

# Penerapan Terapi Keterampilan Sosial Dan *Cognitive Behaviour Therapy* Pada Klien Isolasi Sosial Dan Halusinasi

Nuria Muliani

Prodi Keperawatan STIKes Muhammadiyah Pringsewu

Email : nuriamuliani@gmail.com

**Abstract : The Application Of Social Therapy Dan Cognitive Behavior Therapy To Client Social Isolation And Hallucination.** Schizophrenia is a mental disorder manifested by decreased and inability to communicate, reality disorder, dull affects, cognitive impairment and difficulty performing daily activities. Negative signs and symptoms that result in social isolation, and signs of positive symptoms that appear to cause hallucinations. The purpose of this case is to know the change of symptom signs and ability of social isolation client and hallucinations after given nursing action, social skill training and cognitive behavior therapy. The design of writing is a case study with four respondents. Handling cases on the same topic has been done, but what distinguishes this case is the theoretical approach used is Stuart's adaptation and interpersonal theory of Peplau. Data were collected before and after clients were given nursing actions ners, social skill training and cognitive behavior therapy. The results of case handling showed that there was a decrease of symptoms of social isolation and hallucinations as well as increased ability of client socializing, cognitive and behavior after given nursing action, social skill training and cognitive behavior therapy.

**Keyword :** schizophrenia, social isolation, hallucination, social skill training, cognitive behaviour therapy

**Abstrak : Penerapan Terapi Keterampilan Sosial Dan Cognitive Behaviour Therapy Pada Klien Isolasi Sosial Dan Halusinasi.** Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dimanifestasikan dengan penurunan dan ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita, afek tumpul, gangguan kognitif serta kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari. Tanda dan gejala negatif yang muncul mengakibatkan isolasi sosial, dan tanda gejala positif yang muncul mengakibatkan halusinasi. Tujuan penanganan kasus ini adalah diketahuinya perubahan tanda gejala dan kemampuan klien isolasi sosial dan halusinasi setelah diberikan tindakan keperawatan ners, *social skill training* dan *cognitive behaviour therapy*. Desain penulisan adalah studi kasus dengan responden empat orang. Penanganan kasus tentang topik yang sama sudah pernah dilakukan, namun yang membedakan dengan kasus ini adalah pendekatan teori yang digunakan yaitu teori adaptasi Stuart dan interpersonal Peplau. Data dikumpulkan sebelum dan sesudah klien diberikan tindakan keperawatan ners, *social skill training* dan *cognitive behavior therapy*. Hasil penanganan kasus menunjukkan bahwa terjadi penurunan tanda gejala isolasi sosial dan halusinasi serta peningkatan kemampuan klien bersosialisasi, kognitif dan perilaku setelah diberikan tindakan keperawatan ners, *social skill training* dan *cognitive behaviour therapy*.

**Kata kunci :** skizofrenia, isolasi sosial, halusinasi, *social skill training*, *cognitive behaviour therapy*

## PENDAHULUAN

Kesehatan jiwa merupakan kondisi sehat emosional, psikologis dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif dan kestabilan emosional (Johnson, 1997, dalam Videbeck, 2011).

*World Health Organization* (2011) menyebutkan bahwa 450 juta orang mengalami gangguan jiwa dengan prevalensi skizofrenia saat ini adalah 1,7 permil penduduk dewasa dan terbanyak pada usia 15-35 tahun serta lebih dari 50% klien skizofrenia tidak mendapat perawatan

yang sesuai bahkan dibeberapa negara berkembang, sebanyak 90 % klien dengan skizofrenia dibiarkan begitu saja. Di Indonesia prevalensi penyakit skizofrenia menempati urutan terbesar dalam kelompok klien gangguan jiwa. Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang dimanifestasikan. Tanda gejala dengan penurunan dan ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realita, afek tumpul, gangguan kognitif serta kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari (Keliat, 2006). Klien skizofrenia memiliki tanda gejala positif dan negatif (Townsend, 2014). Gejala positif yang muncul antara lain

halusinasi (90%), delusi (75%), waham, perilaku agitasi dan agresif, serta gangguan berpikir dan pola bicara. Gejala negatif yaitu afek datar, alogia (sedikit bicara), apatis, penurunan perhatian dan penurunan aktifitas sosial (Varcarolis & Halter 2010).

Fokus diagnosa dalam penelitian ini adalah isolasi sosial dengan halusinasi. Tindakan yang dapat diberikan pada klien isolasi sosial dan halusinasi berupa pengobatan dan pemberian asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan ners untuk klien isolasi sosial meliputi latihan cara berkenalan, latihan berbicara saat melakukan kegiatan, dan latihan berbicara dalam kegiatan sosial, sedangkan tindakan keperawatan ners yang diberikan pada klien halusinasi adalah latihan menghardik, minum obat, bercakap-cakap, dan latihan melakukan kegiatan (Workshop Keperawatan Jiwa FIK UI, 2013). Pengobatan yang biasanya diberikan adalah obat antipsikotik golongan tipikal ataupun antipsikotik atipikal. Pemberian anti psikotik saja tidak mampu menurunkan tanda gejala positif dan gejala negatif pada klien skizofrenia (Harrow, Jobe & Faull, 2014). Novick et al (2015)

Menyatakan bahwa 67,8% klien skizofrenia yang mendapatkan pengobatan antipsikotik konvensional seperti olanzapine mengalami kekambuhan kurang dari satu tahun pengobatan. Tindakan keperawatan diharapkan dapat memperbaiki kondisi ini. Upaya perawatan yang telah dilaksanakan salah satunya adalah pelaksanaan psikoterapi. Terapi yang dinilai berhasil dalam memperbaiki fungsi sosial klien adalah *social skill training* dimana secara signifikan klien skizofrenia mengalami peningkatan pada komponen pengetahuan dan kemampuan berbicara dalam kelompok (Yadav, 2015).

Tindakan keperawatan ners telah dilaksanakan di hampir seluruh Rumah Sakit di Indonesia, namun tindakan keperawatan ners saja belum maksimal dalam memperbaiki keadaan klien sehingga dibutuhkan tindakan keperawatan ners spesialis. Tahapan terapi *social skill training* terdiri dari empat sesi yaitu berkenalan, menjalin persahabatan, bekerjasama dalam kelompok, dan menghadapi situasi sulit. Tindakan keperawatan ners spesialis yang diberikan pada klien isolasi sosial selain *social skill training* adalah *cognitive behaviour therapy* dimana pada klien isolasi sosial mengalami penurunan kemampuan dalam melakukan interaksi sosial karena pengalaman yang tidak menyenangkan dan pikiran negatif yang muncul pada individu sebagai ancaman individu, hal ini didasarkan teori bahwa tanda dan gejala

fisiologis berhubungan dengan interaksi antara pikiran, perilaku dan emosi (Pedneault, 2008).

Wahyuni, Keliat dan Sabri (2010) dalam penelitiannya terhadap 28 klien skizofrenia yang mengalami halusinasi dan diberikan CBT dapat menurunkan gejala halusinasi dan meningkatkan kemampuan mengontrol halusinasi. Tahapan *cognitive behaviour therapy* terdiri dari empat sesi. Sesi satu mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan dan menimbulkan pikiran otomatis negatif dan perilaku serta cara melawannya, sesi dua melawan pikiran otomatis negatif atau mengubah perilaku negatif kedua, sesi tiga memanfaatkan sistem pendukung, dan sesi ke empat mengevaluasi manfaat pikiran negatif dan mengubah perilaku negatif.

Pada studi kasus ini, penulis memfokuskan untuk mengatasi masalah keperawatan isolasi sosial dengan terapi *social skill training* (SST) dan *cognitive behavior therapy* (CBT) untuk meningkatkan kemampuan klien dalam mengatasi masalah sosial dan halusinasi dengan pendekatan adaptasi Stuart dan model interpersonal Peplau. Model adaptasi Stuart (2013) terdiri atas pengkajian, untuk menetapkan diagnosa keperawatan dan pelaksanaan tindakan sesuai model interpersonal Peplau yang menjelaskan bahwa keperawatan adalah terapeutik yang merupakan satu seni menyembuhkan, menolong individu yang sakit atau membutuhkan pelayanan kesehatan (Alligood, 2014).

Asuhan keperawatan dilakukan dengan mengintegrasikan teori adaptasi stuart dan interpersonal Peplau. Teori model interpersonal peplau sebelumnya oleh Napoleon, Keliat dan Mustikasari (2012) sudah pernah digunakan pada klien isolasi sosial dengan terapi *social skill training* dan *cognitive behaviour therapy*. Perbedaan pada penelitian ini penulis menerapkan terapi tidak hanya pada klien isolasi sosial tetapi ditambahkan pada klien isolasi sosial dan halusinasi sehingga bisa dilihat penurunan tanda dan gejala serta kemampuan klien halusinasi.

Di RSMM Bogor penulis menemukan data dari 486 klien yang dirawat dari tanggal 04 September – 10 November 2016, 438 klien atau 90% mengalami isolasi sosial. Ruangan Utari sendiri dari 67 orang klien yang dirawat penulis 32 mengalami isolasi sosial. Tujuan penulisan adalah memberikan gambaran hasil penerapan terapi *social skill*

training dan *cognitive behaviour therapy* pada klien isolasi sosial dan halusinasi dengan pendekatan teori adaptasi Stuart dan Peplau di Ruang Utari Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor.

## ILUSTRASI KASUS

Studi kasus ini dilakukan di ruangan Utari RS Dr. Marzoeki Mahdi Bogor periode bulan September – November 2016. Dilakukan pada 4 orang klien skizofrenia yang mengalami isolasi sosial dan halusinasi.

**Tabel 1. Karakteristik klien kelolaan berdasarkan usia, pendidikan, pekerjaan, dan status pernikahan di ruang uteri rumah sakit Dr. Marzoeki mahdi bogor (n=4)**

No	Karakteristik	Jumlah	Persentase
1	Usia a. 27 - 37 tahun	4	100%
2	Pendidikan a. SD b. SMP c. SMA	2 1 1	50% 25% 25%
3	Pekerjaan a. Tidak Bekerja	4	100%
4	Status Pernikahan a. Belum menikah b. Menikah c. Janda	1 1 2	25% 25% 50%
5	Penggunaan Asuransi a. BPJS	4	100%
6	Care Giver a. Suami b. Orang tua	1 3	25% 75%

Tabel diatas menunjukkan bahwa sebagian besar klien usia dewasa, berpendidikan SD, tidak bekerja, Status janda, *care giver* orang tua dan pembiayaan BPJS

**Tabel 2. Karakteristik Klien Berdasarkan Lama Sakit Dan Riwayat Masuk Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor (N=4)**

No	Karakteristik	Mean	Mix-Max
1.	Lama Sakit (tahun)	3,5 tahun	1-5 tahun
2.	Riwayat masuk rumah sakit (kali)	2 kali	1-3 kali
3.	Jarak Kekambuhan (tahun)	2 tahun	4 bulan – 4 tahun

Berdasarkan tabel di atas klien yang dikelola rata-rata lama sakitnya 3,5 tahun, dan 2 kali riwayat masuk rumah sakit, dan jarak kekambuhan klien rata-rata selama 2 tahun.

**Table 3 Faktor Predisposisi Klien Diruang Utari Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor (N=4)**

No	Faktor Predisposisi	Jumlah	Persentase
1	Biologis: Penyakit gangguan jiwa sebelumnya Riwayat keturunan Trauma/jatuh Merokok Penyakit kronis Konsumsi alkohol Menggunakan NAPZA	4 1 0 0 0 0 0	100% 25% 0% 0% 0% 0% 0%
2	Psikologis: Pengalaman tidak menyenangkan Keinginan tidak terpenuhi Kepribadian tertutup Konsep diri negatif Pola asuh bermasalah	4 4 4 3 1	100% 100% 100% 75% 25%
3	Sosial: Putus sekolah Tidak bekerja Masalah ekonomi Kehilangan orang berarti Konflik dengan keluarga/teman Belum/tidak menikah Sosialisasi kurang Masalah kegiatan agama	2 4 4 2 3 1 4 2	50% 100% 100% 50% 75% 25% 100% 50%

Tabel 3 menunjukkan bahwa faktor predisposisi yang paling banyak adalah penyakit gangguan jiwa sebelumnya, pengalaman tidak menyenangkan, keinginan tidak terpenuhi, dan kepribadian tertutup, tidak bekerja, ekonomi kurang dan sosialisasi kurang.

**Tabel 4. Faktor Presipitasi Diruang Utari Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor (N=4)**

No	Faktor Presipitasi	Jumlah	Persentase
1.	Biologis: DM: Skizofrenia paranoid Putus Obat Keluhan fisik	4 4 4	100% 100% 100%
2.	Psikologis : Pengalaman tidak menyenangkan Keinginan tidak terpenuhi	4 4	100% 100%
3.	Sosial : Putus sekolah penghasilan kurang Tidak bekerja Kehilangan orang berarti Konflik dengan keluarga atau orang lain	2 4 4 3 3	50% 100% 100% 75% 75%

Tabel 4 menunjukkan faktor presipitasi terbanyak adalah putus obat, pengalaman yang tidak menyenangkan keinginan yang belum terpenuhi

**Tabel 5. Sumber Koping Klien Isolasi Sosial dengan Halusinasi diruang utari rumah sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor (N=4)**

Sumber koping	Jumlah	Persentase
Kemampuan individu: a. Tidak tahu dan tidak mampu cara mengatasi isolasi sosial dan halusinasi b. Tahu dan mampu cara mengatasi isolasi sosial dan halusinasi	3 1	75 25
Dukungan Sosial: a. Care giver: - Suami - Orang tua b. Ikut dalam kelompok yang sama c. Terdapat KKJ	1 3 0 0	25 75 0 0
Aset materi: a. Pembiayaan BPJS/jamkesmas b. Ada tabungan c. Fasilitas kesehatan (RS, klinik, puskesmas) terjangkau	4 0 4	100 0 100 100
Keyakinan Positif: a. Yakin bisa sembuh b. Yakin dengan tenaga kesehatan	4 4	100 100

Pada tabel 5 di atas menunjukkan bahwa sumber koping klien sebagian besar tidak mengetahui cara dan tidak memiliki kemampuan mengatasi isolasi sosial dan halusinasi, orang tua sebagai social support, memiliki BPJS, fasilitas kesehatan dekat dan terjangkau, serta klien yakin akan sembuh dan yakin terhadap pelayanan kesehatan.

**Tabel 6. Distribusi Diagnose Keperawatan Yang Menyertai Klien Isolasi Sosial Di Ruang Uteri Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor (N=4)**

Diagnosa Keperawatan	Diagnosa Penyerta	Jumlah	%
Isolasi Sosial	Halusinasi	4	100
	RPK	3	75
	Harga Diri Rendah	1	25
	Defisit Perawatan Diri	2	50

Tabel 6 menunjukkan bahwa klien yang dirawat tidak hanya memiliki satu diagnosa keperawatan saja, namun juga memiliki diagnosa keperawatan lain yang menyertainya. Terapi yang akan diberikan fokus terhadap diagnosa isolasi sosial dan halusinasi

**Tabel 7. Distribusi Diagnose Keperawatan Yang Menyertai Klien Isolasi Social Di Ruang Uteri Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor (N=4)**

No	Terapi medis	Jumlah	%
1	Risperidon 2 mg	4	100
2	Triheksipenidil 2 mg *	3	75
3	Clozapin 25mg	2	50
4	Chlorpromazine (25mg, 100 mg) *	2	50
5	Merlopan 2mg	1	25

\*jenis psikotik tipikal

Pemberian terapi psikofarmaka jenis psikotik atipikal terbanyak pada Risperidone 2 mg.

**Tabel 8. Distribusi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Pada Klien Isolasi Social Dan Halusinasi Di Ruang Utari rumah sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor (n=4)**

No	Tindakan Keperawatan	Jumlah	Persentase (%)
1	Tindakan keperawatan Ners	4	100
2	Tindakan keperawatan spesialis		
	1. Social skill training	4	100
	2. Cognitive behaviour therapy	4	100

Tindakan keperawatan ners dan tindakan keperawatan spesialis dilakukan kepada 4 klien isolasi sosial dan halusinasi, rata-rata dilakukan 3-4 kali.

**Tabel 9 Distribusi Evaluasi Respons Terhadap Streasor Klien Isolasi Social Setelah Pemberian Social Skill Training Diruang Utari Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor (N=4)**

No	Tanda dan gejala	Sebelum		Setelah		Selisih	
		n	%	n	%	n	%
1.	Kognitif						
	Ingin sendiri	4	100	0	0	4	100
	Berfikir berbeda	3	75	1	25	2	50
	Tidak punya ruyuan hidup	3	75	1	25	2	50
	Berfikir tidak berguna	3	75	1	25	2	50
	Berfikir ditolak orang lain	4	100	1	25	3	75
	Berfikir tidak dipedulikan orang lain	4	100	1	25	3	75
2.	Afektif						
	Afek datar	4	100	1	25	3	75
	Merasa bosan	3	75	1	25	2	50
	Sedih	3	75	1	25	2	50
	Tertekan	3	75	1	25	2	50
	Takut	3	75	1	25	2	50
3.	Fisiologis						
	Susah tidur	4	100	0	0	4	100
	Lelah	4	100	0	0	4	100
	Tidak bergairah	4	100	1	25	3	75
	Wajah murung	4	100	1	25	3	75
4.	Perilaku						
	Menolak berinteraksi	3	75	1	25	2	50
	Kurang minat	3	75	0	0	3	75
	Tidak ada kontak mata	4	100	1	25	3	75
	Tidak melakukan kegiatan sehari-hari	4	100	0	0	4	100
	Berdiam diri	4	100	0	0	4	100
	Nyelarung	4	100	1	25	3	75
5.	Sosial						
	Menjauh	4	100	1	25	3	75
	Tidak dapat mempertahankan interaksi	4	100	1	25	3	75
	Acuh	3	75	1	25	2	50
	Tidak mau bicara	1	25	0	0	1	25

Tabel 9 Menunjukkan Bahwa Secara Umum Klien Mengalami Penurunan Tanda Gejala Isolasi Sosial.

**Tabel 10. Distribusi Evaluasi Respons Terhadap Streasor Klien Halusinasi Setelah Pemberian Kognitif Behaviour Therapy Di Ruang Utari rumah sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor (n=4)**

No	Tanda dan gejala	Sebelum		Setelah		Selisih	
		n	%	n	%	n	%
1.	Kognitif						
	Mendengar suara	4	100	1	25	3	75
	Melihat bayangan	1	25	0	0	1	25
	Tidak fokus	3	75	1	25	2	50
	Mudah lupa	3	75	1	25	2	50
	Flight ofidea	0	0	0	0	0	0
	Tidak dapat berpikir logis	1	25	0	0	1	25
2.	Afektif						
	Senang	0	0	1	25	0	0
	Sedih	4	100	1	25	3	75
	Tergangu	3	75	1	25	2	50
	Marah	0	0	0	0	0	0
	Kasal	0	0	0	0	0	0
	Takut	4	100	1	25	3	75
	Khawatir	1	25	0	0	1	25
	Curig	4	100	0	0	4	100
3.	Fisiologis						
	Gangguan tidur	4	100	0	0	4	100
	Gangguan makan	1	25	0	0	1	25
	Kewaspadaan meningkat	1	25	0	0	1	25
	Sakit kepala	1	25	0	0	1	25
4.	Perilaku						
	Bicara sendiri	2	50	1	25	1	25
	Diam menikmati halusinasinya	4	100	1	25	3	75
	Melihat ke satu arah	2	50	0	0	2	50
	Mondar-mandir	0	0	0	0	0	0
5.	Sosial						
	Acuh	3	75	1	25	2	50
	Kontak mata kurang	4	100	1	25	3	75
	Tidak tertarik perhatian	4	100	0	0	4	100

Tabel 10 menunjukkan bahwa secara umum klien mengalami penurunananda gejala halusinasi.

**Tabel 11 Perubahan Kemampuan Klien Isolasi Sosial Yang Dirawat Diruang Utari Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor (N=4)**

No	Kemampuan Klien Isolasi Sosial	Sebelum	Setelah	Selisih
		n	n	n
1.	Kemampuan bersosialisasi:			
	Menjelaskan pengertian, penyebab dan akibat isolasi sosial	1	4	3
	Menjelaskan manfaat memiliki teman dan kerugian bila tidak punya teman	1	4	3
	Berkenalan dengan 1-2 orang	1	4	3
	Berkenalan dengan lebih dari 5 orang	0	4	3
2.	Kemampuan latihan keterampilan sosial:			
	Berkenalan dengan sikap yang baik	0	4	4
	Menjalin persahabatan	0	4	4
	Bekerjasama dalam kelompok	0	4	4
	Mengatasi situasi sulit	0	4	4

Tabel 11 menggambarkan seluruh klien mampu berkenalan dengan sikap yang baik, menjalin persahabatan, bekerjasama dalam kelompok dan mengatasi situasi sulit.

**Tabel 12 Perubahan Kemampuan Klien Halusinasi Yang Dirawat Diruang Utari Rumah Sakit Dr. Marzoeki Mahdi Bogor (N=4)**

No	Kemampuan Klien Halusinasi	Sebelum n	Sesudah n	Selish n
1	<b>Kemampuan Ners:</b>			
	Menyebutkan pengertian, isi, waktu, frekuensi, situasi, dan perilaku saat halusinasi	1	4	3
	Menghardik	2	4	2
	Menggunakan obat secara teratur	1	4	3
	Melakukan kegiatan untuk bercakap-cakap	1	4	3
	Melakukan kegiatan untuk mengontrol halusinasi	1	4	3
2	<b>Kemampuan Spesialis:</b>			
	Mampu mengidentifikasi pengalaman yang tidak menyenangkan dan melawan satu pikiran otomatis negatif dan perilaku negatif serta cara melawannya	1	4	3
	Mampu melawan pikiran otomatis negatif dan mengubah perilaku negatif kedua	0	3	3
	Mampu memanfaatkan sistem pendukung	1	3	2
	Mampu mengevaluasi manfaat melawan pikiran negatif	0	3	3

Tabel 13 menggambarkan adanya peningkatan kemampuan baik ners maupun spesialis.

## PEMBAHASAN

**Karakteristik klien.** Rata-rata klien skizofrenia adalah usia dewasa, hal ini sejalan dengan pernyataan Al Yahya (2014) bahwa rata-rata klien yang terdiagnosa skizofrenia adalah dewasa awal yaitu 38 tahun. Rata-rata berpendidikan SD. Menurut Stuart (2013) bahwa pendidikan yang rendah merupakan salah satu faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa karena klien dengan pendidikan rendah kurang mampu menyampaikan ide maupun pendapatnya, sehingga akan mempengaruhi klien dalam mewujudkan harapan dan keinginan yang ingin dicapai dalam hidupnya. Klien isolasi sosial dan halusinasi yang dirawat sebagian semuanya tidak bekerja. Townsend (2014) mengatakan bahwa sosial ekonomi yang rendah merupakan salah satu faktor sosial yang menyebabkan tingginya angka gangguan jiwa termasuk skizofrenia. Status pernikahan klien yang dirawat sebagian besar janda. Klien yang gagal membina hubungan rumah tangga dapat menjadi sumber stress. Sejalan pernyataan Stuart bahwa individu yang mengalami perceraian termasuk kelompok risiko tinggi mengalami gangguan jiwa. menggunakan

**Faktor Predisposisi.** Sebagian besar faktor biologis pada klien adalah adanya riwayat gangguan jiwa. Secara terperinci Townsend (2014) menyatakan bahwa terjadinya gangguan perilaku dapat disebabkan terjadinya ketidakseimbangan dari beberapa neurotransmitter misalnya dopamin, serotonin, epinefrin dan lainnya. Pada aspek psikologis klien mempunyai keinginan yang tidak terpenuhi dan kepribadian tertutup. Stuart (2013) menyatakan bahwa faktor psikologis yang meliputi konsep diri, intelektualitas, kepribadian, moralitas, pengalaman masa lalu, koping dan keterampilan komunikasi secara verbal mempengaruhi perilaku individu dengan

tipe kepribadian introvert. Faktor predisposisi pada aspek sosial yang terbanyak adalah tidak bekerja, ekonomi kurang dan sosialisasi kurang. Townsend (2014) menyatakan bahwa status sosioekonomi yang rendah lebih banyak mengalami gangguan jiwa dibandingkan tingkat sosioekonomi tinggi dimana seperti tidak memadainya fasilitas untuk akomodasi, tidak adekuatnya nutrisi, rendahnya pemenuhan kebutuhan perawatan untuk anggota keluarga, kurangnya sumber pendukung untuk mengatasi situasi stress, dan perasaan tidak berdaya akan mempengaruhi perilaku individu dalam kehidupannya sehari-hari.

Individu dari kelas sosial ekonomi rendah berdasarkan data statistik epidemiologi lebih besar mengalami gejala-gejala yang berhubungan dengan skizofrenia dibandingkan yang berasal dari kelompok sosial ekonomi yang lebih tinggi (Black dkk, 2011). Klien dengan gangguan jiwa berta yang memiliki status ekonomi rendah dan tingkat pendidikan yang rendah sering mendapatkan stigma dari lingkungan sosialnya, sehingga akan membuat mereka lebih memilih tidak terlibat dalam kegiatan sosial.

**Faktor Presipitasi.** Faktor presipitasi biologis yang paling banyak dialami klien adalah diagnosa medis skizofrenia paranoid, keluhan fisik dan putus obat. Wardani (2009) menyatakan bahwa alasan klien tidak patuh minum obat karena klien dan keluarga tidak merasakan manfaat minum obat dan merasa tidak nyaman khususnya secara fisik dengan mengkonsumsi obat-obat antipsikotik serta kurangnya informasi kepada klien dan keluarga yang adekuat dari fasilitas pelayanan kesehatan tentang manfaat dan efek obat berdampak pada kekambuhan sehingga memperburuk kondisi klien. Stressor presipitasi isolasi sosial dari factor psikologis diantaranya adalah intelegensia, keterampilan verbal, moral, kepribadian dan kontrol diri, pengalaman yang tidak menyenangkan, serta kurangnya motivasi menimbulkan terjadinya isolasi sosial.

**Penilaian Terhadap Stressor Kognitif.** Hasil yang diperoleh dari klien mengenai respon kognitif yang paling banyak adalah ingin sendirian, berfikir ditolak orang lain dan berfikir tidak dipedulikan orang lain. Menurut Stuart & Laraia (2015) respon kognitif memegang peran sentral dalam proses adaptasi, dimana faktor kognitif mempengaruhi dampak suatu kejadian yang penuh dengan stress, memilih koping yang

akan digunakan, dan reaksi emosi, fisiologis, perilaku dan sosial seseorang.

**Afektif** . Respon afektif yang paling banyak dialami klien adalah afek datar. Stuart (2013) menyatakan bahwa pada respon afektif erat kaitannya dengan respon emosi dalam menghadapi masalah. Respon yang muncul dapat berupa perasaan sedih, gembira, takut, tidak menerima, tidak percaya dan menolak hubungan dengan orang lain. penilaian afektif sangat bergantung dari lama dan intensitas stresor yang diterima.

**Fisiologis**. Respon fisiologis yang banyak dialami klien adalah susah tidur, lelah, tidak bergairah dan wajah murung. Stuart dan Laraia (2015) menyatakan bahwa manifestasi fisik pada klien isolasi social berupa hipertensi dan gangguan psikosomatis. Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh data bahwa klien isolasi sosial berfokus pada persepsi dan pikirannya sendiri. Hal tersebut yang menyebabkan menurunnya motivasi sehingga menghambat aktivitas sehari-hari.

**Perilaku**. Respon perilaku yang paling banyak ditampilkan klien adalah asyik dengan pikirannya sendiri, tidak ada kontak mata, melamun, tidak melakukan kegiatan sehari-hari dan berdiam diri. Hal ini sesuai pernyataan Stuart dan Laraia (2015) bahwa respon perilaku dihubungkan dengan tingkah laku yang ditampilkan berkaitan langsung dengan pandangan terhadap diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

**Sosial**. Hasil pengkajian pada klien isolasi sosial ditemukan terbanyak adalah menghindari dan tidak dapat mempertahankan interaksi. Respon sosial merupakan hasil perpaduan dari respon kognitif, afektif, fisiologis dan perilaku yang akan mempengaruhi hubungan atau interaksi dengan orang lain. Respon perilaku dan sosial memperlihatkan bahwa klien dengan isolasi sosial lebih banyak memberikan respon menghindari terhadap stressor yang dialaminya.

**Sumber Koping**. Klien isolasi sosial sering tidak nyaman dalam masyarakat karena munculnya stigma dan masyarakat terhadap klien dengan gangguan jiwa sehingga keluarga merasa anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dianggap mengganggu eksistensi mereka dengan masyarakat. Pernyataan tersebut sesuai yang diungkapkan oleh Viedebeck (2011) bahwa gangguan jiwa oleh sebagian besar orang dianggap sebagai penyakit yang membahayakan sehingga perlu diasingkan dari masyarakat dan dirawat di Rumah Sakit. Pemberian *social skill training*, klien dibantu dalam mengatasi masalah kesulitan berhubungan dan berinteraksi dengan

orang lain, klien di ajarkan bagaimana cara bersosialisasi, menjalin persahabatan, bekerjasama dalam kelompok dan menghadapi situasi sulit. Halusinasi yang muncul pada klien isolasi sosial dimana klien menunjukkan pikiran negatif dan berperilaku tidak rasional, klien diberikan terapi *cognitive behaviour therapy* dengan mengajarkan cara mengidentifikasi pikiran dan perilaku negatif, melawan pikiran negative dengan pikiran rasional, mengubah perilaku negatif dengan perilaku positif, memanfaatkan sistem pendukung dan mengevaluasi manfaat melawan pikiran negatif dan mengubah perilaku negatif.

**Mekanisme Koping**. Mekanisme koping dipakai oleh klien dalam menghadapi stressor yang berfokus pada masalah tetapi klien terkadang menggunakan mekanisme koping yang destruktif sehingga memperburuk keadaan seperti menarik diri dari orang lain. Dengan pendekatan model adaptasi Stuart dan interpersonal Peplau menempatkan mekanisme koping sebagai proses dalam membantu klien meningkatkan kemampuannya dalam berinteraksi dengan orang lain sehingga masalah isolasi sosial dengan halusinasi pada klien teratasi. *Social skill training* dan *cognitive behaviour therapy* dalam hal ini sebagai terapi yang efektif untuk mempererat mekanisme koping dalam fungsi kognitif, afektif, perilaku dan sosial klien yang mengalami isolasi sosial dengan halusinasi.

**Proses**. Aplikasi teori interpersonal Peplau digunakan dalam melakukan asuhan keperawatan dengan tujuan dapat membantu meningkatkan keterampilan kognitif, perilaku dan komunikasi pada klien isolasi sosial dan halusinasi. Pengkajian dengan menggunakan pendekatan model adaptasi Stuart sangat efektif dalam menggambarkan kondisi klien dan proses terjadinya diagnosa keperawatan isolasi sosial dan halusinasi. Pengkajian yang dilakukan penting untuk mengetahui proses maladaptif dalam rentang kehidupan klien dan dapat dijadikan landasan dalam pemberian terapi keperawatan. Selain itu, dilakukan pengkajian sesuai dengan respon klien sehingga dapat dirumuskan masalah keperawatan berdasarkan prioritas kebutuhan klien. Sejalan dengan teori yang dikemukakan Peplau, pada tahap pengkajian ini sesuai dengan fase identifikasi dari peplau, dimana fase ini melakukan identifikasi keseluruhan tentang klien dengan isolasi sosial dan halusinasi. Pengkajian yang dilakukan terkait dengan respon kognitif,

afektif, fisiologis, perilaku dan sosial dari klien yang mengalami isolasi sosial dan halusinasi. Pada tahapan ini diharapkan klien mampu mengungkapkan apa yang sedang dialaminya dan perawat sudah dapat mengidentifikasi apa yang akan diberikan kepada klien sesuai kebutuhannya.

Asuhan keperawatan yang dilaksanakan dengan menggunakan model adaptasi Stuart dan interpersonal Peplau. Melalui pendekatan ini, interaksi yang dilakukan terhadap klien saat memberikan tindakan keperawatan dapat dilakukan lebih terarah. Penurunan tanda dan gejala isolasi sosial yang ditujukan klien sesuai dengan penelitian Cacioppo (2015) bahwa setelah diberikan kombinasi farmakoterapi dan latihan keterampilan sosial pada klien skizofrenia ditemukan penurunan tanda gejala isolasi sosial meliputi menurunkan tingkat keparahan penyakit dan meningkatkan fungsi tubuh, meningkatkan fungsi kognitif, meningkatkan hubungan interpersonal, serta kemampuan bekerja, sedangkan hasil pemberian *cognitive behavior therapy* berdasarkan pernyataan Sudiarmika (2011) dapat menurunkan gejala halusinasi serta meningkatkan kemampuan kognitif, afektif dan perilaku pada klien halusinasi.

## KESIMPULAN

1. Diskusi diatas memberikan gambaran bahwa penurunan tanda gejala isolasi social dan halusinasi, serta peningkatan kemampuan klien bersosialisasi, kognitif dan perilaku dipengaruhi oleh cara perawat melakukan asuhan keperawatan kepada klien.
2. Manajemen pelayanan, manajemen asuhan dan manajemen pengobatan yang terstruktur dan terukur akan memberikan dampak positif terhadap perubahan sumber coping sehingga klien memiliki mekanisme coping yang konstruktif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alligood.M.R. (2014). *Pakar teori keperawatan dan karya mereka*, (Edisi 8). (Hamid A.Y, Ibrahim Kusman).
- Al-yahya, N. M. (2014). *Effects of Psycho Education Intervention in Improving Insight and Medication Compliance of Schizophrenic Clients*, Riyadh, Saudi Arabia, 11 (3) , 289 – 300. <http://doi.org/10.5829/idosi.wjms.2014.11.3.84256>
- Black, D. S., Semple, R. J., Pokhrel, P., Grenard, J. L. (2011). *Component*

*Processes of executive function — mindfulness , self-control , and working memory — and their relationships with mental and behavioral health*. Springer Science-Business Media, 179–185. <http://doi.org/10.1007/s12671-0110057-2>

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitano, J. P., Cole, S. W., Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., ... Cole, S. W. (2015). *The Neuroendocrinology of Social Isolation Social Isolation*. <http://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015240>

Harrow, M., Jobe, T. H., & Faull, R. N. (2014). *Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis ? A 20-year multi-follow-up study*. *Psychological Medicine*, 1–10. <http://doi.org/10.1017/S0033291714000610>

Keliat, B.A. et al. (2006). *Peran Serta Keluarga Dalam Perawatan Klien Gangguan Jiwa*. Jakarta: EGC

Novick, D., Montgomery, W., Treuer, T., Aguado, J., Kraemer, S., & Haro, J. M. (2015). *Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder : results from a 1-year European outpatient observational study*. *BMC Psychiatry*, 1–8. <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0>

Napoleon, Keliat dan Mustikasari. (2012). *Penerapan Terapi Spesialis Keperawatan Jiwa SST dan CBT Pada Klien Isolasi Sosial di RS Marzoeki Mahdi Bogor*. KIA. FIK. Universitas Indonesia

Pedneault. (2008) *Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial*. <http://doi.org/10.1037/a0012720>

Stuart, G. W. (2013). *Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa Stuart* (Edisi 10). ( Keliat B.A dan Pasaribu J) Singapore: Elsevier. (Buku orisinal di publikasikan 2013)

Stuart, G. W. & Laraia, M.T. (2015). *Principles and Practice of psychiatric Nursing*, 8th ed. Missouri: Mosby, inc

Sudiarmika, IK. (2011). *Efektivitas Cognitive Behaviour Therapy dan Rational Emotive Behaviour Therapy Terhadap*

- Klien Dengan Perilaku kekerasan dan Halusinansi di Rumah Sakit Dr. H. Marzoeqi Mahdi Bogor.* Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Townsend, M. C. (2014). *Essentials of psychiatric mental health nursing concepts of care in evidence - based practice* (6th ed.). Philadelphia: F A Davis Company.
- Varcarolis, E.M.,. (2010). *Foundations of Psychiatric MentalHealth Nursing a Clinical Approach.* Missouri: Saunders Elsevier
- Videbeck, S. L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing* (5th ed.). Amkeny, Iowa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wahyuni, Keliat, B.A dan Sabri L. (2010). *Pengaruh Cognitive Behaviour Therapy Klien Halusinansi di Rumah Sakit Jiwa Pemropsu Medan.* Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Wardani. (2009). *Pengalaman Keluarga Menghadapi Ketidakpatuhan Anggota Keluarga dengan Skizofrenia dalam Mengikuti Regiment Terapeutik: Pengobatan.* Tesis FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Workshop Keperawatan Jiwa FIK UI. (2013). *Draft Standar Asuhan Program Spesialis Keperawatan Jiwa.* Tidak dipublikasikan
- World Health Organization, (2011). *Improving health systems and services for mental health (Mental health policy and service guidance package),* Geneva, Switzerland : WHO Press.
- Yadav, B. L. (2015). Efficacy of Social Skills Training in Schizophrenia : A Nursing Review Efficacy of Social Skills Training in Schizophrenia : A Nursing, *Current Nursing Journal.* 2(2): 26-34.