

# TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KLIEN, KELUARGA DAN KADER KESEHATAN JIWA TERHADAP KLIEN ISOLASI SOSIAL DI KOMUNITAS

Umi Rachmawati<sup>1</sup>, Budi Anna Keliat<sup>2</sup>, Ice Yulia Wardani<sup>3</sup>

1. Mahasiswa Program Studi Ners Spesialis Keperawatan Jiwa Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia,
2. Dosen Program Studi Magister dan Spesialis Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia
3. Dosen Program Studi Magister dan Spesialis Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok 16424, Indonesia

email : umi.rachmawati939@gmail.com

## ABSTRAK

Isolasi sosial adalah salah satu diagnosis keperawatan yang ditemukan pada klien skizofrenia. Tujuan karya ilmiah adalah diketahuinya hasil asuhan keperawatan berupa Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS), *Social Skill Training* (SST) dan *Family Psychoeducation* (FPE) serta peran kader kesehatan jiwa merawat klien isolasi sosial melalui pendekatan *Community as Partner Model*. Pemberian Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS), tindakan keperawatan spesialis *Social Skill Training* (SST) bagi klien, dukungan sosial keluarga melalui *Family Psychoeducation* (FPE), serta kegiatan kader kesehatan jiwa dengan cara *home visite* pada 4 klien isolasi sosial dengan skizofrenia. Hasil yang diperoleh menunjukkan penurunan tanda dan gejala disertai peningkatan kemampuan sosialisasi klien. Direkomendasikan penelitian mengenai asuhan keperawatan klien isolasi sosial disertai pemberdayaan kader kesehatan jiwa dengan responden yang lebih banyak.

Kata kunci : Isolasi sosial, *Family Psychoeducation* (FPE), Pemberdayaan Kader Kesehatan Jiwa. *Social Skill Training* (SST), Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS)

## ABSTRACT

Social isolation is one of nursing diagnosis that found on the client's nursing schizophrenia. The aims of this paper were known outcomes of nursing care such as Socialization Therapeutic Group Activities (TAKS), Social Skill Training (SST) and Family psychoeducation (FPE) and roles of mental health workers care for social isolation clients by Community as Partner Model approach. Socialization Therapeutic Group Activities (TAKS), Social Skill Training (SST), family social support by the Family psychoeducation (FPE), as well as the activities of mental health workers to visite the 4<sup>th</sup> of social isolation clients with schizophrenia. The results showed a decrease in signs and symptoms of clients with increased social skills. Was recommend research on nursing care with empowering mental health workers care for social isolation clients with more respondents.

Key words : Social isolation, *Family Psychoeducation* (FPE), Eempowering Mental Health Workers, *Social Skill Training* (SST), Socialization Therapeutic Group Activities (TAKS)

## PENDAHULUAN

Istilah gangguan jiwa digunakan untuk menunjukkan rentang kondisi kejiwaan dan gangguan perilaku yang tergolong pada klasifikasi statistik internasional dari penyakit dan berkaitan dengan masalah kesehatan (ICD-10), termasuk didalamnya gangguan yang disebabkan oleh tingginya beban dari penyakit seperti depresi, gangguan afektif bipolar, skizofrenia, gangguan kecemasan, demensia, gangguan penyalahgunaan zat, retardasi mental, gangguan perkembangan dan perilaku dengan onset yang pada umumnya terjadi pada masa kanak-kanan dan dewasa, termasuk autisme (WHO, 2013).

Gangguan jiwa berat diantaranya adalah skizofrenia dan retardasi mental. Skizofrenia merupakan sekumpulan gangguan dengan etiologi yang heterogen dan mencakup pasien dengan presentasi klinis, respon terhadap terapi dan perjalanan klinis yang bervariasi (Varcarolis & Halter, 2010). Retardasi mental merupakan kondisi dimana individu mengalami gangguan dalam perkembangan termasuk didalamnya gangguan aspek motorik, kognitif, sosial dan fungsi bahasa (WHO, 2008).

Jumlah penderita gangguan jiwa, dalam hal ini skizofrenia yaitu 1% dari populasi penduduk dunia, dan jumlahnya setiap tahun akan bertambah menurut Data *American Psychiatric Association* (APA) (Saddock & Saddock, 2010). Sedangkan prevalensi retardasi mental pada anak dibawah umur 18 tahun di negara maju diperkirakan mencapai 0,5-2,5%, di negara berkembang berkisar 4,6% (Arifin, 2008).

Isolasi sosial diterjemahkan sebagai kesendirian yang dialami individu dan kondisi tersebut dirasakan mengganggu orang lain sebagai kondisi negatif atau mengancam (NANDA, 2012). Sedangkan pada kasus retardasi mental, selain terdapat gangguan perkembangan pada fungsi kognitif juga terdapat perubahan perilaku diantaranya adalah ketidakmampuan individu dalam beradaptasi dengan

lingkungan melalui sosialisasi, gangguan motorik dan bahasa (WHO, 2008). Perubahan perilaku akibat dari gangguan mental pada individu berdampak pada aktivitas keseharian, ketergantungan pada anggota keluarga, dampak kehilangan ekonomi dalam keluarga dan menjadi beban dalam keluarga. Dampak tersebut perlu ditangani dengan memberikan tindakan keperawatan pada klien, keluarga dan kader kesehatan jiwa dengan melibatkan unsur pelayanan kesehatan.

Riset yang mendukung peningkatan kemampuan sosialisasi klien dengan isolasi sosial melalui pemberian terapi spesialis bagi klien melalui terapi SST dan FPE bagi keluarga hasilnya yaitu terdapat penurunan tanda dan gejala isolasi sosial serta peningkatan kemampuan keterampilan sosial (Lestari, Keliat & Putri, 2013). Penelitian terkait dengan kemampuan sosialisasi melalui pemberian terapi *Social Skill Training* (SST) pada klien isolasi sosial menunjukkan hasil secara bermakna terhadap kemampuan sosialisasi klien (Renidayati, Keliat, Sabri & Helena, 2008). Sedangkan penelitian yang mendukung asuhan keperawatan bagi keluarga melalui pemberian terapi spesialis Psikodukasi keluarga (FPE), hasilnya menunjukkan bahwa terdapat peningkatan kemampuan keluarga merawat klien HDR setelah diberikan terapi psikoedukasi keluarga (FPE) (Kustiawan, Hamid & Hastono, 2012). Sedangkan penelitian yang mendukung upaya penatalaksanaan kesehatan jiwa di masyarakat dengan mengujicobakan model CMHN pada 237 keluarga di DKI Jakarta dengan kegiatan kunjungan rumah sebanyak 12 kali disertai pemberian asuhan keperawatan bagi klien dan keluarga, hasilnya diperoleh peningkatan kemandirian dan rata-rata waktu produktif klien, sehingga terbukti bahwa model CMHN berdampak positif terhadap klien dan keluarga (Riasmini, Keliat & Helena, 2011).

Pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di Kelurahan Sukadamai khususnya di RW 13 dan RW 03 bahwa semua kasus gangguan jiwa (5 dari 39

kasus gangguan jiwa berat yang ditemukan) mengalami masalah isolasi sosial. Berdasarkan uraian tersebut mendasari ketertarikan penulis untuk melakukan analisis lebih lanjut mengenai masalah keperawatan isolasi sosial, sehingga perlu diketahui dampak pemberian pemberian Terapi Aktifitas Kelompok Sosialisasi (TAKS), *Social Skill Training* (SST), *Family Psychoeducation* (FPE) dan pemberdayaan kader kesehatan jiwa dalam merawat klien dengan isolasi sosial di komunitas.

## METODE PENELITIAN

Responden pada karya ilmiah akhir ini berjumlah 5 klien yang dirawat di rumah berada di RW 13 dan RW 03 Kelurahan Sukadamai. Hasil evaluasi dalam penulisan karya ilmiah ini diperoleh dengan melakukan pengukuran pre dan post test dari tanda dan gejala isolasi sosial serta kemampuan klien dalam Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS), *Social Skill Training* (SST) dan *Family Psychoeducation* (FPE) dan pemberdayaan kader kesehatan jiwa dalam merawat klien dengan isolasi sosial. Variabel diukur dengan menggunakan instrumen kuesioner yang di *checklist* antara jawaban ya dan tidak. Tanda dan gejala is terdapat 39 item. Sedangkan untuk kemampuan dengan kuesioner yang di *checklist* "mampu" dan tidak mampu", dengan jumlah kemampuan untuk TAKS (7 item), kemampuan terapi generalis klien isolasi sosial (4 item), kemampuan SST (4 item), kemampuan generalis keluarga (5 item) dan kemampuan FPE (5 item) Analisis data dilakukan dengan menyajikan data karakteristik klien dan keluarga dalam bentuk frekuensi dan data *mean* untuk tanda dan gejala dan kemampuan.

## HASIL PENELITIAN

Pengkajian dilakukan guna memperoleh data karakteristik klien isolasi sosial, faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor dan kemampuan klien, kemampuan keluarga serta kemampuan

kader kesehatan jiwa dalam merawat klien isolasi sosial.

Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh gambaran informasi tentang karakteristik klien isolasi sosial, pada kelompok klien dengan diagnosa skizofreniarentang usia klien berada pada kategori dewasa, sedangkan pada klien dengan diagnosa RM berada pada rentang usia remaja. Jenis kelamin klien dengan skizofrenia memiliki perbandingan yang sama antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan, sedangkan pada klien dengan RM jenis kelamin yaitu laki-laki. Semua klien isolasi sosial memiliki tingkat pendidikan rendah dan tidak bekerja, hanya 1 klien saja yang pernah mendapatkan perawatan di RS dan umumnya lama sakit klien sejak 10-20 tahun yang lalu.

Faktor predisposisi klien isolasi sosial baik dengan diagnosa skizofrenia maupun RM paling banyak ditemukan oleh karena faktor genetik dan tidak pernah menjalani perawatan sejak sakit, lama sakit umumnya sejak 10-20 tahun yang lalu. Faktor predisposisi psikologis klien baik dengan diagnosa skizofrenia maupaun dengan RM umumnya diperoleh hasil memiliki intelegensi yang rendah, memiliki kepribadian tertutup, pola asuh, memiliki riwayat pengalaman yang tidak menyenangkan dan mengalami kegagalan. Faktor predisposisi sosial yang ditemukan pada klien isolasi sosial dengan diagnosa skizofrenia yaitu tidak bekerja dan putus sekolah pada klien dengan RM.

Faktor presipitasi berdasarkan pengkajian yang ditemukan pada klien baik dengan diagnosa skizofrenia dan RM yaitu tidak mendapatkan pengobatan dan putus obat, sedangkan faktor presipitasi psikologis pada klien dengan skizofrenia dan RM yaitu kebutuhan tidak terpenuhi dan merasa tidak berguna, faktor presipitasi sosial yang ditemukan pada klien dengan skizofrenia yaitu tidak bekerja sedangkan pada klien RM yaitu putus sekolah.

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien isolasi sosial dengan skizofrenia yaitu

tindakan keperawatan generalis, Terapi Aktifitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) dan Tindakan keperawatan spesialis *Social Skill Training* (SST), sedangkan pada klien isolasi sosial dengan Retardasi Mental yaitu tindakan keperawatan generalis dan tindakan keperawatan spesialis. Tindakan keperawatan yang diberikan pada keluarga klien isolasi sosial dengan skizofrenia dan Retardasi mental adalah Tindakan keperawatan generalis dan tindakan keperawatan spesialis *Family Psychoeducation* (FPE). Tindakan keperawatan yang diberikan bagi kader kesehatan jiwa yaitu dalam bentuk pelatihan dasar CMHN dan pelatihan lanjutan.

Tindakan keperawatan yang diberikan pada klien, keluarga dan kader kesehatan jiwa bertujuan untuk menilai tanda dan gejala sebelum dan sesudah diberikan tindakan keperawatan, sedangkan bagi keluarga dan kader kesehatan jiwa untuk menilai kemampuan keluarga dan kader dalam merawat klien isolasi sosial. Hasil tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien isolasi dengan skizofrenia dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. Dampak Tindakan Keperawatan Terhadap tanda dan Gejala Klien Isolasi Sosial dengan Skizofrenia (n=4)

No	Penilaian Terhadap Stressor	Jumlah Respon	Mean Sebelum	Mean Sesudah	% Mean Selisih
1	Respon Kognitif	13	10,25	3,50	51,92
2	Respon Afektif	9	6,00	2,25	41,67
3	Respon Fisiologis	4	2,25	0,50	43,75
4	Respon Perilaku	7	7,00	3,75	46,43
5	Respon Sosial	6	5,25	1,00	70,83

Berdasarkan tabel 1, diperoleh gambaran perubahan respon terhadap stressor sebelum diberikan tindakan keperawatan. Paling banyak ditemukan dari kelima respon tersebut adalah respon perilaku, dengan jumlah respon/ tanda dan gejala sebanyak 7

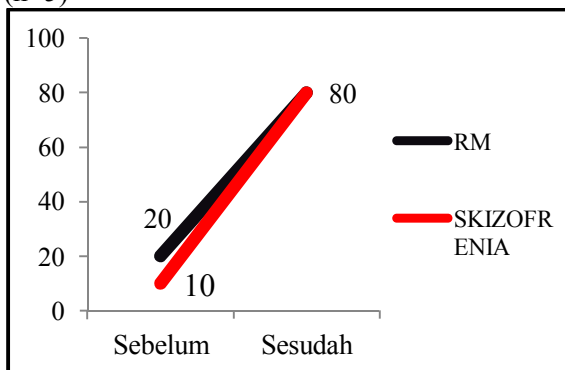
item dan semua klien memiliki 7 item respon/ tanda dan gejala tersebut. Setelah diberikan tindakan keperawatan generalis, Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (TAKS) dan tindakan keperawatan spesialis *Social Skill Training* (SST). Terdapat perubahan penurunan rata-rata respon/ tanda dan gejala sebelum dan sesudah diberikan tindakan keperawatan, paling banyak ditemukan yaitu respon sosial dimana penurunan respon sebesar 70,83%.

Tabel 2. Dampak Tindakan Keperawatan Terhadap Tanda dan Gejala Klien Isolasi Sosial dengan Retardasi Mental (n=1)

No	Penilaian Terhadap Stressor	Jumlah Respon	Mean Sebelum	Mean Sesudah	%
1	Respon Kognitif	13	11	3	61,54
2	Respon Afektif	9	8	1	77,78
3	Respon Fisiologis	4	2	0	50
4	Respon Perilaku	7	6	1	71,43
5	Respon Sosial	6	4	0	66,67

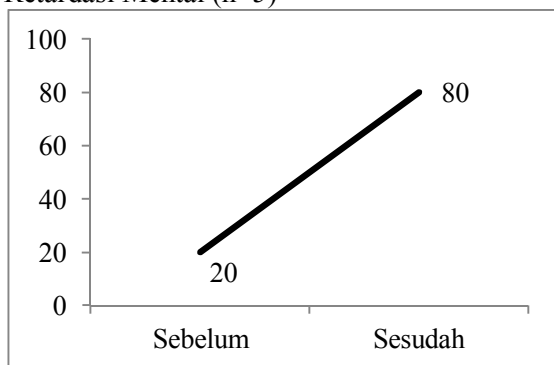
Berdasarkan tabel 2, diperoleh gambaran perubahan respon terhadap stressor sebelum diberikan tindakan keperawatan. Paling banyak ditemukan dari kelima respon tersebut adalah respon afektif dan respon perilaku dengan jumlah respon/ tanda dan gejala masing-masing sebanyak 8 dan 7 item dan klien memiliki masing-masing 8 dan 6 pada item respon/ tanda dan gejala tersebut. Setelah diberikan tindakan keperawatan generalis dan tindakan keperawatan spesialis *Social Skill Training* (SST). Terdapat perubahan penurunan rata-rata respon/ tanda dan gejala sebelum dan sesudah diberikan tindakan keperawatan, paling banyak ditemukan yaitu respon afektif dimana penurunan respon sebesar 77,78%.

Tabel 3. Dampak Tindakan Keperawatan Terhadap Kemampuan Klien Isolasi Sosial dengan Skizofrenia dan Retardasi Mental (n=5)



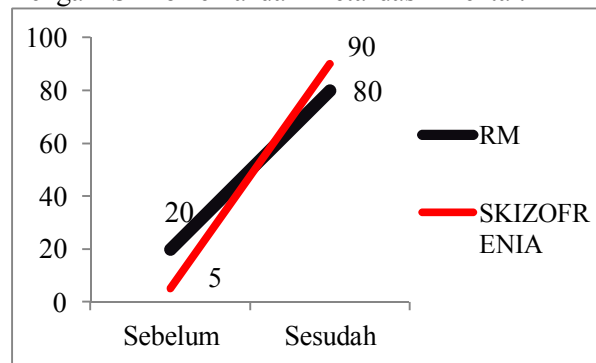
Berdasarkan tabel 3 diperoleh hasil terdapat peningkatan kemampuan klien isolasi sosial dengan skizofrenia dan RM dalam melakukan sosialisasi setelah diberikan dua paket tindakan keperawatan. Sebelum klien diberikan paket tindakan keperawatan untuk klien isolasi sosial dengan skizofrenia diperoleh hasil kemampuan sosialisasi klien hanya 10%, setelah diberikan paket tindakan keperawatan kemampuan sosialisasi meningkat 70%. Sedangkan pada klien isolasi sosial dengan RM, sebelum diberikan tindakan keperawatan generalis kemampuan sosialisasi klien sebesar 20%, setelah diberikan paket tindakan keperawatan kemampuan sosialisasi meningkat 60%. Disimpulkan kemampuan klien isolasi sosial dengan RM lebih tinggi dibandingkan dengan kemampuan sosialisasi klien isolasi sosial dengan skizofrenia.

Tabel 3. Dampak Tindakan Keperawatan Terhadap Kemampuan Keluarga Merawat Klien Isolasi Sosial dengan Skizofrenia dan Retardasi Mental (n=5)



Tabel 3 menunjukkan hasil perubahan kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial. Sebelum diberikan paket tindakan keperawatan keluarga, kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial sebesar 20%, setelah diberikan paket tindakan keperawatan keluarga kemampuan dalam merawat meningkat sebesar 60%.

Tabel 4. Dampak Tindakan Keperawatan Terhadap Kemampuan Kader Kesehatan Jiwa Dalam Merawat Klien Isolasi Sosial Dengan Skizofrenia dan Retardasi Mental.



Tabel 4 menunjukkan hasil perbedaan kemampuan kader kesehatan jiwa dalam merawat klien isolasi sosial dengan skizofrenia dan retardasi mental. Sebelum diberikan pelatihan dasar CMHN dan pelatihan lanjutan kemampuan merawat klien isolasi sosial dengan skizofrenia sebesar 5%, setelah diberikan pelatihan kemampuan merawat meningkat sebesar 85%. Sedangkan pada kader kesehatan jiwa yang merawat klien isolasi sosial dengan RM, kemampuan merawat sebelum mendapatkan pelatihan dasar CMHN dan pelatihan lanjutan sebesar 20% dan setelah diberikan pelatihan kemampuan meningkat sebesar 60%. Dapat disimpulkan kemampuan kader kesehatan jiwa dalam merawat klien isolasi sosial lebih tinggi pada kader kesehatan jiwa yang merawat klien skizofrenia.

## PEMBAHASAN

Hasil karakteristik klien isolasi sosial berdasarkan usia diperoleh gambaran bahwa klien berada pada rentang usia dewasa. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian oleh Nyumirah, Hamid dan

Mustikasari (2013) yang menunjukkan bahwa rata-rata usia klien isolasi sosial adalah 31 tahun. Penelitian lain mengenai klien isolasi sosial oleh Surtiningrum, Hamid dan Waluyo (2011) bahwa rata-rata klien isolasi sosial adalah 30 tahun. Sedangkan penelitian oleh Renidayati, Keliat dan Daulima (2008) ditemukan rentang usia klien isolasi sosial yaitu 28-35 tahun. usia merupakan salah satu aspek sosial yang dipertimbangkan sebagai awitan terjadinya gangguan jiwa (Stuart, 2013).

Karakteristik klien berdasarkan usia dengan retardasi mental diperoleh hasil klien berada pada rentang usia remaja, hasil ini sejalan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa rata-rata usia yang menjadi responden dalam penelitian berada pada kisaran usia remaja, yaitu 12-18 tahun (Holden, Gitlesen, 2004). Terkait dengan usia dan kejadian retardasi mental, menurut hasil survey dengan menggunakan *National Health Interview Survey's Disability (NHIS-D)*, individu diidentifikasi mengalami retardasi mental keterbatasan aktivitas pada kelompok usia. Untuk usia 5-17 tahun ditemukan keterbatasan dalam aktivitas sekolah, termasuk didalamnya adalah kesulitan belajar (Larson, *et al*, 2000).

Hasil pengkajian mengenai karakteristik jenis kelamin, menunjukkan tidak ada perbedaan antara klien isolasi sosial laki-laki dan wanita. Hasil ini sejalan dengan teori yang disebutkan dalam penelitian Imelisa, Hamid dan Daulima (2013) bahwa faktor gender secara signifikan tidak berpengaruh pada skizofrenia, hanya awal munculnya gejala mengalami perbedaan. Gejala awal lebih dahulu dialami oleh laki-laki pada rentang usia 18-25 tahun, sedangkan pada wanita muncul pada usia 25-35 tahun (Fortinash, 2007). Jenis kelamin merupakan salah satu bagian dari sosiokultural dalam merawat pasien gangguan jiwa (Stuart, 2013).

Hasil mengenai karakteristik tingkat pendidikan dalam karya ilmiah ini menunjukkan bahwa klien memiliki tingkat pendidikan yang rendah. Hasil ini sejalan

dengan penelitian Surtiningrum, Hamid dan Waluyo (2011) bahwa umumnya klien isolasi sosial memiliki kategori tingkat pendidikan rendah. Aspek intelektual merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya gangguan jiwa, karena berhubungan dengan kemampuan individu menyampaikan idea tau gagasan dan berpengaruh pada kemampuan memenuhi harapan dan keinginannya sehingga akan meminimalkan terjadinya isolasi sosial (Stuart, 2013).

Hasil yang diperoleh pada pengkajian mengenai pekerjaan yaitu semua klien isolasi sosial tidak bekerja. Hasil yang diperoleh sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nyumirah, Hamid dan Mustikasari (2013) yang menunjukkan bahwa rata-rata kemampuan kognitif, afektif dan perilaku klien isolasi sosial yang bekerja memiliki kemampuan yang lebih besar dibandingkan dengan klien isolasi sosial yang tidak bekerja. Pekerjaan memiliki hubungan dengan status ekonomi individu, dan kondisi sosial ekonomi yang rendah sangat menimbulkan perasaan tidak berdaya, perasaan ditolak oleh orang lain, ketidakmampuan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi dan perawatan, sehingga individu berusaha untuk menarik diri dari lingkungan (Townsend, 2009; Stuart, 2013).

Hasil yang diperoleh untuk karakteristik status perkawinan ditemukan bahwa sebagian klien belum menikah dan sebagian lainnya bercerai. Hasil ini didukung oleh teori yang menyatakan bahwa Individu yang belum menikah menurut Townsend (2009) sangat mudah mengalami stress. Hal tersebut timbul karena kurangnya support sistem dari keluarga dan hubungan yang kurang antar anggota keluarga serta berpisah dari orang yang paling berarti. gangguan jiwa lebih sering ditemukan pada individu yang berpisah atau cerai dibandingkan dengan yang sudah menikah dan masalah kejiwaan lebih sering terjadi pada seseorang yang tinggal sendiri dibandingkan dengan yang tinggal dengan kerabat lain (Widyawati, 2009).

Hasil pengkajian yang diperoleh pada klien isolasi sosial yaitu klien umumnya tidak pernah mendapatkan pengobatan. Hasil ini sejalan dengan penelitian bahwa riwayat perawatan sebelumnya disebutkan dalam penelitian akan meningkatkan risiko kekambuhan klien, Kondisi berulang pada kekambuhan klien berdampak pada penurunan fungsi sosial dan kualitas hidup klien (Chabungbam, Avasthi & Sharan, 2007). Sedangkan untuk kondisi retardasi mental Hasil penelitian mengenai pengobatan pada penderita RM, ditemukan hanya 37% saja penderita RM yang mendapatkan obat psikofarmaka, pengobatan diberikan saat individu telah mengalami gejala psikotik yang dapat mempengaruhi perilaku dan perawatan diri (Larson, *et al*, 2000).

Hasil penelitian mengenai pengobatan pada penderita RM, ditemukan hanya 37% saja penderita RM yang mendapatkan obat psikofarmaka, pengobatan diberikan saat individu telah mengalami gejala psikotik yang dapat mempengaruhi perilaku dan perawatan diri (Larson, *et al*, 2000).

Respon kognitif klien isolasi sosial dengan skizofrenia menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala sebesar 51,92%. Sedangkan klien dengan retardasi mental Respon kognitif klien isolasi sosial dengan retardasi mental menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala sebesar 61,54%. Perbedaan hasil penurunan tanda dan gejala pada respon kognitif klien isolasi sosial dengan skizofrenia dan retardasi mental tidak jauh berbeda, kedua kelompok menunjukkan penurunan tanda dan gejala respon kognitif diatas 50% setelah diberikan terapi SST. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Renidayati, Keliat dan Sabri (2008) menunjukkan bahwa ada perbedaan secara bermakna kemampuan kognitif klien setelah mengikuti *social skill training*.

Penilaian kognitif merupakan mediator bagi interaksi antara individu dan lingkungan. Individu dapat menilai adanya suatu masalah atau potensi yang dipengaruhi oleh persepsi, sikap terbuka terhadap adanya

perubahan dan kemampuan mengontrol diri terhadap pengaruh lingkungan (Stuart, 2013). Kognitif adalah faktor utama yang paling menentukan defisit fungsi dalam kegiatan sehari-hari. Sulit berkonsentrasi dan mengambil keputusan sangat dipengaruhi defisit kognitif yang dialami oleh klien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa skizofrenia secara universal dikaitkan dengan penurunan kognitif, bahkan selama masa kanak-kanak yang lihat berdasarkan skor IQ, nilai prestasi akademik, kemampuan dalam membaca. Klien dengan retardasi mental juga ditemukan penurunan fungsi kognitif ditandai dengan masalah yang signifikan untuk memahami pelajaran sekolah, kesulitan belajar (Harvey *et al*, 2012; Larson, *et al*, 2000).

Respon afektif klien isolasi sosial dengan skizofrenia menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala sebesar 41,67% sedangkan respon afektif klien isolasi sosial dengan retardasi mental menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala sebesar 77,78%. Respon afektif dipengaruhi oleh pengalaman seseorang dan pengaruh biologis. Daerah-daerah tertentu di otak yang berkembang dimasa awal kehidupan seperti batang otak, hipokampus dan amigdala berperan terhadap munculnya kesedihan, kegembiraan, dan kemarahan (Townsend, 2014). Ketakutan yang dialami oleh klien membuat klien cenderung untuk menyendiri, takut bertemu dengan orang lain, takut menghadapi situasi dalam mengembangkan hubungan dengan orang lain, takut meninggalkan kesan negatif dari orang lain, takut orang lain menilai tindakan mereka (Videbeck, 2008).

Respon fisiologis klien isolasi sosial dengan skizofrenia menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala sebesar 43,75%. Sedangkan respon fisiologis pada klien isolasi sosial dengan retardasi mental mengalami penurunan dengan rata-rata 50% setelah diberikan terapi. Hasil ini sejalan dengan Hasil penelitian neurokimia secara konsisten memperlihatkan adanya perubahan sistem *neurotransmitter* otak pada penderita skizofrenia. terjadinya

malfungsi pada jaringan neuron yang mentransmisikan informasi berupa sinyal-sinyal listrik dari sel saraf melalui aksonnya dan melewati sinaps ke reseptor pasca sinaptik di sel-sel saraf yang lain sehingga mempengaruhi respon fisiologis klien isolasi sosial. Berdasarkan uraian diatas dapat memberikan gambaran bahwa *neurotransmitter* sangat mempengaruhi fungsi fisiologis pada klien isolasi sosial.

Respon perilaku klien isolasi sosial menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala sebesar 46,43%. Respon perilaku klien isolasi sosial dengan retardasi mental menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala sebesar 71,43%. Hasil penelitian sejalan dengan penelitian Hasil penelitian yang dilakukan oleh Elis, Caponigro, Kring (2013) menunjukkan bahwa isolasi sosial dikaitkan dengan gejala negatif dari skizofrenia yaitu afek tumpul, alogia (miskin dalam berbicara), *asociality*, *anhedonia* dan *avoliation*. *Asociality* termasuk penurunan ketertarikan, motivasi atau keinginan untuk berhubungan dengan orang lain sedangkan *avoliation* adalah defisit dalam kemampuan memulai dan bertahan dalam perilaku tertentu. Coplan dan Bowker (2014) menyatakan bahwa aktivasi dari frontal kanan berhubungan dengan defensif, perilaku menarik diri.

Respon sosial klien isolasi sosial menunjukkan adanya penurunan tanda dan gejala sebesar 70,83%. Sedangkan penurunan tanda dan gejala respon sosial klien isolasi sosial dengan retardasi mental sebesar 66,67%. Hasil penelitian sejalan dengan Hasil penelitian yang dilakukan oleh Holey (2010) menunjukkan bahwa gangguan fungsi sosial merupakan onset awal dari skizofrenia dan merupakan salah satu karakteristik dari skizofrenia yang ditandai dengan isolasi sosial dan menarik diri. Gangguan fungsi sosial merupakan kemampuan seseorang untuk berinteraksi secara tepat dan efektif dalam dunia sosial. Perilaku menarik diri dapat didefinisikan sebagai proses dimana seseorang menghilangkan peluang dirinya untuk berinteraksi dengan orang lain (Coplan & Bowker, 2014).

Peningkatan kemampuan klien isolasi sosial dengan skizofrenia dalam melakukan sosialisasi lebih tinggi dibandingkan kemampuan klien isolasi sosial dengan retardasi mental, hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Peningkatan kemampuan klien isolasi sosial baik untuk kelompok klien dengan skizofrenia maupun kelompok klien dengan retardasi mental, hal ini didukung oleh penelitian, antara lain terdapat peningkatan kemampuan melakukan sosialisasi secara bermakna bagi klien dengan isolasi sosial setelah diberikan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi (Keliat & Akemat, 2004). Kemampuan kognitif dan kemampuan perilaku klien meningkat setelah mendapatkan *social skill training*. (Renidayati, Keliat & Sabri, 2008). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Walter, Hamid dan Putri (2011) menunjukkan bahwa klien mampu berinteraksi dengan orang lain setelah mendapatkan *social skill training*. *Social Skill Training* merupakan komponen perilaku tertentu atau latihan kemampuan berkomunikasi secara efektif untuk membangun interaksi dalam lingkungan sosial yang termasuk perilaku verbal atau non verbal (posisi tubuh atau nada suara) (Holey, 2010). *social skill training* mencakup kemampuan untuk memperoleh atau memberikan informasi dan mengekspresikan perasaan, sikap, pendapat. Metode yang digunakan dalam *social skill training* adalah role play atau bermain peran. Metode bermain peran merupakan metode yang sangat valid untuk membentuk perilaku interpersonal karena perilaku selama bermain peran sangat berkorelasi dengan kemampuan sosial klien (Holey, 2010). Berdasarkan uraian tersebut, analisa peneliti bahwa pada klien isolasi sosial dengan skizofrenia tentu akan menunjukkan peningkatan kemampuan dalam melakukan sosialisasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan klien isolasi sosial dengan retardasi mental yang hanya mendapatkan paket tindakan paket tindakan generalis dan tindakan keperawatan spesialis SST saja, sedangkan pada klien isolasi sosial dengan skizofrenia mendapatkan paket terapi lebih Inkgap,



yaitu tindakan generalis, TAKS dan tindakan keperawatan spesialis SST.

Peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien isoalsi sosial dengan skizofrenia dan retardasi mental menunjukkan hasil yang sama, rata-rata kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial meningkat 80%. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang menunjukkan penurunan beban keluarga dan peningkatan kemampuan keluarga setelah diberikan psikoedukasi keluarga (Sari, Keliat & Mustikasai, 2009). Penelitian yang sama juga dilakukan oleh Wiyati, Hamid dan Gayatri (2009) menunjukkan bahwa terapi psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan kemampuan afektif dan psikomotor keluarga klien isolasi sosial. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Gearing (2007) menunjukkan bahwa psikoedukasi keluarga efektif dalam mencegah kekambuhan klien skizofrenia dan meningkatkan fungsi sosial dan pekerjaan klien. Psikoedukasi keluarga secara konsisten berdampak positif terhadap keluarga dan mencegah kekambuhan pada klien skizofrenia. Psikoedukasi keluarga merupakan teknik memberikan informasi kepada keluarga yang sistematis, terstruktur tentang penyakit dan pengobatan yang mengintegrasikan aspek emosional (Kluge, Walz, Baulm, Kissling (2006). Psikoedukasi keluarga dapat meningkatkan pemahaman keluarga terhadap penyakit pasien, meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi kekambuhan.

Peningkatan kemampuan kader dalam merawat klien isolasi sosial lebih tinggi pada kader yang merawat klien isolasi sosial dengan skizofrenia dibandingkan dengan kader yang merawat klien isolasi sosial dengan retardasi mental. Hasil ini sejalan dengan teori yang menjelaskan bahwa pengobatan pada penderita RM, ditemukan hanya 37% saja penderita RM yang mendapatkan obat psikofarmaka, pengobatan diberikan saat individu telah mengalami gejala psikotik yang dapat mempengaruhi perilaku dan perawatan diri (Larson, *et al*, 2000). Terkait dengan

penelitian tersebut, analisis peneliti bahwa kader yang merawat klien isolasi sosial dengan RM tidak dapat optimal menjalankan perannya dalam memotivasi keluarga untuk membawa anggota keluarga yang sakit ke pelayanan kesehatan dan melakukan pengobatan yang rutin. Keluarga hanya memberikan fasilitas dan memenuhi kebutuhan anggota keluarga yang sakit di rumah atau di sekolah khusus karena beranggapan bahwa anggota keluarga tersebut tidak membutuhkan pengobatan secara rutin.

### KESIMPULAN

1. Karakteristik klien memiliki rata-rata usia dewasa, mayoritas berjenis kelamin laki-laki, dengan tingkat pendidikan rendah, keseluruhan klien tidak bekerja dan umumnya belum menikah.
2. Terjadinya penurunan tanda dan gejala isolasi sosial setelah klien diberikan tindakan keperawatan generalis, TAKS dan tindakan keperawatan spesialis *Social Skill Training* (SST).
3. Terjadinya peningkatan rata-rata kemampuan klien dalam melakukan sosialisasi setelah diberikan tindakan keperawatan generalis, TAKS dan tindakan keperawatan spesialis *Social Skill Training* (SST).
4. Terjadinya peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien isolasi sosial setelah diberikan tindakan keperawatan generalis dan tindakan keperawatan spesialis *Family Psychoeducation* (FPE).
5. Terjadinya peningkatan kemampuan kader kesehatan jiwa dalam merawat klien isolasi sosial setelah diberikan pelatihan dasar CMHN dan pelatihan lanjutan

### KEPUSTAKAAN

- Depkes RI (2008) *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007*. Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia
- Esterberg. M.L., Trotman. H.D., Holtzman. C., Compton. T.M., Walker. F.E.,

- (2010). The impact of a family history of psychosis on age-at-onset and positive and negative symptoms of schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 120, 121-130.
- Holden, B., dan Gitlese. J.P., Psychotropic medication in adults with mental retardation: prevalence, and prescription practices. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 509-521
- Imelisa, R., Hamid.A.Y., Daulima, N.H.C., (2013). *Manajemen Asuhan Keperawatan Spesialis Jiwa pada Klien Isolasi Sosial yang diberikan SST menggunakan Pendekatan Social Support Theory di RSMM dan Kelurahan Tanah Baru Bogor*. Tesis FIK UI : Tidak dipublikasikan
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. (2010). *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Jilid Satu*. Tangerang : Binarupa Aksara Publisher.
- Keliat, B.A., Riasmini, M., dan Daulima, N.H.C. (2011). *Efektifitas penerapan Model Community Mental Health Nursing terhadap Kemampuan Hidup Klien Gangguan Jiwa dan Keluarganya di Wilayah DKI Jakarta*. Depok : Riset DRPM UI, tidak dipublikasi.
- Keliat, B.A., Panjaitan, R.U., dan Riasmini, M., (2010). *Manajemen Keperawatan Jiwa Komunitas Desa Siaga : CMHN (Intermediate Course)*. Jakarta : EGC.
- Keliat, B. A., dan Akemat. (2004). *Keperawatan Jiwa: Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A., Akemat., Helena. N., dan Nurhaeni, H. (2007). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas. CMHN: Basic Course*. Jakarta: EGC.
- Kluge1, Walz, Bauml, & Kissling (2006). Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin* vol. 32 no. 4 pp. 765–775, doi:10.1093/schbul/sbl006
- Larson, S., et al. (2000). Prevalence of Mental Retardation and/ or Developmental Disability : Analysis of the 1994/1995 NHIS-D. *Research and Training Center on Community Living* Vol. 2 (1), 1-9. Minneapolis : University of Minnesota.
- Nyumirah,S., Hamid. A.Y., Mustikasari, (2013). *Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif Terhadap Kemampuan Interaksi Sosial Klien Isolasi Sosial di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang*. Tesis FIK UI : Tidak dipublikasi.
- NANDA. (2012). *Nursing Diagnoses Definitions and Classifications*. Oxford: Wiley - Blackwell
- National Institute of Mental Health. (2009). *Schizophrenia* . Department of Health and Human Services: NIH Publication No. 09-3517
- Renidayati, Keliat, B. A., dan Sabri. L. (2008). *Pengaruh Social Skill Training Pada Klien Isolasi Sosial di Rumah Sakit Jiwa Prof HB Saanin Padang Sumatera Barat*. Tesis FIK UI: Tidak dipublikasi
- Sadock, B. J & Sadock, V. A. (2010). Kaplan & Sadock Synopsis of Psychiatric: Behavioral science/Clinical Psychiatry. Philadelphia: Lippincotts William & Wilkins.
- Santrock, J., W. (2011). *Life Span Development*. Erlangga: PT. Gelora Aksara Pratama
- Sari, H., Keliat, B. A dan Mustikasari (2009). *Pengaruh Family Psychoeducation Therapy terhadap Beban dan Kemampuan Keluarga*

- dalam *Merawat Klien Pasung*. Tesis FIK UI: Tidak dipublikasi.
- Shives, L., R. (2005). *Basic Concepts Of Psychiatric Mental Health Nursing* 6th ed. Lippincot Williams & Wilkins:Wolters Kluwer
- Surtiningrum.A., Hamid.A.Y., Waluyo, A. (2011). *Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemampuan Bersosialisasi pada Klien Isolasi Sosial di RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang*. Tesis FIK UI : Tidak dipublikasi.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 8th ed.* Missouri : Mosby.inc.
- Stuart, G., W. (2013). *Principle and Practice Nursing* 10<sup>th</sup>. Elsevier Mosby: St Louis Missouri
- Stanhope, M. & Lancaster, . (2004). *Community Health Nursing : Promoting Heaalth of Agregates, Families and Individuals 4th ed.* St. Louis : Mosby.inc
- Surtiningrum, A., Hamid, A. Y.,Waluyo, A. (2011) *Pengaruh Terapi Suportif Terhadap Kemampuan Bersosialisasi Klien Isolasi Sosial di Rumah Sakit Jiwa Dareah Dr. Amino Gondohutomo Semarang*. Tesis FIK UI: Tidak dipublikasi
- Townsend. M., C. (2009). *Essentials Of Psychiatric Mental Health Nursing ; Concepts Of Care in Evidence Based Practice* 6<sup>th</sup>. Philadelphia: Davis Company
- Varcarolis, E.M. & Halter, M.J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing :a Clinical Approach 6th ed.* Louis : Missouri
- Videbeck, S., L. (2008). *Psychiatric Mental Health Nursing* 5<sup>th</sup>. Wolter Kluwer: Lippincot William & Wilkins.
- Wardani, I.Y., Hamid, A.Y., & Wiarsih, W. (2009). *Pengalaman Keluarga Menghadapi Ketidapatuhan Anggota Keluarga Skizofrenia dalam Mengikuti Regimen Terapeutik : Pengobatan*. Tesis FIK UI : Tidak dipublikasikan.
- WHO. (2013). *Investing in Mental Health : evidence for Action*.Switzerland : Geneva
- Widyawati. (2009). <http://www/digilib.unimus.ac.id> diunduh tgl 3 Juli 2013.
- Wiyati, R., Hamid, Y. S., Gayatri, D. (2009) *Pengaruh Psikoedukasi Keluarga Terhadap Kemampuan Keluarga dalam Merawat Klien Isolasi Sosial*. Tesis FIK UI: Tidak dipublikasi.