelitian meliputi: tingkat perkembangan pada usia remaja, mekanisme coping pada siswa tunarungu yang mengalami *social anxiety* terutama pada usia remaja, pemberian terapi SST untuk mengoptimalkan keterampilan sosialisasi pada anak berkebutuhan, terutama pada tunarungu.

7.2.1.3 Praktek mandiri perawat spesialis jiwa hendaknya menggunakan pedoman terapi SST sebagai aplikasi nyata dalam merawat klien yang mengalami masalah *social anxiety* dan masalah berhubungan dengan orang lain.

7.1.2.4 Spesialis keperawatan jiwa dapat menerapkan terapi SST pada anak berkebutuhan khusus terutama pada tunarungu yang mengalami masalah *social anxiety* guna meningkatkan keterampilan sosialnya.

## 7.2.2 Keilmuan.

7.2.2.1 Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya lebih mengeksplorasi konsep dan teori keperawatan terkait dengan masalah psikologis pada anak-anak berkebutuhan. Serta lebih mengembangkan penelitian-penelitian terutama yang terkait dengan masalah psikologis pada anak berkebutuhan khususnya pada tunarungu, untuk menghasilkan modifikasi terapi SST yang mudah untuk diterapkan pada penyandang tunarungu.

7.2.2.2 Pihak pendidikan tinggi keperawatan sebaiknya mengeksplorasi lebih dalam mengenai screening untuk masalah *social anxiety* terkait dengan usia, jenis kelamin dan pendidikan.

## 7.2.3 Penelitian

7.2.3.1 Bagi peneliti yang akan melakukan penelitian replikasi perlu memperhatikan faktor-faktor lain yang kemungkinan sebagai perancu dalam penelitian, yang dapat mempengaruhi keberhasilan terapi SST sebagai salah satu metode untuk meningkatkan keterampilan sosialisasi serta penyelesaian masalah *social anxiety*.

7.2.3.2 Perlu dilakukan penyempurnaan pelaksanaan terapi SST terkait dengan waktu penelitian yang tersedia.

7.2.3.3 Perlu melibatkan tenaga dengan kompetensi dan jumlah yang sesuai saat melakukan penelitian, sebagai antisipasi dalam mengatasi keterbatasan waktu pelaksanaan terapi.

7.2.3.4 Penelitian selanjutnya hendaknya mempertimbangkan mengenai lokasi penelitian. Sebaiknya responden/subyek penelitian tinggal di lingkungan masyarakat, sehingga stressor ataupun support system yang mereka dapatkan bervariasi.

7.2.3.5 Penelitian selanjutnya sebaiknya pengukuran dilakukan tidak hanya sebelum dan segera sesudah terapi diberikan, tetapi perlu juga dilakukan sekurang-kurangnya 3-6 bulan setelah pemberian terapi. Hal ini untuk memberi kesempatan responden menerapkan dan membudayakan perilaku positif yang baru dipelajarinya dalam kehidupan sehari-harinya. Sehingga dapat diperoleh dampak pemberian terapi SST terhadap perubahan keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* secara spesifik.



## DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. *UCLA Social and Independent Living Skills Modules*.  
<http://www.psychrehab.com/pdf/Prosectus.pdf>. Diperoleh 26 Januari 2012.
- Antony, M.M., & Swinson, R.P. (2008). *The shyness and social workbook: Proven, step-by-step techniques for overcoming your fear* (2nd ed). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Arikunto, S. (2005). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi revisi. Jakarta : Rineka Cipta
- Cannistraro, Paula, & Rauch, S.L. (2004). Neural circuitry of anxiety: evidence from structural and functioning neuro imaging studies. (2008  
<http://www.medworkmedia.com/psychopharbulletin/pdf/15/2008.025PBAnt.cannistraro.pdf>. diperoleh 24 Maret 2012)
- Chen, K, & walk. (2006). *Social Skills Training Intervension for Student with Emotional/Behavioral Disorder : A Literature Review from American Perspective*. (2006, [www.ccbd.net/dokuments/bb/BB.15\(3\)%social % 20 skills pdf](http://www.ccbd.net/dokuments/bb/BB.15(3)%social%20skills.pdf). Diperoleh 26 Januari 2012)
- Delphie, B. (2009). *Psikologi Perkembangan (Anak Berkebutuhan Khusus)*. Klaten: Insan Sejati.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Pendoman Pelayanan Kesehatan Anak di Sekolah Luar Biasa (SLB)*. <http://www..depkes.go.id/IndonesiaNasional.pdf>. Februari 22, 2009.
- Departemen Pendidikan Nasional. (2006). *Kebijaksanaan dan Program Direktorat Pembinaan Sekolah Luar Biasa*. Jakarta: Direktorat Jenderal Manajemen Pendidikan Dasar dan Menengah.
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Efendi, Jon. (2000). *Bimbingan Sosial Psikologis pada Anak Tunarungu*.  
<http://etd.eprints.ums.ac.id/3751/1/F100040228.pdf>. Diperoleh 28 Februari 2012
- Fontaine, K.L. (2009). *Mental Health Nursing*. 6<sup>th</sup> ed. New Jersey : Pearson Prentice Hall.
- Hapsari, M.I & Hasanat, N.U (2010). *Efektifitas Pelatihan Keterampilan Sosial pada Remaja dengan Gangguan Kecemasan*. [www. Jurnal.ump.ac.id/index.php/psikologi/article/view](http://www.jurnal.ump.ac.id/index.php/psikologi/article/view). Maret 14, 2012
- Harb, H.M, Heimberg, R.G (2000). *An overview off cognitive behavioral group therapy for social phobia*. [www.guilford.com/excerpts/heimberg22.pdf](http://www.guilford.com/excerpts/heimberg22.pdf). Maret 3, 2012.
- Hastono, S.P. (2006) *Basic data analysis for health research*. Tidak dipublikasikan. Depok: FKM-UI

- Herbert, J.D & Kasdan, T.B (2001). *Social Anxiety Disorder in Childhood and Adolescence: Current Status and Future Directions*. [www.mason.gmu.edu/tkashdan/childsad/pdf](http://www.mason.gmu.edu/tkashdan/childsad/pdf). Maret 8,2012.
- Hidayat, A.A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta : Salemba Medika.
- Jumaini. (2010). *Pengaruh Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST) terhadap Kemampuan bersosialisasi Klien Isolasi Sosial di BLU RS Dr. H. Marzoeeki Mahdi Bogor*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan
- Kaplan & Saddock (2005). *Synopsis of psychiatric science clinical psychiatric*. Baltimore: William & Wilkins.
- Kinsep, P & Nathan, P. (2004). *Social skills training for severe mental disorder*. <http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/Socialskills%20Pt-intrao.pdf>, Januari 29, 2012.
- Kneisl, C.R., Wilson, H.S., & Trigoboff, E. (2004). *Contemporary Psychiatry Mental Health Nursing*. New Jersey : Pearson Prentice Hall
- La Greca, A.M, Lopez, N (1998). *Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relation and friendships*. *Journal of Abnormal Child Psychology*. [www.academicjournals.org](http://www.academicjournals.org). Februari 27, 2012.
- Lemeshow, et al. (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Penerjemah: Dibyo Pramono. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Mangunsong, F. (2009). *Psikologi Pendidikan Anak Berkebutuhan Khusus*. Depok:LPSP3
- Mangunsong, F. (2010). *Anak Berkebutuhan Khusus dan Intervensi Psikoedukasi Materi National Series Training and Workshop for Special Teacher*. Jakarta: Depdiknas
- Maramis, W.F. (2008). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : airlangga University Press.
- McQuaid, dkk. (2000). *Development of an Integrated Cognitive-Behavioral and Social Skills training Intervention for Older Patients With Schizophrenia*. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(3), 149-156
- Nemeroff, C. (2004). *The role of GABA in the pathophysiology and the treatment of anxiety disorder*. Atlanta: University School of Medicine.
- Novianti, E. (2010). *Manajemen Asuhan Keperawatan Potensial Pembentukan Identitas Diri Remaja dengan Pendekatan Model Health Promotion di RW 07 Kelurahan Katulampa Bogor Timur*. Karya Ilmiah Akhir FIK-UI. Tidak Dipublikasikan
- Prawitasari, dkk. (2002). *Psikoterapi Pendekatan Konvensional dan Kontemporer*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar dan Unit Publikasi Fakultas Psikologi UGM.

- Purwanto, H. (1998). *Ortopedagogik Umum*. Urusan Pendidikan Luar Biasa. Fakultas Ilmu Pendidikan: IKIP Yogyakarta
- Ramdhani, N. (2002). *Pelatihan Keterampilan Sosial untuk Terapi Kesulitan Bergaul*. <http://lib-ugm.ac.id/data/pubdata/ketsos> pdf. Februari 13, 2012
- 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
- Richards, T.A. (2002). What is comprehensive cognitive behavioral therapy: How is CBT used to overcome social anxiety disorder. (2002, <http://www.SAI.com>. Diperoleh 23 Maret 2012)
- Tarwoto & Wortinah. (2003). *Kebutuhan dasar manusia dalam proses keperawatan*. Edisi pertama. Jakarta : Salemba Medika
- Sabri, L, & Hastono, S,P,. (2010). *Statistik Kesehatan* (Edisi keempat). Jakarta : Rajawali Pers.
- Sadjaah, E. (2005). *Pendidikan Bahasa Bagi Anak Gangguan Pendengaran Dalam Keluarga*. Jakarta: Depdiknas Dirjen Pendidikan Tinggi Direktorat Pembinaan Pendidikan Tenaga Kependidikan Dan Ketenagaan Perguruan Tinggi.
- 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
- Sastroasmoro, S, & Ismael, S,. (2010). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Edisi ke-3. Jakarta : Sagung Seto.
- Somad, P. (1996). *Ortopedagogik Anak Tunarungu*. Jakarta: Depdikbud
- Stuart, G.W. (2009). *Principles and practice of pshychiatric nursing* (9<sup>th</sup> ed). Louis Missouri: Mosby Elsevier.
- Sugiyono. (2006). *Statistik Untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta.
- Suparno. (2001). *Pendidikan Anak Tunarungu*. Yogyakarta. PLB FIP UNY.
- Supartini, E. (2003). *Patologi Wicara*. Yogyakarta: FIP UNY
- Supriyanto, S. (2007). *Metodologi Riset*. Surabaya : Program Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM-Unair
- Tarwoto & Wortinah. (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. & Halter, M.J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursin: a Clinical Approach*. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Missouri

Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.

Wheeler, K. (2008). *Psychotherapy for the Advanced Practice Psychiatric Nurse*. St. Louis : Mosby, Inc.

Winarsih, M. (2007). *Intervensi Dini Bagi Anak Tunarungu Dalam Pemerolehan Bahasa*. Jakarta: Depdiknas Dirjen Pendidikan Tinggi Direktorat Ketenagaan.

Workshop Keperawatan Jiwa FIK UI. (2011). *Draft Standar Asuhan Keperawatan Program Spesialis Jiwa*. Tidak dipublikasikan







**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Lampiran 2

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

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

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

**Pengaruh *Social Skills Training* (SST) Terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* pada Remaja Tunarungu di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Wonosobo.**

Nama peneliti utama : **Sambodo Sriadi Pinilih**

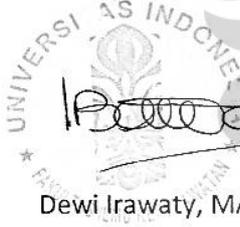
Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 25 April 2012

Dekan,

Ketua,



Dewi Irawaty, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

## KETERANGAN LOLOS EXPERT VALIDITY

Expert Validity Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Guna melindungi Hak Asasi dalam kesejahteraan subjek penelitian, Keperawatan Jiwa telah mengkaji dengan teliti **Modul *Social Skills Training (SST)* pada Remaja Tunarungu dengan *Social Anxiety***, yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh *Social Skills Training (SST)* Terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* Remaja Tunarungu di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Wonosobo.

Nama Peneliti : Sambodo Sriadi Pinilih  
NPM : 1006748886  
Nama Institusi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Modul **DISETUJUI** untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Depok, April 2012

Expert Validity



Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.K.p, M.App.Sc

## KETERANGAN LOLOS UJI KOMPETENSI

Tim penguji kompetensi keperawatan jiwa Universitas Indonesia dalam upaya melindungi Hak Asasi dalam kesejahteraan subjek penelitian keperawatan jiwa telah mengkaji dengan teliti **Modul *Social Skills Training (SST) Pada Remaja Tunarungu dengan Social Anxiety***, yang akan digunakan dalam penelitian yang berjudul Pengaruh *Social Skills Training (SST)* Terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* Remaja Tunarungu di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Wonosobo.

Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia telah melakukan uji kompetensi pada:

Nama : Sambodo Sriadi Pinilih

NPM : 1006748886

Nama Institusi : Universitas Indonesia dan telah dinyatakan **LULUS** untuk melaksanakan Terapi *Social Skills Training (SST)* pada Remaja Tunarungu di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Wonosobo.

Depok, April 2012

Pembimbing,

Penguji,



Prof. Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc



Ice Yulia Wardani, Skp, M.kep, Sp.Kep.J

## PENJELASAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengaruh *Social Skills Training* (SST) terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* pada Remaja Tunarungu di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Wonosobo.

Peneliti : Sambodo Sriadi Pinilih

Pembimbing I : Prof. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp, M.App.Sc

Pembimbing II : Ir. Yusron Nasution, MKM

Program Studi : Pasca Sarjana FIK-UI

Alamat : Kwayuhan, RT 04/RW 08, Kelurahan Gelangan, Kecamatan Magelang Tengah, Kota Magelang, Kode Pos 56112

Nomor telephone : 081392951333

Saya Sambodo Sriadi Pinilih (Mahasiswa Program Magister Keperawatan Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia) bermaksud mengadakan penelitian untuk mengetahui pengaruh *social skills training* (SST) terhadap keterampilan sosialisasi dan *social anxiety* pada remaja tunarungu di sekolah luar biasa (SLB) Kabupaten Wonosobo. Hasil penelitian ini akan direkomendasikan sebagai masukan untuk program pelayanan keperawatan jiwa di tatanan komunitas khususnya di sekolah luar biasa dalam meningkatkan keterampilan sosialisasi untuk mengatasi masalah *social anxiety* (kecemasan sosial) pada siswa tunarungu.

Responden penelitian ini akan dibagi dalam dua kelompok, yaitu kelompok yang akan diberikan terapi SST dan kelompok yang tidak diberikan terapi SST. Jumlah remaja tunarungu di kedua SLB di kabupaten Wonosobo 76 orang, maka akan dibagi menjadi dua kelompok yaitu 38 orang kelompok intervensi yaitu akan

mendapatkan tindakan terapi SST dan 38 orang di kelompok kontrol atau kelompok yang tidak mendapatkan tindakan terapi SST.

Terapi SST yang akan diberikan pada kelompok intervensi terdiri dari 5 (lima) sesi, dimana antara sesi 1-4, akan dilakukan 2 kali pertemuan, sedangkan sesi ke-5 akan dilakukan 1 kali pertemuan. Masing-masing pertemuan membutuhkan waktu 60 menit. Responden diharapkan mengikuti proses terapi secara keseluruhan pada kelompok yang sama dengan mematuhi aturan yang akan disepakati pada pertemuan pertama.

Kesulitan dalam komunikasi antara peneliti dengan responden, akan diantisipasi dengan cara mengikutsertakan seorang guru pembimbing, yang ditunjuk oleh pihak sekolah dan dianggap expert dalam bidang bahasa isyarat atau komunikasi oral. Serta dianggap memahami perilaku responden. Guru pendamping tersebut akan mengikuti selama proses penelitian berlangsung, mulai dari proses sosialisasi sampai dengan pengambilan data dilakukan. Selain sebagai pendamping, harapannya adalah guru pendamping tersebut bisa melanjutkan pengawasan untuk latihan dan aplikasi dari kelangsungan terapi yang sudah diberikan dalam kehidupan sehari-hari responden di sekolah dan di asrama.

Peneliti menjamin sepenuhnya bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi siapapun, hanya menambah jenis kegiatan remaja tunarungu di sekolah dan di asrama. Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dan akan menghormati tata tertib dan peraturan yang ditetapkan oleh pihak sekolah dan asrama, dengan cara: 1) menjaga kerahasiaan data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan data, analisis data, maupun penyajian hasil penelitian nantinya, 2) menjaga kerahasiaan identitas responden kecuali individu yang terlibat dalam penelitian dan orang-orang yang berkepentingan dengan penelitian ini, 3) menghargai hak responden untuk tidak terlibat dalam penelitian dan mengundurkan diri dalam proses penelitian. Melalui penjelasan singkat ini, peneliti mengharapkan kesediaan anda untuk menjadi responden. Terima kasih atas partisipasinya.

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca dan memahami penjelasan penelitian, saya bersedia turut berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh:

Nama : Sambodo Sriadi Pinilih

NPM : 1006748886

Judul : Pengaruh *Social Skills Training* (SST) terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* pada Remaja Tunarungu di Sekolah Luar Biasa (SLB) di Kabupaten Wonosobo.

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya, oleh karena itu saya bersedia menjadi responden dan mematuhi segala ketentuan pada penelitian ini.

....., Mei 2012

Responden

( )



**Universitas Indonesia**

**MODUL**

***SOCIAL SKILLS TRAINING (SST) PADA  
REMAJA TUNARUNGU DENGAN SOCIAL ANXIETY***

**Oleh:**

**Ns. Renidayati, M.Kep., S.Kep,J  
Prof. Dr. Budi Anna Keliat, SKp,M.App.Sc  
Ns. Sambodo Sriadi Pinilih, S.Kep**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
TAHUN 2012**

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan “**Modul Social Skills Training (SST) pada Remaja Tunarungu dengan Social Anxiety**”. Modul ini disusun dalam rangka pelaksanaan penelitian (Tesis) yaitu Pengaruh *Social Skills Training (SST)* Terhadap Keterampilan Sosialisasi dan *Social Anxiety* Remaja Tunarungu di Sekolah Luar Biasa (SLB) Kabupaten Wonosobo tahun 2012.

Modul ini adalah pedoman yang digunakan di masyarakat khususnya berbasis sekolah luar biasa yang dapat menuntun remaja tunarungu untuk melatih dirinya meningkatkan keterampilan sosialisasinya, di lingkungan rumah, sekolah, dan di masyarakat. Modul ini di dalamnya menguraikan pelaksanaan kegiatan latihan keterampilan sosial untuk mengatasi masalah *social anxiety* pada remaja tunarungu.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Rektor Universitas Indonesia.
2. Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia beserta jajarannya atas ijin dan dukungannya.
3. Prof. Dr Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc selaku pembimbing.
4. Ibu Ice Yulia W., S.Kp, M.Kep, Sp.Kep.J selaku penguji.

Modul ini masih memerlukan penyempurnaan, maka saran dan kritik yang membangun dari pembaca sangat penulis hikan demi kesempurnaan modul ini. Semoga modul ini dapat bermanfaat memberi arah dalam penerapan *social skills training (SST)* untuk meningkatkan keterampilan sosialisasi pada remaja tunarungu yang mengalami *social anxiety*.

Depok, April 2012

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>Halaman Sampul.....</b>		<b>i</b>
<b>Kata Pengantar.....</b>		<b>ii</b>
<b>Daftar Isi</b>		<b>iii</b>
<b>BAB I</b>	<b>PENDAHULUAN.....</b>	
	<b>1.1 Latar Belakang.....</b>	
	<b>1.2 Tujuan.....</b>	
	<b>1.3 Manfaat .....</b>	
<b>BAB II</b>	<b>PROSES PELAKSANAAN <i>SOCIAL SKILLS TRAINING</i> (SST)....</b>	
	<b>2.1 Sesi 1.....</b>	
	<b>2.2 Sesi 2.....</b>	
	<b>2.3 Sesi 3.....</b>	
	<b>2.4 Sesi 4.....</b>	
	<b>2.5 Sesi 5.....</b>	
<b>BAB V</b>	<b>PENUTUP.....</b>	
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>		

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Tunarungu merupakan salah satu dari beberapa jenis kecacatan. Kecacatan pada tunarungu berbeda dengan penyandang cacat lainnya, karena kecacatan pada penyandang tunarungu tidak terlihat. Sehingga penyandang tunarungu sering disebut cacat yang tidak nampak. Gangguan pendengaran pada tunarungu akan menimbulkan konsekuensi yang paling penting berupa keterlambatan perkembangan bicara dan bahasa. Keterlambatan ini dapat menyebabkan masalah sosial dan emosional sehingga memungkinkan terjadinya kegagalan akademis pada anak usia sekolah.

Hambatan fisik yang dimiliki anak tunarungu dapat berpengaruh pada perkembangan psikologis dan sosial. Hal tersebut dikarenakan mereka memiliki berbagai sumber stres yang membuatnya digolongkan menjadi individu yang memiliki faktor risiko tinggi. Taylor (2007) mengatakan bahwa ancaman gangguan fisik yang terjadi dalam kehidupan individu dapat menjadi stressor yang bisa menyebabkan terjadinya stress dan ansietas. Gangguan fisik dapat mengancam integritas diri seseorang, ancaman tersebut dapat berupa ancaman eksternal dan internal (Stuart, 2009). Komunikasi anak tunarungu mengalami kendala karena kecacatan secara fisik pada tunarungu menyebabkan kurang atau tidak dapat merespon perintah-perintah secara verbal sehingga tidak mampu untuk menangkap dan menyampaikan suatu masalah.

Hambatan dari aspek psikologis dan sosial pada tunarungu akan muncul apabila individu telah berinteraksi dengan lingkungannya. Mereka merasa terasing, muncul perasaan tidak dipahami, ansietas, merasa frustrasi karena tidak mengerti pesan yang disampaikan secara verbal dari lingkungan sosialnya (Mangunsong, 2010). Sehingga Anak tunarungu cenderung menunjukkan perilaku kekakuan, egosentris yang meningkat atau menjadi mudah tersinggung, dan keras kepala.

Masalah pada anak tunarungu cenderung semakin kompleks ketika mereka beranjak remaja. Usia remaja merupakan masa transisi perkembangan yang paling menentukan dari seorang anak menjadi dewasa dan dianggap masa penuh gejolak karena terjadi berbagai perubahan pada fisik, psikologis dan sosial. Remaja mempunyai tugas-tugas perkembangan yang harus dipenuhinya, yang seluruh aspek perkembangannya bertujuan untuk pembentukan identitas diri (Ericson, dalam Wheeler, 2008). Menurut Brooks-Gunn dan Greber (dalam Novianti, 2010), identitas diri lebih banyak ditandai dengan upaya mencari keseimbangan antara kebutuhan otonomi dan kebutuhan interpersonal. Konsekuensi paling penting pada anak tunarungu adalah keterlambatan perkembangan bicara dan bahasa yang mengakibatkan hubungan interpersonal dengan orang lain mengalami hambatan. Remaja yang mengalami tunarungu berisiko mengalami masalah emosional berupa *anxiety sosial (social anxiety)*, sebab anak yang terlahir tunarungu cenderung memiliki emosi yang tidak stabil dan tumbuh sebagai anak yang kurang memiliki percaya diri terutama saat berada di lingkungan sosial.

Masalah dalam melakukan hubungan dengan orang lain disebabkan karena kecacatannya itu diperlukan peran perawat khusus terapi dalam mengatasi masalah tersebut. Salah satu terapi untuk mengatasi *social anxiety* yaitu latihan keterampilan sosial. Latihan keterampilan sosial (*social skills training*) merupakan kemampuan yang dapat dipelajari seseorang sehingga memungkinkan orang tersebut berinteraksi dengan memberikan respon positif terhadap lingkungan dan mengurangi respon negatif yang mungkin hadir pada dirinya (Cartledge & Milburn, 1995 dalam Chen 2006).

Berdasarkan uraian di atas, SST merupakan salah satu terapi psikososial yang dapat meningkatkan fungsi keterampilan sosialisasi, sehingga terapi ini dapat diterapkan pada klien dengan *social anxiety*. Perawat seyogyanya dapat menjadikan SST ini sebagai modal dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan jiwa khususnya pada klien dengan masalah psikososial berupa *social anxiety*.

## 1.2 Tujuan

### 1.2.1 Bagi Perawat

Sebagai panduan atau pedoman yang mempermudah perawat dalam memberikan psikoterapi SST khususnya pada remaja tunarungu yang mengalami *social anxiety*.

### 1.2.2 Bagi Klien

Sebagai salah satu cara untuk melatih klien khususnya remaja tunarungu yang mengalami *social anxiety* dalam meningkatkan keterampilan sosialisasi.

## 1.3 Manfaat.

Modul ini diharapkan bermanfaat bagi berbagai pihak yang terkait dan terlibat dalam pembinaan kesehatan jiwa terutama bagi penyandang kecacatan.

1.3.1 Bagi remaja tunarungu, dapat dijadikan sebagai panduan dalam meningkatkan keterampilan sosialisasi untuk mengatasi masalah *social anxiety*.

1.3.2 Bagi sekolah luar biasa, dapat dijadikan program bimbingan konseling untuk peningkatan keterampilan sosialisasi bagi siswa yang mengalami *social anxiety*.

1.3.3 Bagi perawat, dapat menerapkan perannya sebagai pelaksana dan meningkatkan pelayanan kesehatan jiwa remaja tunarungu di sekolah luar biasa.

**BAB II**  
**PELAKSANAAN *SOCIAL SKILLS TRAINING* (SST) UNTUK**  
**MENINGKATKAN KETERAMPILAN SOSIALISASI PADA SOCIAL**  
**ANSIETAS REMAJA TUNARUNGU**

Pelaksanaan latihan ini terdiri dari 5 (lima) sesi. Sesi 1 (satu) sampai dengan 4 (empat) dilakukan 2 (dua) kali pertemuan, untuk sesi 5 (lima) dilakukan 1 (satu) kali pertemuan dan masing-masing pertemuan dilaksanakan dalam waktu kurang lebih 60 (enam puluh) menit.

2.1. Sesi 1: *Orientasi kelompok, identifikasi kemampuan evaluasi diri dan Melatih kemampuan berkomunikasi*

Sesi 1 (satu) terdiri dari dua bagian latihan yaitu kemampuan melakukan evaluasi diri pada remaja dan latihan kemampuan berkomunikasi (verbal dan non verbal).

Kesadaran diri, identitas diri dan pemahaman diri remaja, diperlukan untuk dapat membentuk penilaian diri sebagai seseorang yang berarti, berharga dan menerima diri apa adanya. Hal ini diperlukan oleh remaja tunarungu, dimana karena keterbatasan fisik yang dialaminya menimbulkan masalah emosional berupa kurang percaya diri, dan rendah diri, sehingga memunculkan masalah ansietas sosial.

Menurut Stuart dan Sundeen (2005), kesadaran diri dapat ditingkatkan melalui tiga cara, yaitu:

1. Mempelajari diri sendiri.
2. Membuka diri (terbuka dan jujur).
3. Belajar dari orang lain (mau menerima feedback).

Mempelajari diri sendiri adalah saat individu mau memahami siapa dirinya dengan belajar menggali kelebihan dan kekurangan dirinya, menyadari dan mampu menerima diri sendiri. Belajar dari orang lain berarti bersedia menerima masukan (*feedback*) dari orang lain tentang penilaian mereka terhadap diri remaja yang tidak diketahuinya secara sadar.

Peningkatan keterampilan sosialisasi bagi remaja tunarungu diperlukan untuk peningkatan kesadaran diri remaja untuk mengatasi ansietas sosial yang dialaminya akibat kecacatannya, sehingga remaja dapat menghadapi berbagai perubahan yang terjadi.

Sehingga remaja tunarungu sadar tentang dirinya, potensi yang dimilikinya, mampu menerima kekurangannya. Potensi-potensi yang dimiliki serta kemampuan yang ada pada dirinya perlu digali dan disadari oleh remaja, sehingga dapat diarahkan oleh orang dewasa (orang tua dan guru), supaya potensi tersebut dapat bermanfaat bagi dirinya dan orang lain, terutama untuk kehidupannya kelak di masyarakat.

Tunarungu memiliki keterbatasan dalam memperoleh bahasa dan mengalami permasalahan dalam bicaranya. Kurang berfungsinya indera pendengaran menyebabkan anak tidak dapat menirukan ucapan kata-kata dengan benar dan jelas. Oleh sebab itu, anak tunarungu untuk mendapatkan bahasa atau kosa kata harus melalui proses belajar mengenal kosa kata dan belajar mengucapkan kata-kata dengan artikulasi yang jelas. Belajar mengucapkan kata-kata tersebut harus dilakukan secara berulang-ulang agar anak menjadi terampil dan terbiasa mengucapkan kata-kata dengan artikulasi yang jelas.

Keterbatasan secara fisik yang dimiliki dengan kemampuan bicaranya, bukan berarti membuat remaja tunarungu tidak dapat dilatih dalam kemampuan komunikasi verbalnya. Maka latihan ini diberikan untuk meningkatkan kemampuan verbal dan nonverbalnya sehingga remaja tunarungu dapat

melakukan komunikasi dengan orang lain dengan lancar, meskipun mengalami keterbatasan.

### **2.1.1. Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 1**

#### **A. Tujuan**

Klien mampu :

1. Melakukan identifikasi evaluasi terhadap dirinya.
2. Mengidentifikasi perilaku baru dalam berkomunikasi (verbal dan non verbal).
3. Menggunakan bahasa sikap tubuh (non verbal) yang baik dalam berkomunikasi.
4. Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
5. Berkomunikasi dalam menjawab pertanyaan dengan baik.
6. Berkomunikasi saat bertanya untuk tujuan klarifikasi dengan baik.

#### **B. Setting Tempat:**

1. Klien dan terapis duduk bersama dalam lingkaran didampingi seorang guru yang mahir bahasa isyarat.
2. Ruangan nyaman dan tenang

#### **C. Alat**

1. Format evaluasi proses (buku kerja perawat)
2. Buku kerja klien
3. Alat tulis

#### **D. Metode**

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. *Modeling* (demonstrasi dari terapis)
4. *Role play* (redemonstrasi dari klien)
5. *Feedback* dari terapis

6. *Transfer training* yang dilakukan oleh klien dengan klien lain dalam kelompok

## **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

### **1. Persiapan**

- a. Melakukan seleksi klien.
- b. Membuat kontrak dengan klien bahwa terapi akan dilaksanakan secara berkelompok dalam 5 (lima) sesi, dimana sesi 1-4 dilakukan 2 kali pertemuan dan sesi 5 dilakukan 1 kali pertemuan dan waktu pelaksanaan untuk masing-masing pertemuan selama 60 menit.

### **2. Fase Orientasi:**

- a. Salam terapeutik :
  - 1) Salam dari terapis kepada klien
  - 2) Perkenalan nama dan panggilan terapis
  - 3) Mempersilahkan klien menyebutkan nama panggilan klien secara bergiliran (masing-masing klien memakai papan nama)
- b. Evaluasi/validasi
  - 1) Menanyakan perasaan klien saat ini
  - 2) Mengidentifikasi cara klien melakukan komunikasi
- c. Kontrak
  - 1) Menyepakati pelaksanaan latihan keterampilan sosial sebanyak 5 (lima) sesi.
  - 2) Menyepakati terapi sesi 1, yaitu mengidentifikasi kemampuan klien melakukan evaluasi diri dan melatih keterampilan berkomunikasi
  - 3) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 1, yaitu :
    - a) Klien mampu melakukan evaluasi terhadap dirinya.
    - b) Klien mampu menggunakan sikap tubuh yang baik dalam berkomunikasi: senyum, kontak mata, duduk tegak, jabat tangan.

- c) Klien mampu mengucapkan salam dan memperkenalkan diri
  - d) Klien mampu menjawab pertanyaan dengan baik
  - e) Klien mampu bertanya untuk tujuan klarifikasi dengan baik
- 4) Menyetujui tempat dan waktu pertemuan

**d. Fase kerja**

- a. Terapis mendiskusikan cara melakukan evaluasi diri, cara melatih komunikasi yang baik, meliputi komunikasi dasar, komunikasi untuk menjalin persahabatan, dan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit.
- b. Terapis meminta klien untuk memilih dan menyetujui satu perilaku baru yang akan dilatih yaitu komunikasi dasar (verbal dan non verbal).
- c. Terapis memberi kesempatan kepada klien untuk menanyakan hal-hal yang belum jelas.
- d. Terapis mendiskusikan dengan seluruh klien tentang kemampuan melakukan evaluasi diri meliputi: identitas dirinya, kelebihan dan kelemahan yang dimilikinya, kemampuan/prestasi yang membuatnya merasa berharga dan bangga, hal-hal yang pernah dilakukannya bersama orang lain (teman) yang membuatnya senang.
- e. Terapis memberikan pujian atas keterampilan yang telah dimiliki klien.
- f. Terapis melatih cara melakukan evaluasi diri dengan menggunakan metode:
  - 1) Terapis mendemonstrasikan cara menulis **evaluasi diri** ke dalam format **“siapa aku”**.
  - 2) Klien melakukan kembali/redemonstrasi mengisi evaluasi diri dalam format “siapa aku”.
  - 3) Terapis memberi umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan seluruh klien.
  - 4) Terapis memberikan pujian atas kemampuan, komitmen dan semangat klien.
- g. Mendiskusikan dengan seluruh klien tentang komunikasi dasar yang telah dimiliki meliputi: menggunakan bahasa tubuh yang tepat (kontak mata,

tersenyum, duduk tegak, jabat tangan), mengucapkan salam, memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan dan bertanya untuk klarifikasi.

- h. Terapis memberikan pujian atas keterampilan yang telah dimiliki klien.
- i. Terapis melatih cara komunikasi dasar **non verbal/sikap tubuh** menggunakan media cermin, seperti : kontak mata, duduk tegak, tersenyum, dan jabat tangan dengan menggunakan metode:
  - 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan sikap tubuh yang baik dalam berkomunikasi.
  - 2) Klien secara berpasangan melakukan kembali/redemonstrasi sikap tubuh yang baik dalam berkomunikasi.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien.
  - 6) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien.
- j. Terapis melatih komunikasi verbal : mengucapkan **salam** (selamat pagi, selamat siang, dan selamat malam) dan **memperkenalkan diri** (memperkenalkan nama lengkap, nama panggilan, asal, dan hobi) dengan menggunakan metode:
  - 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
  - 2) Klien secara berpasangan melakukan kembali/redemonstrasikan cara mengucapkan salam dan memperkenalkan diri kepada terapis.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan.

- 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- k. Terapis melatih komunikasi dalam **menjawab pertanyaan** terkait dengan kegiatan sehari-hari yang dilakukan klien di rumah atau di sekolah dengan menggunakan metode:
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara menjawab pertanyaan.
  - 2) Klien secara berpasangan melakukan kembali/redemonstrasikan cara menjawab pertanyaan.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan.
  - 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien.
- l. Terapis melatih komunikasi untuk **bertanya/klarifikasi** dengan menggunakan metode:
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara bertanya untuk klarifikasi.
  - 2) Klien secara berpasangan melakukan kembali/ redemonstrasi cara bertanya untuk klarifikasi.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien

#### **4. Fase terminasi**

##### a. Evaluasi

- 1) Menyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien melakukan evaluasi diri
- 3) Mengevaluasi kemampuan klien mengidentifikasi perilaku dalam berkomunikasi (verbal dan non verbal)

- 4) Mengevaluasi kemampuan klien menggunakan sikap tubuh yang baik dalam berkomunikasi : senyum, kontak mata, duduk tegak, jabat tangan.
- 5) Mengevaluasi kemampuan klien dalam mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
- 6) Mengevaluasi kemampuan klien dalam menjawab pertanyaan.
- 7) Mengevaluasi kemampuan klien dalam bertanya untuk klarifikasi.
- 8) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan keberhasilan klien.

b. Tindak Lanjut

- 1) Anjurkan klien untuk melakukan evaluasi diri dan menuliskannya ke dalam format “siapa diriku” setiap hari.
- 2) Anjurkan klien melakukan latihan komunikasi dasar (verbal dan non verbal) kembali dengan teman dalam kelompok, dengan orang lain di sekolah dan di asrama.
- 3) Anjurkan klien mencatat latihan yang dilakukan ke dalam buku kerja.
- 4) Masukkan rencana latihan klien dalam jadwal kegiatan harian

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 2 yaitu melatih komunikasi untuk menjalin persahabatan.
- 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan.

**2.1.2. Evaluasi**

Peserta mengevaluasi kemampuan melakukan latihan dalam kegiatan yang telah dilatih pada sesi 1 (satu), baik saat melaksanakan kegiatan dalam kelompok maupun dalam kehidupan sehari-hari. Evaluasi dilakukan sebagai berikut:

**Evaluasi kemampuan saat melakukan evaluasi diri dalam kelompok dan latihan kemampuan komunikasi dasar (verbal dan non verbal) dalam kelompok**

Petunjuk penilaian :

Beri nilai 1 jika perilaku tersebut dilakukan

Beri nilai 0 jika perilaku tersebut tidak dilakukan

**Hari/Tanggal :** .....

No	Aspek yang dinilai	Kode Peserta				
		1	2	3	4	5
1	Kemampuan evaluasi diri					
2	Komunikasi non verbal (sikap tubuh) : kontak mata					
3	Komunikasi non verbal (sikap tubuh) : duduk tegak					
4	Komunikasi non verbal (sikap tubuh) : tersenyum					
5	Komunikasi non verbal (sikap tubuh) Berjabat tangan					
6	Mengucapkan salam					
7	Komunikasi untuk memperkenalkan diri					
8	Komunikasi dalam menjawab pertanyaan					
9	Komunikasi saat bertanya untuk klarifikasi					
	Jumlah					

**Evaluasi kemampuan evaluasi diri dan kemampuan komunikasi dasar dalam kehidupan sehari-hari**

**a. FORMAT ‘SIAPA AKU’**

TGL	KOMPONEN	SIAPA AKU?

## b. KOMUNIKASI VERBAL DAN NON VERBAL

No	Komponen	Tanggal									
1	Kontak mata										
2	Tersenyum										
3	Duduk tegak										
4	Mengucapkan salam										
5	Memperkenalkan diri										
6	Menjawab pertanyaan										
7	Bertanya untuk klarifikasi										

### 2.2. Sesi 2 : Melatih komunikasi untuk menjalin persahabatan

Perkembangan remaja dipengaruhi oleh lingkungannya, apakah kemampuan bahasa remaja akan semakin berkembang atau justru menemui hambatan. Remaja yang mengalami kesulitan menyampaikan pendapatnya di dalam kelompok akan mempengaruhi perasaan puas remaja pada diri sendiri, apakah yang mereka sampaikan menyenangkan atau tidak bagi kelompoknya (Hurlock, 2008). Kepuasan remaja dalam berinteraksi di kelompoknya akan mempengaruhi penilaian diri remaja yang pada akhirnya berpengaruh juga pada pencapaian identitas diri remaja. Karena itu dibutuhkan latihan kemampuan sosialisasi remaja.

Terapi ini merupakan metode yang didasarkan prinsip-prinsip sosial dan menggunakan teknik perilaku bermain peran, praktek dan umpan balik guna meningkatkan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah (Kneisl & Varcarolis dalam Reni, 2008). Remaja membutuhkan latihan-latihan untuk dapat menyampaikan maksud dan keinginannya di dalam kelompok agar dapat diterima dengan baik dalam kelompoknya.

### **2.2.1. Strategi pelaksanaan sesi 2.**

#### **A. Tujuan**

Klien mampu :

1. Komunikasi dalam menawarkan pertolongan kepada orang lain
2. Komunikasi saat meminta pertolongan dari orang lain
3. Komunikasi dalam memberikan pujian kepada orang lain
4. Komunikasi saat menerima bantuan dan menerima pujian dari orang lain

#### **B. Setting**

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

#### **C. Alat**

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

#### **D. Metode**

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. *Modeling* (demonstrasi dari terapis)
4. *Role play* (redemonstrasi dari klien)
5. *Feedback* dari terapis
6. *Transfer training* yang dilakukan oleh klien dengan klien lain dalam kelompok

#### **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

##### **1. Persiapan**

- a. Mengingatkan kontrak dengan klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

## 2. Fase orientasi

- a. Salam terapeutik : salam dari terapis kepada klien
- b. Evaluasi/validasi
  - 1) Menanyakan perasaan klien saat ini
  - 2) Menanyakan apakah klien telah melakukan evaluasi diri dan menuliskannya ke dalam format “siapa diriku”.
  - 3) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi non verbal/sikap tubuh (senyum, kontak mata, duduk tegak, jabat tangan) dengan klien anggota kelompok, dan orang-orang yang berada disekitarnya.
  - 4) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi verbal: mengucapkan salam dan memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, dan bertanya untuk klarifikasi dengan klien anggota kelompok, dan orang-orang disekitarnya.
  - 5) Meminta klien mengulang latihan yang telah diberikan.
  - 6) Memberi pujian jika klien telah melakukannya.
- c. Kontrak
  - 1) Menyepakati terapi sesi 2, yaitu latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan
  - 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 2, yaitu :
    - a) Klien mampu berkomunikasi untuk menawarkan pertolongan kepada orang lain.
    - b) Klien mampu berkomunikasi untuk meminta pertolongan dan mengucapkan terimakasih saat menerima pertolongan orang lain.
    - c) Klien mampu berkomunikasi untuk memberikan pujian kepada orang lain.
    - d) Klien mampu mengucapkan terimakasih saat menerima pujian dari orang lain.
  - 3) Menyepakati waktu dan tempat pertemuan.

### 3. Tahap kerja

- a. Terapis menanyakan dengan seluruh klien tentang kemampuan yang telah dimiliki klien dalam menjalin persahabatan meliputi: menawarkan pertolongan dan memberikan pujian pada orang lain, mengucapkan terima kasih saat menerima pertolongan dan menerima pujian dari orang lain.
- b. Memberikan pujian atas ketrampilan yang telah dimiliki klien.
- c. Terapis melatih berkomunikasi dalam **menawarkan pertolongan** kepada orang lain, **meminta pertolongan** kepada orang lain dan **mengucapkan terima kasih** saat menerima pertolongan dari orang lain dengan menggunakan metode:
  - 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan komunikasi dalam menawarkan pertolongan kepada orang lain, meminta pertolongan kepada orang lain dan mengucapkan terima kasih saat menerima pertolongan orang lain .
  - 2) Klien secara berpasangan melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi dalam menawarkan pertolongan kepada orang lain, meminta pertolongan kepada orang lain dan mengucapkan terima kasih saat menerima pertolongan orang lain.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan.
  - 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- d. Terapis melatih berkomunikasi untuk **memberi pujian** dan mengucapkan terima kasih saat menerima pujian dari orang lain kepada orang lain dengan metode :
  - 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi untuk memberi pujian dan mengucapkan terima kasih saat menerima pujian dari orang lain.

- 2) Klien secara berpasangan melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi untuk memberi pujian dan mengucapkan terima kasih saat menerima pujian dari orang lain. .
- 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan seluruh klien.
- 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan
- 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien

#### **4. Tahap terminasi**

##### **a. Evaluasi**

- 1) Menyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi untuk menawarkan pertolongan kepada orang lain
- 3) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi saat meminta pertolongan kepada orang lain.
- 4) Mengevaluasi kemampuan klien mengucapkan terima kasih saat menerima pertolongan dari orang lain.
- 5) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi untuk memberi pujian kepada orang lain
- 6) Mengevaluasi kemampuan klien mengucapkan terima kasih saat menerima pujian dari orang lain
- 7) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan keberhasilan klien.

##### **b. Tindak Lanjut**

- 1) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi untuk menawarkan pertolongan kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, dan orang-orang disekitarnya.
- 2) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi untuk meminta pertolongan dan mengucapkan terima kasih saat menerima pertolongan dari orang lain dengan teman dalam kelompok, dan orang-orang disekitarnya.

- 3) Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi untuk memberikan pujian kepada orang lain dan mengucapkan terima kasih saat menerima pujian dari orang lain dengan teman dalam kelompok, dan orang-orang disekitarnya.
- 4) Masukkan rencana latihan klien dalam jadwal kegiatan harian

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyetujui topik percakapan pada sesi 3 yaitu latihan kemampuan terlibat dalam aktifitas bersama.
- 2) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan.

### **2.2.2. Evaluasi**

Peserta mengevaluasi kemampuan melakukan latihan dalam kegiatan yang telah dilatih pada sesi 2 (dua), baik saat melaksanakan kegiatan dalam kelompok maupun dalam kehidupan sehari-hari. Evaluasi proses dilakukan saat proses SST berlangsung, khususnya pada tahap kerja. Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien berkomunikasi dalam menjalin persahabatan, meliputi: berkomunikasi untuk menawarkan pertolongan, berkomunikasi untuk meminta pertolongan, berkomunikasi untuk memberikan pujian, mengucapkan terima kasih saat menerima pertolongan dan menerima pujian.

**Evaluasi keterampilan komunikasi untuk menjalin  
persahabatan dalam kelompok**

**Hari/Tanggal** : .....

No	Aspek yang dinilai	Klien				
		1	2	3	4	5
1	Komunikasi untuk menawarkan pertolongan kepada orang lain					
2	Komunikasi untuk meminta pertolongan dari orang lain					
3	Mengucapkan terima kasih saat menerima pertolongan dari orang lain					
3	Komunikasi untuk memberikan pujian kepada orang lain					
4	Mengucapkan terima kasih saat menerima pujian dari orang lain					
	Jumlah					

**Evaluasi kemampuan peserta berkomunikasi untuk  
menjalin persahabatan dalam kehidupan sehari-hari**

No	Komponen	Tanggal									
1	Komunikasi untuk menawarkan pertolongan kepada orang lain										
2	Komunikasi untuk permintaan pertolongan dari orang lain										
3	Mengucapkan terimakasih saat menerima pertolongan dari orang lain										
4	Komunikasi dalam memberikan pujian kepada orang lain										
5	Mengucapkan terimakasih saat menerima pujian dari orang lain										

### **2.3. Sesi 3: Melatih kemampuan terlibat dalam aktifitas bersama**

Remaja tunarungu selain mengalami masalah emosional maka akan mengalami masalah sosial akibat dari ketunarunguannya tersebut. Kekurangan dalam kemampuan komunikasi menyebabkan remaja cenderung bersifat egosentris yang meningkat, mudah tersinggung dan mudah marah, dan kurang percaya diri. Hal ini akan memunculkan keraguan pada diri remaja tunarungu untuk melakukan hubungan dan interaksi sosial. Padahal untuk usia mereka, pengalaman dalam melakukan kegiatan sosial yang lebih luas, akan semakin meningkatkan keterampilannya dalam bersikap dan pemahaman dari segi moral dalam bermasyarakat, dan bermanfaat untuk kehidupannya di masa dewasa kelak. Sedangkan semakin seringnya remaja tunarungu melakukan kegiatan bersama orang lain atau masyarakat luas, akan semakin meningkatkan kemampuannya untuk latihan komunikasi, sehingga meningkatkan kemampuan dari segi bahasa dan bicara.

Maka pada sesi 3 (tiga) ini, remaja tunarungu akan dilatih dalam melakukan kegiatan bersama dengan orang lain sesama penderita tunarungu dalam satu kelompok yang bervariasi tingkat usia dan jenis kelaminnya. Sedangkan pada pertemuan kedua pada sesi tiga ini, remaja tunarungu akan diajarkan untuk melakukan kegiatan bersama dengan teman sebaya, orang yang lebih tua dan lebih muda dan dengan lawan jenis yang tidak mengalami tunarungu, yang berada di lingkungan sekolah dan asrama.

#### **2.3.1 Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 3**

##### **A. Tujuan**

Klien mampu:

1. Bekerja sama dalam suatu kegiatan yang dilakukan bersama dalam kelompok dengan teman sebaya.
2. Melakukan kegiatan bersama dengan orang lain yang usianya lebih tua.
3. Melakukan kegiatan bersama dengan orang lain yang usianya lebih muda.

4. Melakukan kegiatan bersama dengan lawan jenis.

## **B. Setting**

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

## **C. Alat**

1. Format evaluasi proses (buku kerja perawat)
2. Format jadwal kegiatan harian
3. Buku kerja klien
4. Alat tulis/alat permainan

## **D. Metode**

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. *Modeling* (demonstrasi dari terapis)
4. *Role play* (redemonstrasi dari klien)
5. *Feedback* dari terapis.
6. *Transfer training* yang dilakukan oleh klien dengan klien lain dalam kelompok.

## **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

### **1. Persiapan**

- a. Mengingat kontrak dengan klien.
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan.

### **2. Fase Orientasi**

- a. Salam terapeutik : salam dari terapis kepada klien.
- b. Evaluasi/validasi
  - 1) Menanyakan perasaan klien saat ini.
  - 2) Menanyakan apakah klien telah melakukan evaluasi diri dan menuliskannya ke dalam format “siapa diriku”.
  - 3) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi non verbal/sikap tubuh (senyum, kontak mata,

duduk tegak, jabat tangan) dengan klien anggota kelompok, dan orang-orang yang berada disekitarnya.

- 4) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi verbal: mengucapkan salam dan memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, dan bertanya untuk klarifikasi dengan klien anggota kelompok, dan orang-orang disekitarnya.
- 5) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk menawarkan pertolongan kepada orang lain.
- 6) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk meminta pertolongan kepada orang lain dan mengucapkan terimakasih saat menerima pertolongan dari orang lain.
- 7) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan untuk memberikan pujian kepada orang dan mengucapkan terimakasih saat menerima pujian dari orang lain.
- 8) Meminta klien untuk mengulang latihan yang telah dilakukan.
- 9) Memberikan pujian jika klien telah melakukannya.

### **3. Tahap Kerja**

- a. Terapis mendiskusikan dengan klien tentang kemampuan yang telah dimiliki klien terlibat dalam aktifitas bersama dengan teman sebaya, orang yang lebih tua, orang yang lebih muda dan lawan jenis.
- b. Terapis memberikan pujian atas keterampilan yang telah dimiliki klien.
- c. Terapis melatih kemampuan aktifitas bersama teman sebaya orang yang lebih tua, orang yang lebih muda dan lawan jenis sesama menyandang tunarungu dalam kelompok dengan menggunakan metode:
  - 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara melakukan aktifitas bersama menyusun puzzle.

- 2) Klien melakukan kembali/ redemonstrasi cara melakukan aktifitas bersama menyusun puzzle.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien.
- d. Terapis melatih kemampuan aktifitas bersama dengan teman sebaya, orang yang lebih tua, orang yang lebih muda dan lawan jenis yang tidak mengalami tunarungu dengan menggunakan metode:
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara melakukan aktifitas bersama menyusun puzzle.
  - 2) Klien melakukan kembali/ redemonstrasi cara melakukan aktifitas menyusun puzzle.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien.

#### **4. Tahap terminasi**

##### **a. Evaluasi**

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien terlibat dalam aktifitas bersama dengan teman sebaya, orang yang lebih tua, orang yang lebih muda, lawan jenis yang mengalami tunarungu dalam kelompok.
- 3) Mengevaluasi kemampuan klien terlibat dalam aktifitas bersama dengan teman sebaya, orang yang lebih tua, orang yang lebih muda, lawan jenis yang tidak mengalami tunarungu dalam kelompok.
- 4) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan keberhasilan klien.

b. Tindak Lanjut

- 1) Anjurkan klien melakukan latihan kembali untuk terlibat dalam aktifitas bersama dengan teman sebaya dalam kelompok, di sekolah dan di asrama.
- 2) Anjurkan klien melakukan latihan kembali terlibat dalam aktifitas bersama dengan orang yang lebih tua di sekolah dan di asrama .
- 3) Anjurkan klien melakukan latihan kembali terlibat dalam aktifitas bersama dengan orang yang lebih muda di sekolah dan di asrama .
- 4) Anjurkan klien melakukan latihan kembali terlibat dalam aktifitas bersama dengan lawan jenis di sekolah dan di asrama.
- 5) Masukkan rencana latihan klien dalam jadwal kegiatan harian

c. Kontrak yang akan datang

- 1) Menyepakati topik percakapan pada sesi 4 yaitu latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit.
- 2) Menyepakati waktu dan tempat untuk pertemuan

**2.3.2. Evaluasi**

Peserta mengevaluasi kemampuan melakukan latihan dalam kegiatan yang telah dilatih pada sesi 3 (tiga), baik saat melaksanakan kegiatan dalam kelompok maupun dalam kehidupan sehari-hari. Evaluasi dilakukan sebagai berikut:

**Evaluasi kemampuan terlibat dalam aktifitas bersama  
dalam kelompok**

**Hari/Tanggal** : .....

No	Aspek yang dinilai	Klien				
		1	2	3	4	5
1	Kemampuan terlibat dalam aktifitas bersama teman sebaya dalam kelompok					
2	Kemampuan terlibat dalam aktifitas bersama dengan orang yang lebih tua					
3	Kemampuan terlibat aktifitas bersama dengan orang yang lebih muda					
4	Kemampuan terlibat dalam aktifitas bersama dengan lawan jenis					

**Evaluasi kemampuan peserta dalam kehidupan sehari-hari**

No	Komponen	Tanggal									
1	Aktifitas bersama dengan teman sebaya										
2	Aktifitas bersama dengan orang yang lebih tua										
3	Aktifitas bersama dengan orang yang lebih muda										
4	Aktifitas bersama dengan lawan jenis										

#### **2.4. Sesi 4 : Melatih komunikasi untuk mengatasi situasi sulit**

Situasi sulit akan dihadapi oleh remaja tunarungu terutama saat harus melakukan kegiatan bersama orang lain. Apalagi bila orang yang tidak mengalami tunarungu itu tidak menguasai atau tidak berpengalaman melakukan komunikasi dengan penyandang tunarungu. Kesulitan dalam komunikasi pada remaja tunarungu dikarenakan ketidakmampuan remaja tunarungu dalam memahami pesan yang diterimanya dari orang lain, dan kesulitannya untuk menyampaikan hal-hal yang ingin diungkapkannya dalam komunikasi.

Namun karena salah satu stimulasi bagi tercapainya tujuan tugas perkembangan bagi individu adalah perkembangan sosial, maka remaja tunarungu harus diberikan latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit yang akan dihadapinya di dalam sesi 4 ini. Remaja akan dilatih mengatasi situasi sulit yang terjadi, sehingga akan mengatasi ansietas sosial dan meningkatkan rasa percaya diri pada remaja tunarungu untuk melakukan interaksi sosial.

Berada di lingkungan orang-orang yang tidak mengalami gangguan pendengaran, di antara orang asing atau orang yang baru dikenalnya dan diantara banyak orang merupakan situasi sulit yang dihadapi oleh remaja tunarungu. Maka untuk melatih kemampuan pada sesi ini, setelah remaja diberikan latihan menghadapi situasi sulit dalam kelompok, remaja tunarungu akan diberikan latihan menghadapi situasi sulit di luar lingkungan asrama dan sekolah. Hal ini dilakukan dengan membawa para remaja tunarungu untuk menghadapi atau berinteraksi dengan lingkungan sosialnya.

##### **2.4.1. Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 4**

###### **A. Tujuan**

Klien mampu :

1. Berkomunikasi saat menerima kritik dari orang lain
2. Berkomunikasi untuk memberikan kritik kepada orang lain
3. Berkomunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain

4. Berkomunikasi saat menerima penolakan dari orang lain
5. Berkomunikasi untuk menyampaikan permintaan maaf kepada orang lain
6. Berkomunikasi saat memberikan maaf kepada orang lain.
7. Berkomunikasi saat berada di tempat umum/di hadapan orang banyak.

## **B. Setting**

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

## **C. Alat**

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

## **D. Metode**

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab
3. *Modeling* (demonstrasi dari terapis)
4. *Role play* (redemonstrasi dari klien)
5. *Feedback* dari terapis
6. *Transfer training* yang dilakukan oleh klien dengan klien lain dalam kelompok

## **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

### **1. Persiapan**

- a. Mengingatkan kontrak dengan klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

### **2. Fase Orientasi**

- a. Salam terapeutik : salam dari terapis kepada klien

b. Evaluasi/validasi

- 1) Menanyakan perasaan klien saat ini
- 2) Menanyakan apakah klien telah melakukan evaluasi diri dan menuliskannya ke dalam format “siap diriku”.
- 3) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi non verbal/sikap tubuh (senyum, kontak mata, duduk tegak, jabat tangan) dengan klien anggota kelompok, dan orang-orang di sekitarnya.
- 4) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi verbal : mengucapkan salam dan memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, dan bertanya untuk klarifikasi dengan klien anggota kelompok, dan orang-orang disekitarnya.
- 5) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk menawarkan pertolongan kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, dan orang-orang disekitarnya.
- 6) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk meminta pertolongan kepada orang lain dan mengucapkan terima kasih saat menerima pertolongan dari orang lain dengan teman dalam kelompok, dan orang-orang disekitarnya.
- 7) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk memberikan pujian kepada orang lain dan mengucapkan terima kasih saat menerima pujian dari orang lain dengan teman dalam kelompok, dan orang-orang disekitarnya.
- 8) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan aktifitas bersama teman sebaya, orang yang lebih tua, orang yang lebih muda, dan lawan jenis sesama penyandang tunarungu dalam kelompok.
- 9) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan aktifitas bersama teman sebaya, orang yang lebih tua, orang yang lebih muda, dan lawan jenis yang tidak mengalami tunarungu di sekitar asrama dan sekolah.
- 10) Meminta klien mengulang latihan yang telah diberikan
- 11) Memberi pujian jika klien telah melakukannya

c. Kontrak

- 1) Menyetujui terapi sesi 4, yaitu latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit
- 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 4, yaitu :
  - a) Klien mampu berkomunikasi saat menerima kritik dari orang lain
  - b) Klien mampu berkomunikasi untuk menyampaikan kritik kepada orang lain
  - c) Klien mampu berkomunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain
  - d) Klien mampu berkomunikasi saat menerima penolakan dari orang lain
  - e) Klien mampu berkomunikasi untuk menyampaikan permintaan maaf kepada orang lain
  - f) Klien mampu berkomunikasi saat memberikan maaf pada orang lain
  - g) Klien mampu berkomunikasi dan melakukan kegiatan di tempat umum.
- 3) Menyetujui tempat dan waktu pertemuan

**3. Tahap kerja**

- a. Terapis mendiskusikan dengan klien tentang kemampuan yang telah dilakukan/dimiliki klien dalam menghadapi situasi sulit meliputi; menerima dan memberikan kritik, menyampaikan penolakan dan menerima penolakan dari orang lain, serta meminta maaf dan memberi maaf, melakukan kegiatan di tempat umum.
- b. Terapis memberikan pujian atas ketrampilan yang telah dilakukan/dimiliki klien.
- c. Terapis melatih berkomunikasi saat **menerima kritik** dari orang lain dengan menggunakan metode:
  - 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi saat menerima kritik.
  - 2) Klien berpasangan melakukan kembali/ redemonstrasi cara komunikasi saat menerima kritik.

- 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- d. Terapis melatih berkomunikasi untuk **memberikan kritik** kepada orang lain dengan menggunakan metode :
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi untuk memberikan kritik kepada orang lain.
  - 2) Klien melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi untuk memberikan kritik kepada orang lain.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- e. Terapis melatih berkomunikasi saat **menerima penolakan** dari orang lain dengan menggunakan metode:
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi saat menerima penolakan dari orang lain.
  - 2) Klien melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi saat menerima penolakan dari orang lain.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien

- f. Terapis melatih berkomunikasi untuk **menyampaikan penolakan** kepada orang lain dengan menggunakan metode :
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain.
  - 2) Klien melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- g. Terapis melatih berkomunikasi untuk **meminta maaf** dengan menggunakan metode :
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi untuk meminta maaf.
  - 2) Klien melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi untuk meminta maaf.
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- h. Terapis melatih berkomunikasi untuk **memberikan maaf** dengan menggunakan metode :
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara komunikasi untuk memberikan maaf.
  - 2) Klien melakukan kembali/redemonstrasi cara komunikasi untuk memberikan maaf
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien.

- 4) Terapis meminta tanggapan klien tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien
- i. Terapis melatih berkomunikasi saat berada di tempat umum/berada di hadapan banyak orang, dengan menggunakan metoda:
- 1) Terapis memodelkan/mendemonstrasikan cara berkomunikasi saat berada di tempat umum/berada di hadapan banyak orang.
  - 2) Klien 1 melakukan kembali/redemonstrasi cara berkomunikasi saat berada di tempat umum/berada di hadapan banyak orang
  - 3) Terapis memberikan umpan balik terhadap kemampuan yang telah dilakukan klien 1.
  - 4) Terapis meminta tanggapan klien 1 tentang latihan yang dilakukan
  - 5) Terapis meminta tanggapan klien lain dalam kelompok
  - 6) Seluruh klien secara berpasangan mempraktekkan kembali cara berkomunikasi saat berada di tempat umum/berada di hadapan banyak orang
  - 7) Terapis memberikan umpan balik terhadap latihan yang dilakukan seluruh klien
  - 8) Terapis memberikan pujian atas keberhasilan, komitmen dan semangat klien

#### **4. Tahap terminasi**

##### a. Evaluasi

- 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti latihan
- 2) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi saat menerima kritik dari orang lain
- 3) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi dalam memberikan kritik kepada orang lain
- 4) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi saat menerima penolakan dari orang lain

- 5) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi dalam menyampaikan penolakan kepada orang lain
- 6) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi untuk meminta maaf kepada orang lain
- 7) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi untuk memaafkan orang lain.
- 8) Mengevaluasi kemampuan klien berkomunikasi saat berada di tempat umum.
- 9) Memberikan umpan balik positif atas kerjasama dan keberhasilan klien.

b. Tindak Lanjut

- a. Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi dalam menerima kritik dengan klien dalam kelompok, dengan orang lain di asrama dan di sekolah.
- b. Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi dalam menyampaikan kritik dengan klien dalam kelompok, dengan orang lain di asrama dan di sekolah.
- c. Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi saat menyampaikan penolakan dengan klien dalam kelompok, dengan orang lain di asrama dan di sekolah.
- d. Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi saat menerima penolakan dengan klien dalam kelompok, dengan orang lain di asrama dan di sekolah.
- e. Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi untuk menyampaikan permintaan maaf dengan klien dalam kelompok, dengan orang lain di asrama dan di sekolah.
- f. Anjurkan klien melakukan latihan kembali berkomunikasi saat memberikan maaf dengan klien dalam kelompok, dengan orang lain di asrama dan di sekolah.
- g. Masukkan rencana latihan klien dalam jadwal kegiatan harian

c. Kontrak

- 1) Menyetujui topik percakapan pada sesi 5 yaitu klien mengungkapkan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi.
- 2) Menyetujui waktu dan tempat untuk pertemuan

**2.4.3. Evaluasi**

Peserta mengevaluasi kemampuan melakukan latihan dalam kegiatan yang telah dilatih pada sesi 4 (empat), baik saat melaksanakan kegiatan dalam kelompok maupun dalam kehidupan sehari-hari. Evaluasi dilakukan sebagai berikut: Aspek yang dievaluasi adalah kemampuan klien berkomunikasi dalam situasi sulit, meliputi: komunikasi untuk memberikan kritik, komunikasi saat menerima kritik, komunikasi saat menerima penolakan, komunikasi untuk menyampaikan penolakan, komunikasi untuk meminta maaf, komunikasi saat memberikan maaf kepada orang lain dan saat berada di tempat umum/dihadapan banyak orang.

**Evaluasi komunikasi untuk mengatasi situasi sulit dalam kelompok**

**Hari/Tanggal :** .....

No	Aspek yang dinilai	Klien				
		1	2	3	4	5
1	Komunikasi saat menerima kritik dari orang lain					
2	Komunikasi untuk memberikan kritik kepada orang lain					
3	Komunikasi saat menerima penolakan dari orang lain					
4	Komunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain					
5	Komunikasi untuk meminta maaf kepada orang lain					
6	Komunikasi saat memberikan maaf kepada orang lain					
7	Komunikasi saat berada di tempat umum/dihadapan banyak orang					
	Jumlah					

**Evaluasi kemampuan klien berkomunikasi untuk mengatasi  
situasi sulit dalam kehidupan sehari-hari**

No	Komponen	Tanggal							
1	Komunikasi untuk menyampaikan kritik kepada orang lain								
2	Komunikasi pada saat menerima kritik dari orang lain								
3	Komunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain								
4	Komunikasi saat menerima penolakan dari orang lain								
5	Komunikasi untuk meminta maaf pada orang lain								
6	Komunikasi saat orang lain meminta maaf								
7	Komunikasi saat berada di tempat umum/dihadapan banyak orang								

**2.5. Sesi 5 : Melakukan evaluasi, melatih kemampuan mengungkapkan pendapat**

Sesi 5 (lima) ini merupakan sesi terakhir dari keseluruhan terapi yang diberikan. Kegiatan dalam sesi ini bertujuan untuk melatih kemampuan klien dalam mengungkapkan pendapatnya, sekaligus untuk mengevaluasi keberhasilan dari keseluruhan program yang diberikan. Remaja tunarungu akan diminta untuk mengeskpresikan secara langsung dan jujur apa yang dirasakannya, manfaat yang didapat dari latihan mulai dari sesi 1 sampai sesi 4 dan kesulitan yang

dihadapi saat melakukan latihan baik latihan dalam kelompok, maupun dalam kehidupan sehari-hari.

### **2.5.1. Strategi pelaksanaan kegiatan sesi 5**

#### **A. Tujuan**

Klien mampu :

- 1 Menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi dasar: kontak mata, senyum, duduk tegak, dan jabat tangan salam dan memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, bertanya untuk klarifikasi
- 2 Menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan (memberikan dan menerima pertolongan, memberikan dan menerima pujian)
- 3 Menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi saat terlibat aktifitas bersama dalam kelompok (teman sebaya, orang yang lebih tua, orang yang lebih muda dan lawan jenis).
- 4 Menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit (menyampaikan dan menerima kritik, menyampaikan dan menerima penolakan, menyampaikan permintaan maaf dan memberikan maaf, dan saat berada di tempat umum/dihadapan banyak orang).

#### **B. Setting**

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

#### **C. Alat**

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

## **D. Metode**

1. Dinamika kelompok
2. Diskusi dan tanya jawab

## **E. Langkah-Langkah Kegiatan**

### **1. Persiapan**

- a. Mengingatkan kontrak dengan klien
- b. Mempersiapkan alat dan tempat pertemuan

### **2. Fase Orientasi**

- a. Salam terapeutik : salam dari terapis kepada klien
- b. Evaluasi/validasi
  - 1) Menanyakan perasaan klien saat ini
  - 2) Menanyakan apakah klien telah melakukan evaluasi diri dan menuliskannya ke dalam format “siap diriku”.
  - 3) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi non verbal/sikap tubuh (senyum, kontak mata, duduk tegak, jabat tangan) dengan klien anggota kelompok, klien lain atau perawat ruangan
  - 4) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi verbal : mengucapkan salam dan memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, dan bertanya untuk klarifikasi dengan klien anggota kelompok, klien lain atau perawat ruangan
  - 5) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk meminta pertolongan kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, dan orang-orang disekitarnya.
  - 6) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk memberikan pertolongan kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, dan orang-orang disekitarnya.
  - 7) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi untuk memberikan pujian kepada orang lain dengan teman dalam kelompok, dan orang-orang disekitarnya.

- 8) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan berkomunikasi saat menerima pujian dari orang lain dengan teman dalam kelompok, dan orang-orang disekitarnya.
- 9) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan aktifitas bersama teman sebaya dalam kelompok.
- 10) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan aktifitas bersama dengan orang yang lebih tua.
- 11) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan aktifitas bersama dengan orang yang lebih muda.
- 12) Menanyakan apakah klien telah melakukan aktifitas bersama dengan lawan jenis.
- 13) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi untuk memberikan kritik dengan orang lain.
- 14) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi saat menerima kritik dengan orang lain.
- 15) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi saat menerima penolakan dengan orang lain.
- 16) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi untuk menyampaikan penolakan dengan orang lain.
- 17) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi untuk meminta maaf dengan orang lain.
- 18) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi saat memberikan maaf kepada orang lain.
- 19) Menanyakan apakah klien telah melakukan latihan komunikasi saat berada di tempat umum / dihadapan banyak orang.
- 20) Meminta klien mengulang latihan yang telah diberikan.
- 21) Memberi pujian jika klien telah melakukannya

c. Kontrak

- 1) Menyepakati terapi sesi 5, yaitu evaluasi manfaat latihan komunikasi
- 2) Menjelaskan tujuan pertemuan sesi 5, yaitu :

- a) Klien mampu menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi non verbal : kontak mata, senyum, duduk tegak, dan jabat tangan.
  - b) Klien mampu menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi dasar : salam dan memperkenalkan diri, menjawab pertanyaan, bertanya untuk klarifikasi.
  - c) Klien mampu menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan (menawarkan dan menerima pertolongan, memberikan pujian dan mengucapkan terima kasih saat menerima pertolongan dan menerima pujian).
  - d) Klien mampu menyampaikan pendapat tentang kemampuan terlibat dalam kegiatan bersama (teman sebaya, orang yang lebih tua, orang yang lebih muda, lawan jenis, baik sesama penyandang tunarungu maupun bukan penyandang tunarungu).
  - e) Klien mampu menyampaikan pendapatnya tentang manfaat latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit (menyampaikan dan menerima kritik, menyampaikan dan menerima penolakan, menyampaikan permintaan maaf dan memberikan maaf).
- 3) Menepakati tempat dan waktu pertemuan

### **3. Tahap kerja**

- a. Terapis memintak setiap klien menyampaikan manfaat melakukan evaluasi diri.
- b. Memberikan pujian atas keberhasilan setiap klien dalam menyampaikan manfaat melakukan evaluasi diri.
- c. Terapis meminta setiap klien menyampaikan manfaat latihan komunikasi non verbal.
- d. Memberikan pujian atas keberhasilan setiap klien dalam menyampaikan manfaat latihan komunikasi non verbal.
- e. Terapis meminta setiap klien menyampaikan manfaat latihan komunikasi dasar.

- f. Memberikan pujian atas keberhasilan setiap klien dalam menyampaikan manfaat latihan komunikasi dasar.
- g. Terapis meminta setiap klien menyampaikan manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan.
- h. Memberikan pujian atas keberhasilan setiap klien dalam menyampaikan manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan
- i. Terapis meminta setiap klien menyampaikan manfaat latihan kemampuan terlibat dalam aktifitas bersama.
- j. Memberikan pujian atas keberhasilan setiap klien dalam menyampaikan manfaat latihan kemampuan terlibat dalam aktifitas bersama.
- k. Terapis meminta setiap klien menyampaikan manfaat kegiatan latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit
- l. Memberikan pujian atas keberhasilan setiap klien dalam menyampaikan manfaat latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit

#### **4. Tahap terminasi**

- a. Evaluasi
  - 1) Menanyakan perasaan klien setelah mengikuti terapi sesi 1-5
  - 2) Menanyakan kembali manfaat terapi setelah mengikuti seluruh sesi dalam SST
  - 3) Memberikan pujian atas partisipasi dan keberhasilan klien
- b. Tindak lanjut
  - 1) Menganjurkan klien melatih kembali untuk semua kemampuan yang telah dimiliki, baik di sekolah, di asrama maupun di rumah
  - 2) Kerjasama dengan guru dan pembimbing di sekolah dan di asrama untuk memonitor perilaku klien dalam komunikasi dasar, menjalin persahabatan, kemampuan terlibat dalam aktifitas bersama dan menghadapi situasi sulit di kehidupan sehari-hari
  - 3) Masukkan dalam jadwal kegiatan harian
- c. Kontrak yang akan datang
  - Menyepakati rencana evaluasi kemampuan secara periodik.

### 2.5.2. Evaluasi

Peserta mengevaluasi kemampuan melakukan latihan dalam kegiatan yang telah dilatih pada sesi 5 (lima), baik saat melaksanakan kegiatan dalam kelompok maupun dalam kehidupan sehari-hari.

#### Evaluasi kemampuan klien melakukan evaluasi, dan kemampuan mengungkapkan pendapat

Hari/Tanggal : .....

No	Aspek yang dinilai	Klien				
		1	2	3	4	5
1	Menyebutkan manfaat melakukan evaluasi diri					
2	Menyebutkan manfaat latihan komunikasi dasar (non verbal)					
3	Menyebutkan manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan					
4	Menyebutkan manfaat latihan kemampuan terlibat dalam aktifitas kelompok					
5	Menyebutkan manfaat latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit					
	Jumlah					

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

Keterampilan sosial dan kemampuan penyesuaian diri pada saat usia remaja menjadi sangat penting. Terlebih remaja yang mengalami tunarungu. Karena pada saat individu memasuki usia remaja, maka dirinya akan memasuki dunia pergaulan yang lebih luas dimana pengaruh teman sebaya, dan lingkungan sosialnya akan sangat menentukan. Remaja tunarungu, yang karena keterbatasannya dalam komunikasi (bicara dan bahasa) menyebabkan munculnya kendala untuk menguasai keterampilan sosialisasi yang akan menyebabkan dirinya mengalami kesulitan untuk penyesuaian diri dengan lingkungan sekitarnya. Sehingga akan muncul rasa rendah diri, dikucilkan dari pergaulan, dan cenderung memiliki kepribadian yang labil, mudah tersinggung, dan *social anxiety*.

Gangguan jiwa dikarakteristikan dengan adanya gangguan pikiran, perasaan, dan perilaku serta hubungan dengan orang lain, baik yang berhubungan dengan kondisi fisik, mental, maupun budaya/norma yang berlaku di lingkungan seseorang. Salah satu gangguan mental emosional adalah berupa social anxietas. Social anxietas menurut DSM-IV dikategorikan menjadi dua yaitu social anxiety umum dimana individu mengalami anxietas saat menghadapi seluruh situasi umum dalam berinteraksi dengan orang lain dan lingkungannya, dan social anxietas khusus, dimana individu mengalami anxietas hanya pada situasi-situasi sosial tertentu saja.

Upaya-upaya tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada klien sosial anxietas bertujuan untuk melatih klien melakukan interaksi sosial atau hubungan interpersonal sehingga klien merasa nyaman ketika berhubungan dengan orang lain. Salah satu tindakan keperawatan tersebut yang terma 54 1 kelompok terapi psikososial adalah *Social Skills Training (SST)*. *Social Skills Training (SST)* diberikan pada tunarungu untuk melatih ketrampilannya dalam menjalin hubungan dengan orang lain dan lingkungannya secara optimal dengan menggunakan sisa-sisa pendengarannya dalam penampilan kemampuannya dalam berkomunikasi oral.

## DAFTAR PUSTAKA

- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing : The Nurse-Patient Journey*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia : W.B. saunders Company.
- Fortinash, K.M., & Worret, P.A.H. (2004). *Psychiayric Mental Health Nursing*. 3<sup>rd</sup> ed. USA : Mosby, Inc.
- Jumaini. (2010). *Pengaruh Cognitive Behavioral Social Skills Training (CBSST) terhadap Kemampuan bersosialisasi Klien Isolasi Sosial di BLU RS Dr. H. Marzsoeki Mahdi Bogor*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan
- Keliat, B.A., & Akemat. (2005). *Keperawatan Jiwa Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta : EGC
- Kinsep, P & Nathan, P. (2004). *Social skills training for severe mental disorder*. <http://www.cci.health.wa.gov.au/docs/Socialskills%20Pt-intrao.pdf>, Januari 29, 2012.
- McQuaid, dkk. (2000). Development of an Integrated Cognitive-Behavioral and Social Skills training Intervention for Older Patients With Schizophrenia. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(3), 149-156
- Prawitasari, dkk. (2002). *Psikoterapi Pendekatan Konvensional dan Kontemporer*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar dan Unit Publikasi Fakultas Psikologi UGM.
- Renidayati. (2008). *Pengaruh Social Skills Training (SST) pada Klien Isolasi Sosial di RSJ H.B. Sa'anin Padang Sumatera Barat*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan
- Stuart, G.W (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8<sup>th</sup> ed. Missouri : Mosby, Inc.
- Wheeler, K. (2008). *Psychotherapy for the Advanced Practice Psychiatric Nurse*. St. Louis : Mosby, Inc

Kode

--	--

LEMBAR KUESIONER A  
KARAKTERISTIK REMAJA TUNARUNGU

Tanggal :

Petunjuk :

Isilah kolom yang telah disediakan dengan mengisi atau memberikan tanda checklist (√) sesuai dengan kondisi anda.

Usia :

Jenis Kelamin :  Laki-laki

Perempuan

Pendidikan terakhir:  Tidak sekolah

Sekolah Dasar (SD)

Sekolah Menengah Pertama (SMP)

Kode

--	--



**LEMBAR KUESIONER B**  
**SKALA SA-R**  
**(Skala Social Anxiety-Remaja)**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**  
**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN**  
**DEPOK, 2012**

**Selamat Pagi,**

**Adik-adik yang manis, di bawah ini ada beberapa pernyataan tentang berbagai hal yang berhubungan dengan kegiatan adik-adik sehari-hari. Isilah pernyataan – pernyataan tersebut sesuai dengan keadaan yang kalian alami atau rasakan.**

**Tidak ada jawaban yang salah. Semua jawaban adalah benar apabila jawaban tersebut sesuai dengan keadaan pada diri adik-adik sekalian. Kalian tidak perlu khawatir, karena semua identitas serta jawaban yang kalian berikan akan dijamin kerahasiaannya, atau jawaban adik-adik tidak akan diberitahukan kepada orang lain.**

**Terima kasih atas kerja samanya, dan selamat mengerjakan**

**Petunjuk Pengisian :**

**Berikan tanda silang (X) pada setiap kolom jawaban yang adik-adik pilih, dengan pilihan jawaban sebagai berikut :**

- Tidak pernah sama sekali**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat sering**
- Setiap saat**

**BERI TANDA SILANG (X) PADA KOTAK YANG SUDAH DISEDIAKAN YA, DAN ISI SESUAI DENGAN PENGALAMAN ATAU SESUAI SEPERTI YANG ADIK-ADIK RASAKAN....**

**1. Aku takut berbicara dengan orang yang baru aku kenal.**

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat Sering
- Setiap saat

**2. Aku tidak mau melihat mata orang yang sedang berbicara denganku**

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat Sering
- Setiap saat

**3. Aku malu bicara tentang diriku sendiri atau perasaanku**

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat Sering
- Setiap saat

**4. Aku tidak suka melakukan kegiatan bersama dengan orang lain**

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat Sering
- Setiap saat

5. **Aku mudah bergaul dengan teman yang umurnya sama dengan aku**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

6. **Aku takut bertemu dengan orang-orang di jalan**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

7. **Aku tidak suka berada di lingkungan sosial/masyarakat.**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

8. **Aku takut sendirian di antara orang lain yang tidak kukenal**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

**9. Aku senang datang ke pesta.**

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat Sering
- Setiap saat

**10. Aku sulit bicara dengan orang lain**

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat Sering
- Setiap saat

**11. Aku tidak sulit membicarakan pikiranku**

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat Sering
- Setiap saat

**12. Aku malu bicara didepan orang-orang**

- Tidak pernah
- Kadang-kadang
- Sering
- Sangat Sering
- Setiap saat

13. **Aku sulit mengatakan pendapatku, saat tidak setuju dengan pendapat orang lain**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

14. **Aku malu bicara dengan lawan jenis**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

15. **Aku sulit mulai bicara dengan orang lain yang baru kukenal**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

16. **Aku malu berteman dengan orang yang tidak akrab denganku**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

17. **Aku merasa aku akan mengatakan sesuatu yang membuat aku malu ketika berbicara**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

18. **Saat bergaul dalam kelompok, Aku sering merasa takut bila aku akan diabaikan/tidak ditanggapi (dicuekin)**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

19. **Aku merasa malu bergaul dalam kelompok**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

20. **Aku merasa takut saat menyapa seseorang untuk mengajaknya berbincang-bincang (ngobrol)**

- Tidak pernah**
- Kadang-kadang**
- Sering**
- Sangat Sering**
- Setiap saat**

--	--

**LEMBAR KUESIONER C**  
**SKALA KETERAMPILAN SOSIAL**

**PETUNJUK PENGISIAN:**

Isilah dengan memberikan tanda checklist (√) pada kolom yang telah disediakan, apabila menurut anda, remaja yang anda amati menunjukkan perilaku sesuai dengan pernyataan di bawah. Dengan kriteria pilihan jawaban:

- 1 = jika menurut pengamatan JARANG dilakukan
- 2 = jika menurut pengamatan KADANG-KADANG dilakukan
- 3 = jika menurut pengamatan SERING dilakukan

SELF ESTEEM / IDENTITAS DIRI	1	2	3
Mampu mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, minat dan nilai-nilai pribadi			
Mampu mengidentifikasi nilai-nilai yang berkaitan dengan keyakinan pribadi tentang keluarga, masyarakat, sekolah			
Menjaga kepentingan dan nilai-nilai siswa dalam kelompok sebaya meskipun ada rekan yang mempengaruhi			
Mampu mengidentifikasi rasa percaya pada diri sendiri dan orang lain.			
Bersedia untuk mencoba hal baru dan mengambil risiko			
Menunjukkan rasa bangga dan percaya diri dalam prestasi keterampilannya			
Mampu mengidentifikasi diri sebagai siswa tunarungu			
Memahami bahwa mereka bisa menjadi teladan bagi siswa tunarungu yang lebih muda			

Menggunakan strategi untuk mengatasi kesepian dan isolasi yang terkait dengan gangguan pendengaran			
Membuat pilihan dan menerima konsekuensi dari perilakunya			
<b>PERSAHABATAN</b>			
Mampu mengidentifikasi bagaimana kemungkinan kehilangan pendengaran yang akan mempengaruhi persahabatan			
Membedakan berbagai tingkat persahabatan (kenalan, teman dekat, sahabat)			
Mengidentifikasi karakteristik dari seorang teman (saling percaya, jujur, hormat)			
Mengidentifikasi pertanyaan pantas dan tidak pantas ketika mengembangkan persahabatan			
Daftar cara tepat untuk berkomunikasi dengan teman (email, catatan dan telepon)			
Menghormati pendapat orang lain meskipun berbeda dengan pendapatnya			
Memahami dan menghormati perbedaan antar teman			
<b>INTERAKSI SOSIAL</b>			
Mengetahui cara untuk memecahkan situasi yang bermasalah (brainstorming, mendengarkan, bertanya, menyelidiki)			
Memahami dan menggunakan cara yang tepat untuk menyatakan pendapat atau sebuah ketidaksetujuannya dengan orang lain.			
Menerima dan memberi kritik yang membangun			
Menerima tanggung jawab dan meminta maaf bila diperlukan			
Mengidentifikasi bagaimana perasaan orang lain dan mampu mengekspresikan rasa empati			
Menggunakan strategi kompromi dan negosiasi untuk menghasilkan solusi saat terjadi konflik			
Menggunakan strategi pengendalian diri (menjaga perasaan, melakukan napas dalam, menghindari/berjalan menjauh, atau mengabaikan)			
Berusaha saling menghormati hubungan pertemanan yang bermutu dengan teman sebaya			

<b>Mengekspresikan perasaan tertarik dengan lawan jenis secara tepat</b>			
<b>Menghormati ruang fisik/batas area milik orang lain</b>			
<b>Memahami bagaimana mereka kehilangan pendengaran yang dapat mempengaruhi mereka dalam berbagai situasi sosial</b>			
<b>Menunjukkan sikap sportif yang baik saat menang atau kalah</b>			
<b>Memberikan dan menerima pujian</b>			
<b>Menggunakan keterampilan berbicara dengan tepat (tidak mengganggu, meminta perhatian, bergiliran)</b>			
<b>Menjalin hubungan yang akrab dengan teman sebaya</b>			
<b>Menolak tekanan teman sebaya dengan menggunakan berbagai strategi (pergi meninggalkan, berkata tidak, meminta orang tersebut untuk berhenti menekannya)</b>			
<b>PRAGMATIK</b>			
<b>Memahami perbedaan antara informasi pribadi dan publik</b>			
<b>Menggunakan isyarat sosial (bahasa tubuh, nada suara, ekspresi wajah, situasi sosial, dan konteks latar belakang pengetahuan) ketika berkomunikasi</b>			
<b>Menggunakan gaya komunikasi yang berbeda yang terkait dengan konteks (formal informal, pekerjaan, keluarga dan teman)</b>			
<b>Mengakui ketika tidak mengetahui dan tidak mendengar informasi</b>			
<b>Mampu untuk tetap pada topik selama percakapan dan tahu kapan saat topik telah berubah</b>			
<b>Menggunakan strategi perbaikan saat terjadi gangguan komunikasi (minta klarifikasi, penyederhanaan, dan meminta untuk mengulang)</b>			
<b>Bersikap tegas terhadap orang lain (membela diri, membuat batasan, mengajukan protes, menyampaikan keinginan)</b>			

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

### Biodata:

Nama : Sambodo Sriadi Pinilih  
Tempat/Tanggal Lahir : Magelang, 13 September 1976  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pekerjaan : Pengajar Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah  
Magelang  
Alamat Instansi : Kampus 2 Universitas Muhammadiyah Magelang  
Alamat Rumah : Kwayuhan No. 13, RT. 09/RW. 08, Kelurahan Gelangan,  
Kecamatan Magelang Tengah, Kota Magelang, Kode Pos:  
56112

### Riwayat Pendidikan :

SDN Jungke 1 Karanganyar : Lulus tahun 1989  
SMPN 2 Kota Magelang : Lulus tahun 1992  
SMAN 3 Kota Magelang : Lulus tahun 1995  
D3 Keperawatan Muhammadiyah Magelang : Lulus tahun 1998  
PSIK FK-UMY : Lulus tahun 2003

### Riwayat Pekerjaan :

Pengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Magelang: 2004-Sekarang

# **BUKU EVALUASI**

**Digunakan dalam Pelaksanaan**

***Social Skills Training (CBSST)***

***Pada Remaja Tunarungu Dengan Social Anxiety***

**Nama Kelompok** : .....

**EVALUASI KEMAMPUAN SAAT MELAKUKAN EVALUASI DIRI  
DALAM KELOMPOK**

Komponen	Hari/ Tanggal	Nama Klien				
Kemampuan Evaluasi Diri						

**EVALUASI KEMAMPUAN KOMUNIKASI DASAR  
(VERBAL DAN NON VERBAL) DALAM KELOMPOK**

Hari/ Tanggal	Komponen	Nama Klien				
	Kontak mata					
	Tersenyum					
	Duduk tegak					
	Berjabat tangan					
	Mengucapkan salam					
	Memperkenalkan diri					
	Menjawab pertanyaan					
	Bertanya untuk klarifikasi					
	Kontak mata					
	Tersenyum					
	Duduk tegak					
	Berjabat tangan					
	Mengucapkan salam					
	Memperkenalkan diri					
	Menjawab pertanyaan					
	Bertanya untuk klarifikasi					
	Kontak mata					
	Tersenyum					
	Duduk tegak					
	Berjabat tangan					
	Mengucapkan salam					
	Memperkenalkan diri					
	Menjawab pertanyaan					
	Bertanya untuk klarifikasi					

**EVALUASI KEMAMPUAN KOMUNIKASI UNTUK  
MENJALIN PERSAHABATAN DALAM KELOMPOK**

Hari/ Tanggal	Komponen	Nama Klien				
	a. Memberikan pertolongan kepada orang lain					
	b. Meminta pertolongan dari orang lain					
	c. Memberikan pujian kepada orang lain					
	d. Menerima pujian dari orang lain					
	a. Memberikan pertolongan kepada orang lain					
	b. Meminta pertolongan dari orang lain					
	c. Memberikan pujian kepada orang lain					
	d. Menerima pujian dari orang lain					
	a. Memberikan pertolongan kepada orang lain					
	b. Meminta pertolongan dari orang lain					
	c. Memberikan pujian kepada orang lain					
	d. Menerima pujian dari orang lain					

**EVALUASI KEMAMPUAN MELAKUKAN AKTIFITAS BERSAMA  
DALAM KELOMPOK**

Hari/ Tanggal	Komponen	Nama Klien				
	Aktifitas bersama teman sebaya dalam kelompok					
	Aktifitas bersama dengan orang yang lebih tua					
	Aktifitas bersama dengan orang yang lebih muda					
	Aktifitas bersama dengan lawan jenis					
	Aktifitas bersama teman sebaya dalam kelompok					
	Aktifitas bersama dengan orang yang lebih tua					
	Aktifitas bersama dengan orang yang lebih muda					
	Aktifitas bersama dengan lawan jenis					
	Aktifitas bersama teman sebaya dalam kelompok					
	Aktifitas bersama dengan orang yang lebih tua					
	Aktifitas bersama dengan orang yang lebih muda					
	Aktifitas bersama dengan lawan jenis					

**EVALUASI KEMMPUAN KOMUNIKASI UNTUK MENGATASI  
SITUASI SULIT DALAM KELOMPOK**

Hari/ Tanggal	Komponen	Nama Klien					
	Menyampaikan kritik kepada orang lain						
	Menerima kritik dari orang lain						
	Menyampaikan penolakan kepada orang lain						
	Menerima penolakan dari orang lain						
	Meminta maaf kepada orang lain						
	Menerima maaf dari orang lain						
	Berada di tempat umum/bicara di depan orang banyak						
	Menyampaikan kritik kepada orang lain						
	Menerima kritik dari orang lain						
	Menyampaikan penolakan kepada orang lain						
	Menerima penolakan dari orang lain						
	Meminta maaf kepada orang lain						
	Menerima maaf dari orang lain						
	Berada di tempat umum/bicara di depan orang banyak						

**EVALUASI KEMAMPUAN MENGUNGKAPKAN MANFAAT  
LATIHAN KETERAMPILAN SOSIAL**

Hari/ Tanggal	Komponen	Nama Klien				
	a. Menyebutkan manfaat evaluasi diri					
	b. Menyebutkan manfaat latihan menggunakan pikiran rasional untuk melawan pikiran negatif					
	c. Menyebutkan manfaat latihan komunikasi dasar					
	d. Menyebutkan manfaat latihan komunikasi untuk menjalin persahabatan					
	e. Menyebutkan manfaat latihan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit					



BUKU KERJA SST  
(SOCIAL SKILLS TRAINING)  
UNTUK REMAJA TUNARUNGU



Nama : .....

UMUR : .....

UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
SPESIALIS KEPERAWATAN JIWA  
2012

## DATA PRIBADIKU

**Nama Lengkap** : .....

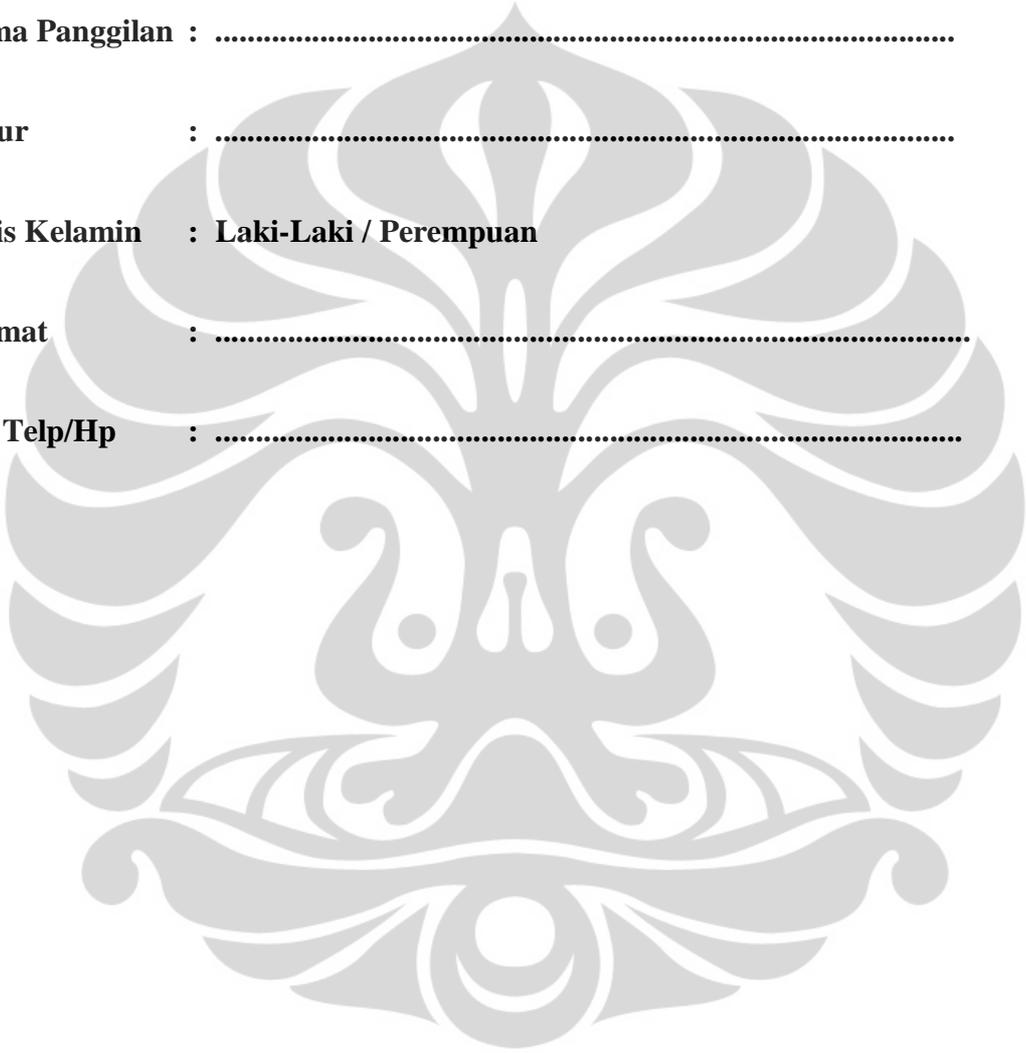
**Nama Panggilan** : .....

**Umur** : .....

**Jenis Kelamin** : **Laki-Laki / Perempuan**

**Alamat** : .....

**No. Telp/Hp** : .....



## DAFTAR ISI

<b>Halaman Sampul.....</b>	<b>i</b>
<b>Data Pribadi.....</b>	<b>ii</b>
<b>Daftar Isi.....</b>	<b>iii</b>
<b>Petunjuk Penggunaan.....</b>	<b>iv</b>
<b>Pelaksanaan Latihan <i>Social Skills Training</i> (SST)</b>	
<b>Latihan 1.....</b>	<b>1</b>
<b>Latihan 2.....</b>	<b>5</b>
<b>Latihan 3.....</b>	<b>7</b>
<b>Latihan 4.....</b>	<b>9</b>
<b>Latihan 5.....</b>	<b>11</b>
<b>Catatan Harianku.....</b>	<b>12</b>

**PETUNJUK PENGISIAN  
BUKU CATATAN HARIAN**

1. Tulislah data pribadi anda di lembar 'Data Pribadiku'
2. Buku ini merupakan buku kerja anda dalam mengikuti *Social Skills Training (SST)* dimana isi dari buku ini adalah catatan anda dalam melaksanakan SST secara mandiri.
3. Buku ini berisi *Check list* (√):
  - a. Latihan ketrampilan komunikasi (komunikasi dasar).
  - b. Latihan komunikasi dalam menjalin persahabatan.
  - c. Latihan melakukan aktifitas bersama dalam kelompok
  - d. Latihan komunikasi dalam situasi sulit.

**SELAMAT MENGGUNAKAN BUKU INI,  
SEMOGA BERMANFAAT DAN SUKSES...**

**LATIHAN 1**  
**KEMAMPUAN MELAKUKAN EVALUASI DIRI**  
**DAN KETERAMPILAN KOMUNIKASI (KOMUNIKASI DASAR)**  
**(NON VERBAL DAN VERBAL)**

**Sediakan waktu untuk membaca informasi dibawah ini**

Kesadaran diri, identitas diri dan pemahaman diri remaja, diperlukan untuk dapat membentuk penilaian diri sebagai seseorang yang berarti, berharga dan menerima diri apa adanya. Hal ini diperlukan oleh remaja tunarungu, dimana karena keterbatasan fisik yang dialaminya menimbulkan masalah emosional berupa kurang percaya diri, dan rendah diri, sehingga memunculkan masalah ansietas sosial.

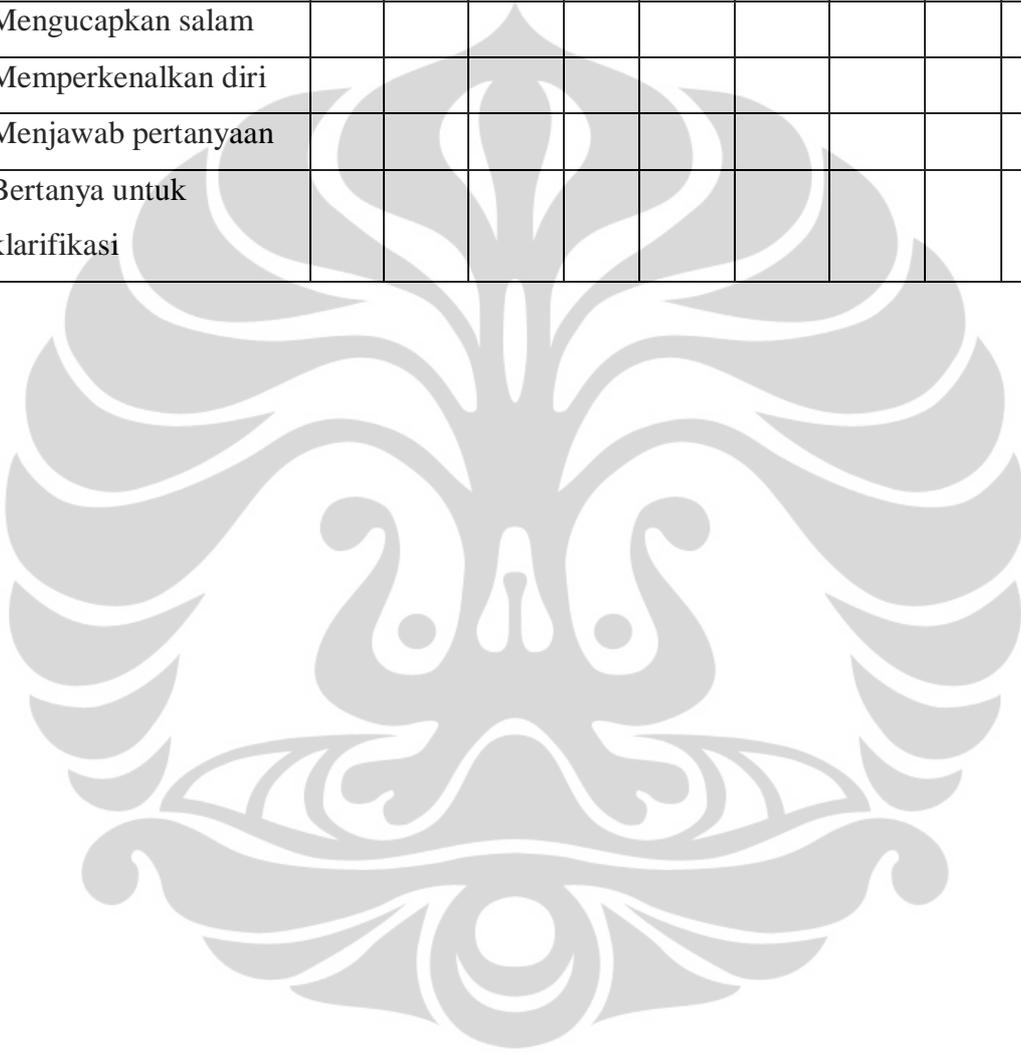
Maka latihan ini diberikan untuk meningkatkan kemampuan verbal dan nonverbalnya sehingga remaja tunarungu dapat melakukan komunikasi dengan orang lain dengan lancar, meskipun mengalami keterbatasan.

Latihan dalam sesi pertam ini, remaja akan belajar mengevaluasi dirinya akan kelebihan dan kelemahan yang dimilikinya, identitas dirinya dan melatih kemampuan komunikasi dasar (verbal dan non verbal).



## A. KOMUNIKASI VERBAL DAN NON VERBAL

No	Komponen	Tanggal									
1	Kontak mata										
2	Tersenyum										
3	Duduk tegak										
4	Mengucapkan salam										
5	Memperkenalkan diri										
6	Menjawab pertanyaan										
7	Bertanya untuk klarifikasi										



## LATIHAN 2

### KOMUNIKASI DALAM MENJALIN PERSAHABATAN

**Sediakan waktu untuk membaca informasi dibawah ini**

Perkembangan remaja dipengaruhi oleh lingkungannya, apakah kemampuan bahasa remaja akan semakin berkembang atau justru menemui hambatan. Remaja yang mengalami kesulitan menyampaikan pendapatnya di dalam kelompok akan mempengaruhi perasaan puas remaja pada diri sendiri, apakah yang mereka sampaikan menyenangkan atau tidak bagi kelompoknya (Hurlock, 2008). Kepuasan remaja dalam berinteraksi di kelompoknya akan mempengaruhi penilaian diri remaja yang pada akhirnya berpengaruh juga pada pencapaian identitas diri remaja. Karena itu dibutuhkan latihan kemampuan sosialisasi remaja.

Latihlah diri saudara untuk melakukan komunikasi dalam menjalin persahabatan. Kemudian tulislah semua latihan yang telah dilakukan tersebut pada format berikut

## LATIHAN 2: KOMUNIKASI DALAM MENJALIN PERSAHABATAN

No	Komponen	Tanggal							
1	Komunikasi untuk memberikan pertolongan kepada orang lain								
2	Komunikasi untuk permintaan pertolongan dari orang lain								
3	Komunikasi dalam memberikan pujian kepada orang lain								
4	Komunikasi pada saat menerima pujian dari orang lain								

### LATIHAN 3

#### KEMAMPUAN MELAKUKAN AKTIFITAS BERSAMA

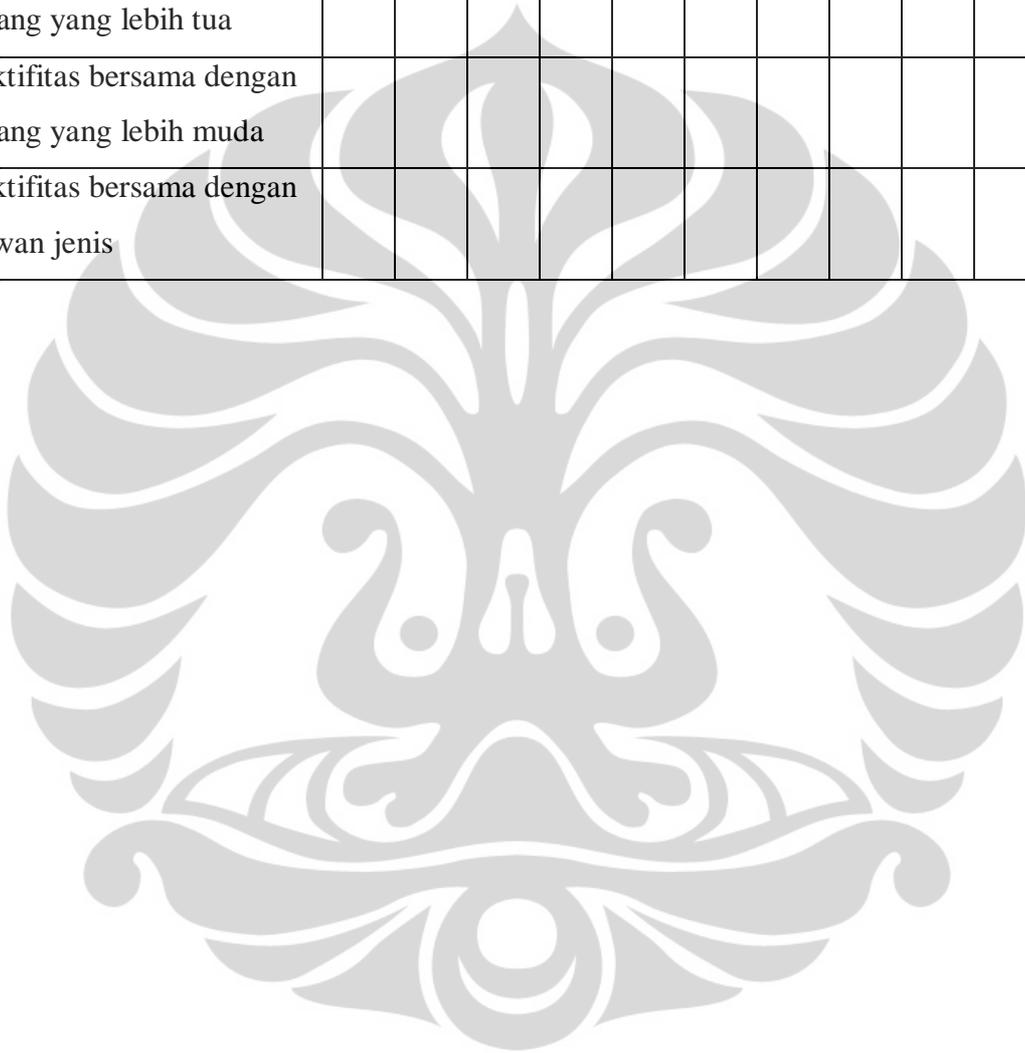
**Sediakan waktu untuk membaca informasi dibawah ini**

Kekurangan dalam kemampuan komunikasi menyebabkan remaja cenderung bersifat egosentris yang meningkat, mudah tersinggung dan mudah marah, dan kurang percaya diri. Hal ini akan memunculkan keraguan pada diri remaja tunarungu untuk melakukan hubungan dan interaksi sosial. Padahal untuk usia mereka, pengalaman dalam melakukan kegiatan sosial yang lebih luas, akan semakin meningkatkan keterampilannya dalam bersikap dan pemahaman dari segi moral dalam bermasyarakat, dan bermanfaat untuk kehidupannya di masa dewasa kelak. Sedangkan semakin seringnya remaja tunarungu melakukan kegiatan bersama orang lain atau masyarakat luas, akan semakin meningkatkan kemampuannya untuk latihan komunikasi, sehingga meningkatkan kemampuan dari segi bahasa dan bicara.

Latihlah dalam melakukan kegiatan bersama dengan orang lain. Tidak hanya dengan kelompok sesama penderita tunarungu, namun juga dengan kelompok sebaya, orang yang lebih tua, orang yang lebih muda dan dengan lawan jenis yang tidak mengalami tunarungu

### LATIHAN 3: KEMAMPUAN MELAKUKAN AKTIFITAS BERSAMA

No	Komponen	Tanggal									
1	Aktifitas bersama dengan teman sebaya										
2	Aktifitas bersama dengan orang yang lebih tua										
3	Aktifitas bersama dengan orang yang lebih muda										
4	Aktifitas bersama dengan lawan jenis										



**LATIHAN 4**  
**KOMUNIKASI DALAM SITUASI SULIT**

**Sediakan waktu untuk membaca informasi  
dibawah ini**

Situasi sulit akan dihadapi oleh remaja tunarungu terutama saat harus melakukan kegiatan bersama orang lain. Apalagi bila orang yang tidak mengalami tunarungu itu tidak menguasai atau tidak berpengalaman melakukan komunikasi dengan penyandang tunarungu. Kesulitan dalam komunikasi pada remaja tunarungu dikarenakan ketidakmampuan remaja tunarungu dalam memahami pesan yang diterimanya dari orang lain, dan kesulitannya untuk menyampaikan hal-hal yang ingin diungkapkannya dalam komunikasi.

Latihlah komunikasi dalam mengatasi situasi sulit yang anda hadapi dalam kehidupan sehari-hari dan catatlah semua kegiatan latihan anda pada format berikut:

#### LATIHAN 4: KOMUNIKASI DALAM SITUASI SULIT

No	Komponen	Tanggal							
1	Komunikasi untuk menyampaikan kritik kepada orang lain								
2	Komunikasi pada saat menerima kritik dari orang lain								
3	Komunikasi untuk menyampaikan penolakan kepada orang lain								
4	Komunikasi saat menerima penolakan dari orang lain								
5	Komunikasi untuk meminta maaf pada orang lain								
6	Komunikasi saat orang lain meminta maaf								
7	Komunikasi saat berada di tempat umum/dihadapan banyak orang								

**Latihan 5**  
**Kemampuan Mengungkapkan Manfaat**  
**Latihan Keterampilan Sosialisasi**

**Sediakan waktu untuk membaca informasi  
dibawah ini**

Latihan ini bertujuan untuk melatih kemampuan anda dalam mengungkapkan pendapat, sekaligus untuk mengevaluasi keberhasilan dari keseluruhan program latihan yang diberikan. Anda akan diminta untuk mengatakan secara langsung dan jujur apa yang dirasakannya, manfaat yang didapat dari latihan mulai dari sesi 1 sampai sesi 4 dan kesulitan yang dihadapi saat melakukan latihan baik latihan dalam kelompok, maupun dalam kehidupan sehari-hari.

