

**PENERAPAN TERAPI LATIHAN KETRAMPILAN SOSIAL PADA  
KLIEN ISOLASI SOSIAL DENGAN PENDEKATAN MODEL  
HUBUNGAN INTERPERSONAL PEPLAU DI RS DR MARZOEKI  
MAHDI BOGOR**

Abdul Wakhid<sup>1)</sup>, Achir Yani S. Hamid<sup>2)</sup>, Novy Helena CD<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> AKPER Ngudi Waluyo, Ungaran, 50515, Indonesia

<sup>2)</sup> Departemen Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, 16424, Indonesia

<sup>3)</sup> Departemen Keperawatan Jiwa, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia, 16424, Indonesia

*Email: [abdul.wakhid2010@gmail.com](mailto:abdul.wakhid2010@gmail.com)*

Abstract

Application of social skills training therapy to client with social isolation and low self esteem disturbance with Interpersonal relationship Peplau Model Approach in RS Dr Marzoeki Mahdi Bogor. Social skills training was designed to improve communication and social skills for someone was experienced difficulties in their interaction skills include giving reinforcement, complain because they do not agree, reject the request of other, exchange experience, demanding personal rights, give advice to others, problem solving and working with people, sharing experience, ask for privacy (Michelson, 1985). Objective this final assignment was to found describing result of Application of social skills training therapy management on Social isolation and low self esteem client with interpersonal relationship Peplau Model approach in RS Dr Marzoeki Mahdi Bogor. Application of social skills therapy was done to 18 clients since 10 September-9 November 2012. Finding was revealed social skills training exactly effective may used for client with social isolation and low self esteem, where all of clients who have done social skills therapy. Base on this finding, recommended social skills training become to specialist standard therapy in psychiatric nursing and may used for social isolation and low self esteem clients.

*Key word : social skills training, social isolation, low self esteem, Peplau interpersonal model*

## Pendahuluan

Menurut UU No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, tercantum bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk mencapai tingkat kesehatan jiwa secara optimal, pemerintah Indonesia menegaskan perlunya upaya peningkatan kesehatan jiwa, seperti yang dituangkan dalam Undang-undang No. 36 tahun 2009 tentang kesehatan Bab IX pasal 144 yang menyatakan bahwa upaya kesehatan jiwa ditujukan untuk menjamin setiap orang dapat menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa.

WHO (2009) memperkirakan sebanyak 450 juta orang di seluruh dunia mengalami gangguan mental, terdapat sekitar 10% orang dewasa mengalami gangguan jiwa saat ini dan 25% penduduk diperkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama hidupnya. Gangguan jiwa mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030, gangguan jiwa juga berhubungan dengan bunuh diri, lebih dari 90% dari satu juta kasus bunuh diri setiap tahunnya akibat gangguan jiwa. Gangguan jiwa ditemukan di semua negara, pada perempuan dan laki-laki, pada semua tahap kehidupan, orang miskin maupun kaya baik di pedesaan maupun perkotaan mulai dari yang ringan sampai berat.

Data WHO (2006) mengungkapkan bahwa 26 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa, dimana panik dan cemas adalah gejala paling ringan. Gambaran gangguan jiwa berat di Indonesia pada tahun 2007 memiliki prevalensi sebesar 4.6 permil, artinya bahwa dari 1000 penduduk Indonesia terdapat empat sampai lima diantaranya menderita gangguan jiwa berat (Puslitbang Depkes RI, 2008). Penduduk Indonesia pada tahun 2007 (Pusat Data dan Informasi Depkes RI, 2009) sebanyak 225.642.124 sehingga klien gangguan jiwa di Indonesia pada tahun 2007 diperkirakan 1.037.454 orang. Provinsi Jawa Barat didapatkan data individu yang mengalami gangguan jiwa sebesar 0,22 % (Riskseddas, 2007).

Skizofrenia adalah gangguan, multifaktorial perkembangan saraf dipengaruhi oleh faktor genetik dan lingkungan serta ditandai dengan gejala positif, negatif dan kognitif (Andreasen 1995; Nuechterlein et al 2004;. Muda et al. 2009 dalam Jones et al, 2011). Gejala kognitif sering mendahului terjadinya psikosis, dan pengobatan yang segera dilakukan diyakini sebagai prediktor yang lebih baik dari hasil terapi (Green, 2006;

Mintz dan Kopelowicz, 2007 dalam Jones et al, 2011). Gejala positif meliputi waham, halusinasi, gaduh gelisah, perilaku aneh, sikap bermusuhan dan gangguan berpikir formal. Gejala negatif meliputi sulit memulai pembicaraan, afek tumpul atau datar, berkurangnya motivasi, berkurangnya atensi, pasif, apatis dan penarikan diri secara sosial dan rasa tidak nyaman (Videbeck, 2008).

Isolasi sosial sebagai salah satu gejala negatif pada skizofrenia digunakan oleh klien untuk menghindari dari orang lain agar pengalaman yang tidak menyenangkan dalam berhubungan dengan orang lain tidak terulang lagi. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan kepada klien isolasi sosial adalah terapi generalis dan terapi spesialis (terapi psikososial/psikoterapi) yang ditujukan kepada klien sebagai individu, kelompok klien, dan keluarga klien, serta komunitas disekitar klien (Carson, 2000; Chen, et, al., 2006; Eiken, 2012). Tindakan keperawatan spesialis diberikan kepada pasien yang bertujuan untuk meningkatkan kemampuan bersosialisasi adalah latihan ketrampilan sosial (Cacioppo, et, al, 2002). 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, 2004 & Varcarolis, 2006).

Penelitian ini menggabungkan tindakan keperawatan dengan salah satu teori model keperawatan yang sesuai dengan kondisi klien isolasi sosial yaitu teori keperawatan Hildegard Peplau's. Teori Peplau sangat tepat diaplikasikan pada klien yang mengalami isolasi sosial karena menjelaskan proses hubungan antara perawat dan klien dimulai dari tahap orientasi dimana perawat merupakan orang asing yang baru dikenal oleh klien, selanjutnya masuk kedalam tahap identifikasi dan eksploitasi dimana terjadi proses hubungan terapeutik untuk membantu menyelesaikan permasalahan yang dihadapi oleh klien dan diakhiri dengan tahap resolusi dimana klien diupayakan untuk tidak tergantung kepada perawat karena telah dilakukan latihan mengatasi masalah oleh perawat.

## Metode

Penelitian ini merupakan analisis terhadap penerapan manajemen terapi latihan ketrampilan sosial pada klien isolasi sosial dengan pendekatan model teori hubungan interpersonal Peplau yang dilaksanakan terhadap klien yang mengalami isolasi sosial di Rumah Sakit dr Marzoeeki Mahdi Bogor sejak tanggal 10 September hingga 9 November 2012 dengan jumlah klien yang mengalami isolasi sosial sebanyak 18 klien.

**Hasil**

**Tabel 1 Distribusi Karakteristik Klien Dengan Masalah Isolasi Sosial di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor 2012 (n=18)**

Karakteristik	Jumlah	Prosentase
Usia		
a. 18 – 24 tahun	5	27,8
b. 25 – 65 tahun	13	72,2
Jenis kelamin		
Laki-laki	18	100,0
Pendidikan		
a. Menengah (SMP-SMA)	11	61,1
b. Tinggi (PT)	7	38,9
Pekerjaan		
a. Bekerja	9	50,0
b. Tidak bekerja	9	50,0
Status perkawinan		
a. Belum menikah	6	33,3
b. Menikah	12	66,7
Penanggung jawab biaya		
a. Umum	2	11,1
b. Jamkesmas	10	55,6
c. Jamkesda	6	33,3

Berdasarkan tabel 1 dapat dijelaskan bahwa mayoritas klien pada rentang usia 25-65 tahun atau pada masa dewasa yaitu 13 klien (72,2%) dan seluruhnya berjenis kelamin laki-laki (100%). Mayoritas klien memiliki latar belakang pendidikan sekolah menengah (SMP-SMA), yaitu 11 klien (61,1%), 50% memiliki pekerjaan, 12 klien (66,7%) sudah menikah dan 10 klien (55,6%) biaya perawatan ditanggung oleh Jamkesmas.

**Tabel 2. Distribusi Faktor Predisposisi Pada Klien dengan masalah Isolasi Sosial di RS Marzoeki Mahdi Bogor 2012 (n=18)**

Faktor Predisposisi	Jumlah	%
Biologis		
a. Trauma/penyakit fisik	6	33,3
b. Genetik	12	66,7
c. Riwayat gangguan jiwa sebelumnya	9	50,0
d. Penyalahgunaan NAPZA	5	27,8
Psikologis		
a. Introvert	13	72,2
b. Riwayat kegagalan/kehilangan	14	77,8
c. Riwayat kekerasan	9	50,0
Sosial kultural		
a. Pendidikan menengah	11	61,1
b. Status ekonomi rendah	11	61,1
c. Jarang terlibat kegiatan sosial	4	22,2

Berdasarkan tabel 2 dapat dijelaskan bahwa pada faktor predisposisi biologis terbanyak yaitu adanya riwayat genetik yaitu sebanyak 12 klien (66,7%).

Sebanyak 14 klien (77,8%) mengalami riwayat kegagalan, serta dari sosial ekonomi rendah sebanyak 11 klien (61,1%) merupakan faktor sosial budaya.

**Tabel 3 Distribusi Faktor Presipitasi Pada Klien dengan masalah Isolasi Sosial di RS Marzoeki Mahdi Bogor 2012 (n=18)**

Faktor Presipitasi	Jumlah	%
Biologis		
Putus obat	6	33,3
Psikologis		
1. Keinginan tidak terpenuhi	14	77,8
2. Gagal membina hubungan dengan lawan jenis	9	50,0
3. Gagal bekerja	12	66,7
4. Merasa tak berguna	12	66,7
Sosial Kultural		
1. Ekonomi	11	61,1
2. Masalah pekerjaan	12	66,7
3. Konflik keluarga	11	61,1
Asal stresor		
1. Internal	18	100,0
2. Eksternal	14	77,8
Waktu stresor		
1. < 6 bulan	6	33,3
2. > 6 bulan	12	66,7
Jumlah stresor		
1. >1 stresor	18	100,0

Berdasarkan tabel 3 dapat dijelaskan bahwa pada faktor presipitasi aspek biologis yaitu putus obat sebanyak 6 klien (33,3%), dan secara psikologis 77,8% klien memiliki keinginan yang tidak terpenuhi, pada faktor sosial budaya didapatkan masalah pekerjaan sebanyak 66,7%, asal stresor seluruhnya berasal dari internal tetapi ada juga stresor eksternal yang menyertainya yang didapatkan pada 14 klien (77,8%). Waktu stresor paling banyak pada waktu >6 bulan sebanyak 12 klien (66,7%) dan jumlah stresor seluruhnya lebih dari 1 stresor.

**Tabel 4. Distribusi Penilaian Stresor terhadap masalah Isolasi Sosial di Rumah Sakit Dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor 2012 (n=18)**

Penilaian Terhadap Stresor	Isolasi Sosial			
	n	Mean	SD	Min-maks
Respon Kognitif	18	27,50	7,548	16-39
Respon Afektif	18	15,89	5,368	8-27
Respon Perilaku	18	14,94	2,711	9-19
Respon Sosial	18	19,61	3,109	13-24
Respon Fisiologis	18	15,17	3,536	9-21
Jumlah	18	93,11	16,97	69-130

Berdasarkan tabel 4 dapat dijelaskan bahwa rata-rata penilaian terhadap stressor pada 18 klien isolasi sosial pada respon kognitif 27,50, respon

afektif sebesar 15,89, respon perilaku sebesar 14,94, respon sosial sebesar 19,61, respon fisiologis sebesar 15,17 dan secara keseluruhan respon klien isolasi social sebesar 93,11.

**Tabel 5. Distribusi Penilaian Stresor pada Klien dengan masalah Isolasi Sosial Sebelum dan Sesudah Diberikan Latihan Ketrampilan Sosial di RS Dr.H.Marzoeki Mahdi Bogor 2012 (n=18)**

Penilaian Terhadap Stresor	n	Isolasi Sosial		
		Mean Sebelum	Mean Sesudah	Min-maks
Respon Kognitif	18	27,50	14,89	12-18
Respon Afektif	18	15,89	11,33	9-14
Respon Perilaku	18	14,94	9,83	8-13
Respon Sosial	18	19,61	13,89	10-17
Respon Fisiologis	18	15,17	10,61	8-13
Jumlah	18	93,11	60,56	53-66

Berdasarkan tabel 5, rata-rata respon secara keseluruhan sebelum diberikan terapi latihan ketrampilan sosial sebesar 93,11 dan sesudah diberikan terapi latihan ketrampilan sosial sebesar 60,56.

**Pembahasan**

1. Karakteristik klien

a. Usia

Klien yang dirawat dengan masalah isolasi sosial sebagian besar berada dalam rentang usia 25-65 tahun atau pada masa dewasa yaitu 13 klien (72.2%). Masa dewasa merupakan masa kematangan dari aspek kognitif, emosi, dan perilaku. Kegagalan yang dialami seseorang untuk mencapai tingkat kematangan tersebut akan sulit memenuhi tuntutan perkembangan pada usia tersebut dapat berdampak terjadinya gangguan jiwa (Yusuf, 2010). Pendapat tersebut didukung oleh Stuart (2009) yang menyatakan bahwa usia merupakan aspek sosial budaya terjadinya gangguan jiwa dengan risiko frekuensi tertinggi mengalami gangguan jiwa yaitu pada usia dewasa.

Usia dewasa merupakan usia produktif dimana klien memiliki tuntutan untuk mengembangkan aktualisasi diri, baik dari diri sendiri, keluarga, maupun lingkungan. Menurut Erikson (2000) dalam Stuart & Laraia (2005), pada usia ini individu mulai mempertahankan hubungan saling ketergantungan, memilih pekerjaan, memilih karir, melangsungkan perkawinan.

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan bagian dari aspek sosial budaya faktor predisposisi

dan presipitasi terjadinya gangguan jiwa. Seluruh klien adalah laki-laki karena di ruangan Antareja merupakan ruang perawatan klien laki-laki. Terlepas dari kondisi tersebut, Kaplan, Sadock, dan Grebb (1999); Davison dan Neale (2001), dalam Fausiah dan Widury, (2005) dalam penelitiannya yang menunjukkan bahwa laki-laki lebih mungkin memunculkan gejala negatif dibandingkan wanita dan wanita tampaknya memiliki fungsi sosial yang lebih baik daripada laki-laki. Didukung pula oleh pendapat Sinaga (2007), yang menyatakan prevalensi Skizofrenia berdasarkan jenis kelamin, ras dan budaya adalah sama. Dimana wanita cenderung mengalami gejala yang lebih ringan, lebih sedikit rawat inap dan fungsi sosial yang lebih baik di komunitas dibandingkan dengan laki-laki. Laki-laki lebih banyak mengalami isolasi sosial karena disebabkan tuntutan terhadap tanggung jawab atau peran yang harus dipenuhi seorang laki-laki didalam keluarga lebih tinggi dibanding perempuan, sehingga stresor yang dialami juga lebih banyak.

c. Pendidikan

Klien yang dirawat dengan masalah isolasi sosial sebagian besar memiliki latar belakang pendidikan sekolah menengah (SMP-SMA), yaitu 11 klien (61,1%). Hal ini menunjukkan bahwa klien mempunyai latar belakang pendidikan yang cukup memenuhi syarat dalam menerima informasi baru. Klien sebagian besar mampu memahami penjelasan, pengarahan, melakukan latihan seperti yang disampaikan oleh perawat dalam pelaksanaan terapi latihan ketrampilan sosial. Hal ini sesuai dengan pendapat Siagian (1995) yang menyatakan semakin tinggi pendidikan seseorang semakin besar untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan. Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi cara individu berperilaku, membuat keputusan dan memecahkan masalah, serta mempengaruhi cara penilaian klien terhadap stresor.

Faktor pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Hal ini senada dengan pendapat Kopelowicz (2002) yang menyatakan bahwa semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan seseorang akan berkorelasi positif dengan keterampilan coping yang dimiliki. Pendidikan sebagai sumber

koping berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk menerima informasi yang dapat membantu mengatasi masalah yang dihadapi seseorang. Pada klien kelolaan, pendidikan klien termasuk dalam pendidikan menengah sehingga mampu menerima informasi pembelajaran yang disampaikan oleh perawat. Hal ini dapat diamati pada saat perawat melakukan terapi latihan ketrampilan sosial, pasien mudah menangkap informasi yang disampaikan mengenai penjelasan terapi dan sesi-sesi yang akan dilakukan sebelum melakukan terapi.

d. Status Pekerjaan

Klien yang dirawat dengan masalah isolasi sosial sebagian besar memiliki pekerjaan sebelum dirawat yaitu (50,0%). Hal ini memberikan gambaran bahwa klien sebelum masuk ke rumah sakit, mampu terlibat aktif dan produktif dalam menjalankan peran sehari-hari dilingkungkannya. Pekerjaan juga mencerminkan produktivitas dan penghasilan seseorang. Hal ini sesuai dengan fungsi ekonomi keluarga yang memberikan tugas anggota, terutama kepala keluarga untuk mencari sumber-sumber kehidupan dalam memenuhi fungsi-fungsi keluarga yang lain terutama memenuhi kebutuhan keluarga (WHO, 1978, dalam Effendy, 1998). Pekerjaan merupakan salah satu faktor predisposisi dan presipitasi sosial budaya proses terjadinya gangguan jiwa. Faktor status sosioekonomi yang rendah lebih banyak mengalami gangguan jiwa dibanding pada tingkat sosioekonomi tinggi. Pendapat tersebut juga didukung oleh Townsend (2009) yang menyatakan bahwa salah satu faktor sosial yang menyebabkan tingginya angka gangguan jiwa termasuk skizofrenia adalah tingkat sosial ekonomi rendah.

Penjelasan tersebut menjelaskan bahwa seseorang yang berada dalam sosial ekonomi rendah dan tidak memiliki pekerjaan lebih berisiko untuk mengalami berbagai masalah terutama kurangnya rasa percaya diri dalam menjalankan aktivitas hidup sehari-hari. Terapi latihan ketrampilan sosial sangat tepat dilakukan terhadap individu yang mengalami masalah kurang percaya diri sehingga klien memiliki pengetahuan bagaimana cara membina hubungan dengan orang lain, cara melakukan kerja sama dengan orang lain yang dapat dijadikan sebagai mekanisme koping konstruktif.

e. Status Perkawinan

Klien isolasi sosial yang dirawat sebagian besar sudah menikah yaitu sebanyak 12 klien (66,7%). Hal ini didukung dengan pendapat Hawari (2001) dan Kintono (2010) yang menyatakan bahwa berbagai masalah perkawinan dapat menjadi sumber stress bagi seseorang dan merupakan salah satu penyebab umum gangguan jiwa. Masalah umum yang sering terjadi selama menjalani perkawinan adalah pertengkaran, ketidaksetiaan, kematian salah satu pasangan, dan perceraian yang jika tidak dapat diatasi dapat menjadi sumber stres yang menyebabkan masalah kejiwaan. Cara seseorang mengatasi permasalahan yang muncul merupakan mekanisme koping dalam menjalankan 5 (lima) fungsi dalam sebuah keluarga, yaitu fungsi afektif, fungsi sosialisasi dan penempatan sosial, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, serta memberikan pelayanan kesehatan bagi seluruh anggota keluarga (Friedman, 1998).

2. Faktor Predisposisi

a. Aspek Biologis

Sebagian besar faktor predisposisi pada klien yang diberikan terapi latihan ketrampilan sosial adalah adanya riwayat genetik yaitu sebanyak 66,7%. Faktor genetik memiliki peran terjadinya gangguan jiwa pada klien yang menderita skizofrenia (Sadock dan Sadock, 2007). Jika salah satu orang tua menderita gangguan jiwa, keturunannya memiliki resiko 10%, dan resiko sebesar 40% jika kedua orang tua memiliki riwayat gangguan jiwa. Pada klien isolasi sosial yang dilakukan pengelolaan, dapat dilihat bahwa faktor genetik merupakan faktor yang lebih besar dibandingkan dengan faktor predisposisi lainnya seperti trauma fisik, riwayat napza, ataupun riwayat gangguan jiwa sebelumnya.

Pemberian terapi latihan ketrampilan sosial dapat membantu klien mengembangkan cara berpikir bahwa klien yang memiliki riwayat anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa akan dapat melangsungkan proses kehidupannya tanpa harus merasa minder, tidak percaya diri serta masih tetap dapat melakukan interaksi terhadap orang lain.

b. Aspek Psikologis

Faktor predisposisi pada aspek psikologis sebagian besar akibat adanya riwayat kegagalan/kehilangan (77,8%). Pengalaman kehilangan dan kegagalan akan mempengaruhi respon individu dalam mengatasi stresornya. Hal ini sesuai dengan teori psikoanalisa Freud (1994) yang menyampaikan bahwa ketidakmampuan menyelesaikan masalah, konflik yang tidak disadari antara impuls agresif atau kepuasan libido serta pengakuan terhadap ego dari kerusakan eksternal yang berasal dari kepuasan. Hal ini senada dengan yang disampaikan Erickson (1963, dalam Townsend 2009) yang menyatakan bahwa pengalaman penolakan orang tua pada masa bayi akan membuat anak menjadi tidak percaya diri dalam berhubungan dengan orang lain. Kondisi ini akan membuat individu lebih cenderung mengisolasi diri.

Pemberian terapi latihan ketrampilan sosial dapat membantu klien mengembangkan mekanisme koping dalam memecahkan masalah terkait masa lalu yang tidak menyenangkan. Klien dilatih untuk mengidentifikasi kemampuan yang masih dapat digunakan yang dapat meningkatkan kemampuannya dalam bersosialisasi sehingga tidak mengalami hambatan dalam berhubungan sosial.

c. Aspek Sosial Budaya

Faktor predisposisi selanjutnya adalah aspek sosial budaya, dimana pada klien kelolaan didapatkan aspek sosial budaya sebagian besar adalah pendidikan menengah dan sosial ekonomi rendah masing-masing sebanyak 11 klien (61,1%). Menurut Townsend (2009) status sosioekonomi yang rendah lebih rentan mengalami gangguan jiwa dibanding pada tingkat sosioekonomi tinggi. Kemiskinan yang dialami oleh seseorang menjadikan terjadinya keterbatasan dalam pemenuhan kebutuhan pokok seperti nutrisi, pemenuhan kesehatan, kurangnya perhatian terhadap pemecahan masalah yang dapat menimbulkan munculnya stres.

Klien dengan gangguan jiwa berat yang memiliki status ekonomi rendah sering mendapatkan stigma dari lingkungan sosialnya sehingga akan membuat mereka lebih memilih tidak terlibat dalam kegiatan sosial sehingga terkesan menutup diri.

Terapi latihan ketrampilan sosial akan melatih klien dalam meningkatkan hubungan dengan orang lain dengan cara memberikan pengetahuan serta kemampuan bagaimana menjalani hubungan dengan orang lain.

3. Faktor Presipitasi

Hasil pengkajian terhadap 18 klien yang mengalami isolasi sosial kronis diperoleh bahwa 6 klien (33,3%) mengalami putus obat. Rata-rata klien menyampaikan bahwa mereka merasa bosan dan merasa sudah sembuh sehingga tidak perlu lagi minum obat, disamping itu klien juga menyampaikan bahwa jika minum obat terus menerus menjadikan klien tidak bisa bekerja seperti biasa karena mudah ngantuk dan lemas.

Seluruh klien yang mengalami masalah isolasi sosial memiliki stresor berasal dari diri klien sendiri dan juga ditambah dengan stresor dari luar diri pasien. Hal ini sesuai dengan pendapat Stuart dan Laraia (2005) bahwa stresor dapat berasal dari internal maupun eksternal. Waktu terpaparnya stresor pada klien sebagian besar sudah mengalami gangguan jiwa > 6 bulan dan jumlah stresor yang dialami oleh klien lebih dari 1 stresor. Kondisi ini menunjukkan bahwa rata-rata klien sudah mengalami gangguan jiwa kronis. Jumlah stresor lebih dari satu yang dialami oleh individu dalam satu waktu yang bersamaan akan lebih sulit diselesaikan dibandingkan dengan satu stresor dalam satu waktu. Setiap stresor atau masalah yang muncul membutuhkan penyelesaian sehingga semakin banyak stresor yang dimiliki oleh individu maka individu tersebut makin dituntut untuk memiliki penyelesaian koping yang adekuat dan makin bervariasi dalam mengatasi stresornya (Stuart dan Laraia, 2005).

4. Penilaian Terhadap Stresor

Berdasarkan hasil penilaian terhadap stresor pada klien yang memiliki masalah isolasi sosial didapatkan rata-rata respon kognitif 27,50, respon afektif sebesar 15,89, respon perilaku sebesar 14,94, respon sosial sebesar 19,61, respon fisiologis sebesar 15,17 dan secara keseluruhan respon klien isolasi social sebesar 93,11.

Respon klien dengan isolasi sosial dalam menghadapi stresor tersebut sesuai dengan pendapat Stuart dan Laraia (2005) yang melihatnya dari aspek kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosial. Kelima aspek tersebut dijadikan pedoman dalam penilaian terhadap respon klien dengan isolasi sosial dalam penelitian ini. Didapatkannya penilaian

terhadap stresor pada kelima respon tersebut mendorong penulis untuk memberikan terapi latihan ketrampilan sosial yang bertujuan untuk membantu meningkatkan respon kognitif, afektif, fisiologis, perilaku, dan sosialnya.

Terapi latihan ketrampilan sosial merupakan proses pembelajaran dengan menggunakan teknik perilaku bermain peran, praktik dan umpan balik untuk meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah (Kneisl, 2004). Proses pembelajaran sosial mengacu kepada kekuatan berpikir tentang bagaimana belajar memberikan pujian dan hukuman, termasuk beberapa pujian dan model yang akan diberikan. Pembelajaran sosial meliputi motivasi, emosi, pikiran, penguatan sosial, penguatan diri. Penguatan sosial bisa berbentuk perhatian, rekomendasi, perhatian dan lainnya yang dapat membuat individu terus berperilaku ke arah yang lebih baik.

5. Ketepatan Penerapan Manajemen Terapi Latihan Ketrampilan Sosial pada Klien Isolasi Sosial dengan Menggunakan Pendekatan Model Hubungan Interpersonal Peplau

Penurunan respon tersebut menunjukkan bahwa terapi latihan ketrampilan sosial memiliki pengaruh yang signifikan setelah dilakukan pada klien yang mengalami masalah isolasi sosial. Pada klien isolasi sosial, latihan ketrampilan sosial diberikan berdasarkan hasil identifikasi masalah klien yang didapatkan adanya ketidaktahuan dan ketidakmampuan klien dalam membina dan melakukan hubungan sosial. Adanya latihan ketrampilan sosial terbukti dapat membantu meningkatkan kemampuan sosial klien yang dapat dilihat pada respon kognitif, afektif, psikomotor, sosial dan fisik. Hal ini diakibatkan karena sebelum diberikan terapi, klien merasa malu, minder dan tidak percaya diri untuk membina hubungan sosial dengan lingkungannya. Setelah diberikan terapi, didapatkan pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan sosial klien.

Pelaksanaan terapi latihan ketrampilan sosial yang dilakukan dengan menggunakan pendekatan model hubungan interpersonal Peplau pada klien dengan masalah isolasi sosial. Model interpersonal dapat dilakukan secara efektif karena proses tahap pertama dalam hubungan perawat dengan klien yang disebut tahap orientasi diawali dengan membina hubungan saling percaya dimana perawat dan klien belum saling mengenal dan perawat merupakan orang asing bagi klien. Tahap identifikasi dilakukan oleh perawat

dengan melakukan pengkajian secara mendalam terhadap masalah yang muncul pada klien. Pada tahap ini hubungan perawat dan klien sudah terbina dengan baik sehingga perawat dapat menggali permasalahan yang klien alami.

Setelah mendapatkan berbagai data, perawat dengan klien bersama-sama menentukan tujuan untuk membantu mengatasi masalah yang termasuk dalam tahap eksploitasi. Pada tahap eksploitasi ini perawat melatih klien tentang kemampuan untuk meningkatkan hubungan sosial melalui terapi latihan ketrampilan sosial. Terapi latihan ketrampilan sosial terdiri dari 4 sesi dimana pada tiap-tiap sesi dilakukan rata-rata 3 kali pertemuan, dan masing-masing pertemuan dilakukan selama 30-45 menit. Tahap eksploitasi ini dilakukan bersama klien sampai klien benar-benar menguasai baik secara kognitif maupun psikomotor untuk tiap-tiap sesi latihan terapi. Setelah perawat merasa yakin bahwa klien telah mampu menguasai terapi yang dilatihkan, selanjutnya perawat melakukan identifikasi kembali terhadap kemampuan klien dalam melaksanakan kemampuan yang telah dilatihkan serta perawat membantu klien untuk mempersiapkan lepas dari ketergantungan terhadap perawat dalam melakukan hubungan sosial dengan lingkungan sekitarnya yang termasuk dalam tahap akhir yaitu tahap resolusi.

**Simpulan**

1. Faktor predisposisi biologis terbanyak yaitu adanya riwayat genetik yaitu sebanyak 12 klien (66,7%). Sebanyak 14 klien (77,8%) mengalami riwayat kegagalan, serta berpendidikan menengah dan dari sosial ekonomi rendah masing-masing sebanyak 11 klien (61,1%) merupakan faktor sosial budaya. Faktor presipitasi aspek biologis yaitu putus obat sebanyak 6 klien (33,3%), dan secara psikologis 77,8% klien memiliki keinginan yang tidak terpenuhi, pada faktor sosial budaya didapatkan masalah pekerjaan sebanyak 66,7%, asal stresor seluruhnya berasal dari internal tetapi ada juga stresor eksternal yang menyertainya yang didapatkan pada 14 klien (77,8%). Waktu stresor paling banyak pada waktu >6 bulan sebanyak 12 klien (66,7%) dan jumlah stresor seluruhnya lebih dari 1 stresor.
2. Latihan ketrampilan sosial dapat meningkatkan kemampuan sosialisasi pada klien isolasi sosial. Semua klien telah mampu melakukan latihan berbicara yang baik, melakukan latihan berbicara untuk menjalin persahabatan, melakukan latihan berbicara untuk bekerjasama dan melakukan latihan berbicara untuk menghadapi situasi yang sulit.

3. Latihan ketrampilan sosial dapat menurunkan tanda dan gejala pada klien yang mengalami isolasi sosial. Rata-rata respon secara keseluruhan pada masalah isolasi sosial sebelum diberikan terapi latihan ketrampilan sosial sebesar 93,11 dan sesudah diberikan terapi latihan ketrampilan sosial sebesar 60,56.
4. Pendekatan model hubungan interpersonal Peplau dirasakan tepat diterapkan pada klien dengan masalah isolasi sosial karena tahapan-tahapan pemberian asuhan keperawatan dalam model hubungan interpersonal Peplau yang terdiri dari tahap orientasi, identifikasi, eksploitasi dan resolusi dapat diterapkan sesuai dengan karakteristik klien.

Videbeck, S.L. (2008). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

WHO. (2006). *The world health report: 2006: mental health: new Understanding, new hope*. www.who.int/whr/2001/en/ diperoleh tanggal 20 Februari 2011.

WHO. (2009). *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package)*. Geneva 27, Switzerland: WHO Press.

### Daftar pustaka

- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., . . . Berntson, G. G. (2002). *Loneliness and Health: Potential Mechanisms*. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407–417.
- Carson, V.B. (2000). *Mental Health Nursing: The Nurse-Patient Journey*. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Chen, K, & walk. (2006). *Social Skills Training Intervension for Student with Emotional/Behavioral Disorder: A Literature Review from American Perspective*. [www.ccbd.net/dokuments/bb/BB.15\(3\)%social%20skills.pdf](http://www.ccbd.net/dokuments/bb/BB.15(3)%social%20skills.pdf). Desember 12, 2012.
- Kneisl, C.R., Wilson, S.K., and Trigoboff, E. (2004). *Psychiatric mental health nursing*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Kopelowitz, dkk (2002), *Psycosocial treatment for schizofrenia*, NewYork, Oxford University
- Michelson, L., Sugai, P.D & Wood, R.P.(1985). *Social skills assesment*, New York: Plenum press.
- Riskesdas, (2007), *Riset Kesehatan Dasar*, Badan Penelitian Kesehatan Nasional, Jakarta.
- 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
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8<sup>th</sup> ed. Missouri: Mosby, Inc.
- 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
- Undang-Undang Nomor 39 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Vancarolis, E.M.,. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing a Clinical Approach*. Missouri: Saunders Elsevier