

**PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIORAL SOCIAL SKILLS TRAINING* (CBSST)
TERHADAP KEMAMPUAN BERSOSIALISASI KLIEN ISOLASI SOSIAL
DI BLU RS DR. H. MARZOEKI MAHDI BOGOR TAHUN 2010**

Jumaini¹, Budi Anna Keliat², Sutanto Priyo Hastono³, Novy Helena, C.D⁴
Email : jumna_559@yahoo.co.id

ABSTRAK

Isolasi sosial sebagai salah satu gejala negatif skizofrenia merupakan kegagalan individu untuk menjalin interaksi dengan orang lain akibat dari pikiran-pikiran negatif serta pengalaman yang tidak menyenangkan sebagai ancaman terhadap individu. Tujuan penelitian adalah mengetahui pengaruh terapi CBSST terhadap kemampuan bersosialisasi klien isolasi sosial di BLU RS dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Desain penelitian *quasi experimental pre-post test with kontrol group*. Sampel berjumlah 60 orang yang meliputi 29 orang kelompok intervensi dan 31 orang kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan kemampuan kognitif dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi meningkat secara bermakna setelah dilakukan terapi CBSST ($p\ value < 0.05$). Peningkatan kemampuan bersosialisasi lebih tinggi secara bermakna pada kelompok yang mendapat CBSST dibandingkan kelompok yang tidak mendapatkan CBSST ($p\ value < 0.05$). Terapi CBSST direkomendasikan diterapkan sebagai terapi keperawatan dalam merawat klien dengan isolasi sosial.

Kata kunci: *cognitive behavioral sosial skills training*, kemampuan bersosialisasi, klien isolasi sosial

LATAR BELAKANG

Gangguan jiwa menurut *American Psychiatric Association* (1994, dalam Shives, 2005) adalah gangguan atau sindrom dengan manifestasi psikologis atau perilaku berupa kerusakan fungsi sosial, psikologis, genetik, fisik/kimia, atau gangguan secara biologis. Townsend (2009) menyatakan gangguan jiwa merupakan respon maladaptif terhadap stresor dari dalam dan luar lingkungan yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang tidak sejalan dengan budaya/kebiasaan/norma setempat dan mempengaruhi interaksi sosial individu, kegiatan dan fungsi tubuh. Secara umum gangguan jiwa dikarakteristikkan dengan adanya gangguan pikiran, perasaan, dan perilaku serta hubungan dengan orang lain, baik yang berhubungan dengan kondisi fisik, mental, maupun budaya/norma yang berlaku di lingkungan seseorang.

WHO (2007) melaporkan bahwa 31,7% morbiditas karena gangguan jiwa yang mengakibatkan ketidakmampuan pada penderita disebabkan oleh lima kondisi neuropsikiatri yaitu 11,8% depresi unipolar, 3,3% penyalahgunaan alkohol, 2,8% skizofrenia, 2,4% depresi bipolar dan 1,6% demensia. Di Indonesia, berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar tahun 2007 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat secara nasional mencapai 4,6 ‰ dari jumlah penduduk, dengan kata lain menunjukkan bahwa pada setiap 1000 orang penduduk terdapat empat sampai lima orang menderita gangguan jiwa berat. Prevalensi tertinggi terdapat di provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta (20,3 ‰), diikuti Nagroe Aceh Darussalam (18,5 ‰), Sumatera Barat (16,7 ‰), NTB (9,9 ‰), dan Sumatera Selatan (9,2 ‰) (Depkes, 2008). Angka ini lebih tinggi dari data prevalensi gangguan jiwa WHO yaitu 1-3 ‰ (WHO, 2003).

Menurut Halgin dan Whitbourne (2007) skizofrenia merupakan kumpulan gejala berupa gangguan isi dan bentuk pikiran, persepsi, emosi/perasaan, perilaku dan hubungan interpersonal. Pada skizofrenia terjadi kesulitan berfikir dengan benar, memahami dan menerima realita, gangguan emosi/perasaan, tidak mampu membuat keputusan, serta gangguan dalam berhubungan dengan orang lain. Prevalensi skizofrenia diperkirakan sekitar 1% dari seluruh penduduk dunia tanpa membedakan ras, status sosial, dan lingkungan budaya (Mariani, 2004, dalam Varcarolis, Carson, & Shoemaker, 2006). Insiden dan prevalensi seumur hidup secara kasar sama di seluruh dunia (Buchanan & Carpenter, 2000, dalam Videbeck, 2008). Pada skizofrenia terdapat gejala negatif yang meliputi afek tumpul dan datar, menarik diri dari masyarakat, tidak ada kontak mata, tidak mampu mengekspresikan perasaan, tidak mampu berhubungan dengan orang lain, tidak ada spontanitas dalam percakapan, motivasi menurun dan kurangnya tenaga untuk beraktifitas (Andreasen, et.al, 1995; Thompson & Meltzer, 1993, dalam Emery & Oltmanns, 2000; Brady, 2004; Shives, 2005). Menurut Maramis (2006) klien skizofrenia 72% mengalami isolasi sosial.

Isolasi sosial atau menarik diri adalah suatu pengalaman menyendiri dari seseorang dan perasaan segan terhadap orang lain (NANDA, 2007). Individu dengan isolasi sosial menunjukkan menarik diri, tidak komunikatif, mencoba menyendiri, asyik dengan pikiran dan dirinya sendiri, tidak ada kontak mata, sedih, afek tumpul, perilaku bermusuhan, menyatakan perasaan sepi atau ditolak, kesulitan membina hubungan di lingkungannya. menghindari orang lain. dan mengungkapkan perasaan tidak dimengerti orang lain.

Menurut WHO (2003) penanganan masalah kesehatan mental secara efektif dan efisien dengan mengkombinasikan antara farmakoterapi, psikoterapi dan penangan masalah psikososial melalui rehabilitasi. Menurut Mueser, dkk (2001, dalam Fontaine, 2003) gangguan fungsi sosial yang ditemukan pada klien skizofrenia merupakan tanda penting terjadinya kekambuhan dan perlunya dirawat di rumah sakit. 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 di sekitar klien. Menurut Granholm, dkk (2005) CBSST adalah psikoterapi kelompok yang merupakan kombinasi antara *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dan *Social Skills Training* (SST) yang melatih teknik koping, ketrampilan fungsi sosial, *problem-solving*, dan penanganan gangguan neurokognitif. McQuaid, dkk, (2000).

Data survey yang diperoleh dari BLU RS Dr. H. Marzoeki Mahdi (RSMM), pada bulan Januari-Desember 2009 diagnosa medis skizofrenia paranoid menempati urutan pertama pada 10 besar diagnosa medis baik di unit rawat jalan (33,27%), unit gawat darurat (36,99%), maupun unit rawat inap (20,03%). Pada bulan Juni – Desember 2009 klien isolasi sosial berjumlah 504 orang. CBSST belum pernah diterapkan pada klien isolasi sosial, oleh karena itu peneliti akan menerapkan terapi keperawatan CBSST pada klien isolasi sosial yang dirawat di ruang rawat inap BLU RSMM Bogor.

Tujuan Umum : Diketahui pengaruh terapi *Cognitive Behavioral Social Skills Training* (CBSST) terhadap kemampuan bersosialisasi pada klien isolasi sosial terhadap kemampuan bersosialisasi di BLU RSMM Bogor tahun 2010

METODE PENELITIAN

Penelitian *quasi experimental* dengan metode kuantitatif menggunakan desain "*Quasi experimental pre-post test kontrol group*" dengan intervensi CBSST. Penelitian dilakukan untuk menganalisa peningkatan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi dan membandingkan kelompok intervensi dan kontrol.

Teknik pengambilan sampel secara *quota sampling* berjumlah 60 orang (29 orang kelompok intervensi dan 31 orang kelompok kontrol). Kelompok intervensi diberikan tindakan keperawatan generalis dan CBSST, sedangkan kelompok kontrol hanya diberikan tindakan keperawatan generalis. Analisis statistik yang dipergunakan yaitu univariat dan bivariat dengan analisis *dependen dan independent sample t-test* serta *Chi-square* dan multivariat menggunakan regresi linier sederhana dengan tampilan dalam bentuk tabel dan distribusi frekuensi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Variabel *confounding* pada penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama sakit, dan peran serta pada terapi aktivitas kelompok sosialisasi (TAKS). Rata-rata usia responden 34,07 tahun dan lama sakit 6,5 tahun. Usia dan lama sakit pada kelompok intervensi dan kontrol setara ($pvalue > 0,05$). Jenis kelamin sebagian besar responden laki-laki (73,3%), latar belakang pendidikan menengah (SMP-SMA) (75%), tidak bekerja (78,3%), tidak kawin (81,7%), dan sebagian besar telah selesai mengikuti TAKS sampai sesi 7 (61,7%). Karakteristik jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, dan peran serta pada TAKS antara kelompok intervensi dan kontrol setara ($pvalue > 0,05$).

Berdasarkan tabel 1 rata-rata kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan kelompok intervensi meningkat secara bermakna ($p-value < \alpha$). Nilai ini menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan kognitif dari 63,06% pada *pre-test* menjadi 80,35% pada *post-test*. Pada *pre-test* kemampuan kognitif termasuk pada rentang cukup dan pada *post-test* termasuk pada rentang baik. Sedangkan pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan tetapi tidak bermakna secara statistik, yaitu dari 65,06% pada *pre-test* menjadi 69,06% pada *post-test* dan nilai ini menunjukkan kemampuan kognitif kelompok kontrol tetap berada pada rentang cukup.

Berdasarkan hasil uji statistik tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa pada α 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan sebelum dan sesudah CBSST diberikan pada kelompok intervensi ($p-value < \alpha$).

Tabel 1. Analisis perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor klien isolasi sosial sebelum dan sesudah pelaksanaan terapi CBSST pada kelompok intervensi dan kontrol di BLU RSMM Bogor tahun 2010 (n=60)

Kelompok	Kemampuan	N	Mean	SD	SE	t	P-value
Intervensi	Kognitif						
	Sebelum	29	10,72	3,442	0,639	-5,509	0,000*
	Sesudah	29	13,66	2,395	0,445		
	Selisih		2,94	-1,047			
	Psikomotor						
	Sebelum	29	65,41	10,259	1,905	-6,899	0,000*
Sesudah	29	76,72	7,833	1,454			
Selisih		11,31	-2,426				
Kontrol	Kognitif						
	Sebelum	31	11,06	3,255	0,585	-1,372	0,180
	Sesudah	31	11,74	2,886	0,518		
	Selisih		0,68	-0,369			
	Psikomotor						
	Sebelum	31	65,90	12,221	2,195	-0,645	-0,524
Sesudah	31	67,06	11,275	2,025			
Selisih		1,16	-0,946				

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Rata-rata kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi meningkat secara bermakna ($p\text{-value}<\alpha$). Nilai ini menunjukkan terjadi peningkatan kemampuan psikomotor dari 68,14% pada *pre-test* menjadi 79,92% pada *post-test*. Pada *pre-test* kemampuan psikomotor termasuk pada rentang cukup dan pada *post-test* termasuk pada rentang baik. Sedangkan pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan tetapi tidak bermakna secara statistik, yaitu dari 68,65% pada *pre-test* menjadi 69,85% pada *post-test* dan nilai ini menunjukkan kemampuan psikomotor kelompok kontrol tetap berada pada rentang cukup.

Berdasarkan hasil uji statistik tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa pada α 5% ada peningkatan yang bermakna rata-rata kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi sebelum dan sesudah CBSST diberikan pada kelompok intervensi ($p\text{-value}<\alpha$). Sedangkan pada kelompok kontrol peningkatan sebesar 1,16 (3,79%) dan secara statistik tidak bermakna ($p\text{value} > \alpha$).

Tabel 2. Analisis perbedaan kemampuan kognitif dan psikomotor klien isolasi sosial sesudah dilakukan terapi CBSST di BLU RSMM Bogor tahun 2010 (n=60)

Kemampuan	Kelompok	N	Mean	SD	SE	t	p-value
Kognitif	Intervensi	29	13,66	2,395	0,445	7,784	0,007*
	Kontrol	31	11,74	2,886	0,518		
Psikomotor	Intervensi	29	76,72	7,833	1,454	3,829	0,000*
	Kontrol	31	67,06	11,275	2,025		

*bermakna pada $\alpha=0,05$

Kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan setelah dilakukan terapi CBSST pada kelompok intervensi terjadi peningkatan lebih tinggi secara bermakna bila dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p\text{ value} < \alpha$). Demikian juga dengan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi pada kelompok intervensi menunjukkan peningkatan lebih tinggi secara bermakna bila dibandingkan dengan kelompok kontrol ($p\text{ value} < \alpha$).

Terapi CBSST dan pendidikan klien mempengaruhi sebesar 32% terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan setelah dikontrol oleh variabel lain ($p\text{-value}<\alpha$). Akan tetapi pada karakteristik usia, pekerjaan, status perkawinan, lama sakit dan TAKS tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan ($p\text{-value} > \alpha$).

Terapi CBSST, pendidikan klien, dan TAKS mempengaruhi sebesar 49,6% terhadap kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi setelah dikontrol oleh variabel lain ($p\text{-value}<\alpha$). Akan tetapi pada karakteristik usia, pekerjaan, status perkawinan dan lama sakit tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi ($p\text{ value} > \alpha$).

Menurut Blom (1956, dalam Bastable, 2002) pengetahuan (kognitif) merupakan salah satu bagian an tindakan (psikomotor), dimana ketiga domain ini saling

mempengaruhi. 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, fisiologi, perilaku, dan sosial seseorang (Stuart & Laraia, 2005). Pada klien isolasi sosial, jika mereka berpikir bahwa suatu situasi merupakan ancaman dan menimbulkan stress maka dirinya akan berperilaku/bertindak menghindar atau menarik diri dari situasi tersebut.

Kemampuan kognitif klien dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan pada kelompok intervensi mengalami peningkatan secara bermakna setelah diberikan terapi CBSST, sedangkan pada kelompok kontrol terjadi peningkatan tetapi tidak bermakna. Peningkatan kemampuan kognitif yang bermakna pada kelompok intervensi terjadi karena pada kegiatan terapi CBSST klien diberikan informasi/penjelasan tentang hubungan pikiran dengan perilaku dan latihan cara untuk mengenali pikiran otomatis negatif terkait dengan perilaku menarik diri atau isolasi sosial yang terjadi pada klien serta latihan cara melawan pikiran negatif dengan pikiran rasional.

Peningkatan kemampuan kognitif pada klien ini sesuai dengan pernyataan WHO dalam Notoatmodjo (2003) bahwa kognitif/pengetahuan diperoleh melalui proses pembelajaran, budaya, pendidikan, dan pengalaman hidup lainnya karena aspek kognitif terkait dengan pemahaman seseorang terhadap suatu hal. Selain itu kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang untuk memahami faktor yang berkaitan dengan kondisinya (Edelman & Mandle, 1994 dalam Potter & Perry, 2005).

Pelaksanaan terapi CBSST sesi 1 dan 2 berfokus pada aspek kognitif klien, meliputi melatih klien mengidentifikasi pikiran otomatis negatif, mengidentifikasi perilaku negatif akibat pikiran otomatis negatif, dan melatih melawan pikiran otomatis negatif dengan pikiran rasional. Hal ini sesuai dengan yang diutarakan Oemarjoedi (2003) bahwa CBT meyakini pola pemikiran manusia terbentuk melalui proses rangkaian stimulus-kognisi-respon (SKR) yang saling berkait dan membentuk semacam jaringan dalam otak manusia, dimana faktor kognitif akan menjadi penentu dalam menjelaskan bagaimana manusia berpikir, merasa, dan bertindak. Klien isolasi sosial memiliki pikiran negatif (distorsi kognitif) yang menyebabkan terjadinya perilaku isolasi sosial sehingga pikiran negatif perlu mendapatkan penanganan terlebih dahulu.

Pelaksanaan terapi CBSST dalam penelitian ini secara keseluruhan menggunakan pendekatan kelompok. Hal ini sesuai dengan konsep terapi CBSST yang disampaikan McQuaid, dkk (2000) bahwa CBSST adalah *group* psikoterapi yang merupakan kombinasi *cognitive behavioral therapy* (CBT) dan *social skills training* (SST) untuk meningkatkan fungsi kognitif (proses kognitif) dan ketrampilan fungsi sosial pada klien skizofrenia. Menurut Saksa, dkk (2009) CBT yang diberikan secara kelompok merupakan alternatif yang lebih baik dibandingkan CBT individu pada klien psikosis tahap awal. CBT dengan pendekatan kelompok memungkinkan klien saling mendukung secara sosial, belajar menjalin hubungan interpersonal, merasakan kebersamaan, dan dapat saling memberi masukan dan koreksi terhadap pengalaman masing-masing klien. Barrowclough, dkk (2006) juga melakukan penelitian untuk mengetahui efektifitas CBT yang diberikan secara kelompok. Hasil penelitian menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna dalam hal gejala positif yang muncul dan waktu kekambuhan antara kelompok intervensi dan kontrol, namun klien kelompok intervensi menunjukkan penurunan perasaan keputusasaan dan harga diri rendah.

Pada terapi CBSST sesi 3-5 dalam penelitian ini klien diberikan latihan ketrampilan komunikasi, berupa komunikasi dasar (komunikasi verbal dan non verbal), komunikasi untuk menjalin persahabatan, dan komunikasi untuk mengatasi situasi sulit. Hal ini sesuai dengan konsep yang diungkapkan McQuaid, dkk (2000) bahwa modul CBSST yang disusunnya menekankan pada peningkatan ketrampilan komunikasi dan interaksi sosial melalui latihan ketrampilan sosial yaitu SST.

Latihan ketrampilan komunikasi yang diberikan pada klien isolasi sosial dalam penelitian ini mengikuti empat tahapan/metoda sebagaimana yang diungkapkan oleh Ramdhani (2002), yaitu; 1) *Modelling*, 2) *Role play*; 3) *Performance feedback*; 4) *Transfer training*. Pada tahap ini klien diberi tugas mandiri untuk melakukan latihan ulang dengan perawat ruangan atau klien lain di ruangan yang didokumentasikan pada buku kerja klien.

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Granholm, Ben-Zeev, dan Link (2009) tentang sikap antisosial dan *group* CBSST diperoleh hasil terjadi peningkatan minat melakukan hubungan sosial pada kelompok yang diberi terapi CBSST. Hasil studi kasus terhadap 10 orang dengan skizofrenia yang dilakukan oleh McQuaid, dkk, (2000) selama 12 minggu juga mendukung hasil penelitian ini, dimana setelah mengikuti CBSST responden menyatakan dapat berkomunikasi secara asertif dengan keluarga, dapat berkomunikasi dengan lebih baik kepada semua orang. Grandholm, dkk (2005) juga melakukan penelitian terhadap 76 orang dengan skizofrenia selama 24 minggu. Pada kelompok yang mendapat *group* CBSST menunjukkan peningkatan kemampuan komunikasi dan penurunan gejala positif skizofreni.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Renidayati (2008) tentang pengaruh SST terhadap klien isolasi sosial di RSJ HB Sa'anin Padang Sumatera Barat, dimana setelah diberikan SST juga terjadi peningkatan kemampuan kognitif dan perilaku klien isolasi sosial. Namun pada penelitian Renidayati (2008) ini terhadap 30 orang kelompok intervensi dan 30 orang kelompok kontrol, setiap sesi diulang tiga kali, dan menggunakan pendekatan individu.

Pada penelitian ini setelah selesai sesi 6 CBSST langsung dilakukan *post-test* atau dengan kata lain *post-test* dilakukan 10 hari setelah *pre-test*. Menurut Corrigan, dkk (2009) SST dilakukan paling sedikit selama 3 bulan dan biasanya 6 bulan sampai 1 tahun atau lebih lama lagi. Rentang waktu penelitian yang lebih lama memberikan kesempatan kepada klien untuk belajar lebih optimal dan kontinuitas perubahan perilaku atau psikomotor klien dalam bersosialisasi dapat terpantau hingga perilaku tersebut membudaya pada diri setiap klien sampai klien berada kembali di tengah-tengah masyarakat tempat tinggal klien.

SIMPULAN DAN SARAN

Kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan serta kemampuan psikomotor dalam bersosialisasi antara kelompok intervensi dan kontrol sebelum mendapat terapi CBSST adalah setara. Kemampuan kognitif dan psikomotor pada kelompok intervensi meningkat secara bermakna sesudah dilakukan terapi CBSST dan termasuk rentang cukup pada *pre-test* menjadi termasuk rentang baik pada *post-test*. Sedangkan pada kelompok kontrol juga terjadi peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor tetapi tidak bermakna dan tetap termasuk pada rentang cukup baik pada *pre-test* maupun *post-test*. Peningkatan kemampuan kognitif dan psikomotor pada kelompok intervensi lebih tinggi secara bermakna dibandingkan kelompok kontrol.

Faktor yang berhubungan dengan kemampuan kognitif klien isolasi sosial dalam menilai diri sendiri, orang lain, dan lingkungan adalah terapi CBSST dan pendidikan klien. Sedangkan faktor yang berhubungan dengan kemampuan psikomotor klien isolasi sosial dalam bersosialisasi meliputi terapi CBSST, pendidikan klien, dan peran serta klien pada kegiatan TAKS.

Saran dalam penelitian ini hendaknya rumah sakit dengan pelayana psikiatri menetapkan terapi CBSST sebagai standar terapi keperawatan spesialistik yang diberikan pada klien dengan masalah keperawatan isolasi sosial dan organisasi profesi melalui kolegium pendidikan keperawatan jiwa hendaknya menetapkan terapi CBSST sebagai salah satu kompetensi perawat spesialis keperawatan jiwa. Praktek mandiri perawat spesialis jiwa hendaknya menggunakan pedoman terapi CBSST sebagai aplikasi nyata dalam mengatasi klien isolasi sosial.

Dinas kesehatan hendaknya menempatkan perawat spesialis jiwa di puskesmas sehingga dapat melakukan *follow-up* terhadap perkembangan klien setelah pulang dari rumah sakit. Pihak pendidikan tinggi keperawatan hendaknya mengembangkan terapi CBSST pada kelompok klien dengan masalah yang lain, seperti halusinasi, risiko perilaku kekerasan, dan remaja serta anak sekolah dengan kesulitan bergaul. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan *evidence based* dalam mengembangkan teknik pemberian asuhan keperawatan jiwa dalam penerapan terapi CBSST pada klien isolasi sosial.

Perlunya dilakukan replikasi pada rumah sakit jiwa yang lain di seluruh Indonesia dan penelitian lebih lanjut pada klien isolasi sosial dengan desain *longitudinal* hingga klien pulang ke masyarakat untuk mengetahui keberlanjutan perilaku sosial klien di masyarakat luas. Penelitian selanjutnya tentang pengaruh terapi CBSST pada klien dengan masalah keperawatan yang lain seperti halusinasi, risiko perilaku kekerasan, dan remaja serta anak sekolah dengan kesulitan bergaul serta penelitian yang membandingkan efektifitas kombinasi TAKS dan CBSST dengan TAKS dan SST.

DAFTAR PUSTAKA

- Barrowclough, C., et.al. (2006). Group Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 527-532
- Corrigan, P.W., dkk. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation An Empirical Approach*. New York : The Guilford Press
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Riset kesehatan dasar 2007*. <http://www.litbang.depkes.go.id/LaporanRKD/IndonesiaNasional.pdf>, diperoleh tanggal 22 Februari 2009
- Emery, R.E., & Oltmanns, T.F. (2000). *Essentials of Abnormal Psychology*. New Jersey : Prentice-Hall, Inc.
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental Health Nursing*. 5th ed. New Jersey : Pearson Education, Inc.
- Granholm, E., Ben-Zeef, D., & Link, P.C., (2009). Social Disinterest attitudes an Group Cognitive Behavioral Therapy in Schizophrenia. *Shizophrenia Bulletin*, 35(5), 874-883

- Granhholm, E., et.al. (2005). A Randomized, Kontrolled Trial of Cognitive behavioral Social Skills Training for Middle-Aged and Older Outpatients with Chronic Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 520-529
- Halgin, R.P., & Whitbourne, S.K. (2007). *Abnormal Psychology Clinical Perspectives on Psychological Disorder*. 5th ed. New York : McGraw-Hill.
- Hastono, S.P. (2007). *Basic Data Analysis for Health Research Training Analisa Data Kesehatan*. Depok. FKM-UI.
- Maramis, W.F. (2006). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : airlangga University Press.
- McQuaid, et al. (2000). Development of an Integrated Cognitive-Behavioral and Social Skills training Intervention for Older Patients With Schizophrenia. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(3), 149-156
- NANDA. (2007). *Nursing Diagnoses : Definitions & Classification 2007-2008*. Philadelphia: NANDA International
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pengantar pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta
- Oemarjoedi, A,K,. (2003). *Pendekatan Cognitive Behavioral Dalam Psikoterapi*. Jakarta : Kreatif Media
- Potter , Perry. (2005). *Fundamentals of Nursing : Concept, Process, and Practice*. Alih bahasa Yasmin Asih, dkk. Jakarta : EGC
- Ramdhani, N. (2002). *Pelatihan Ketrampilan Sosial untuk Terapi Kesulitan Bergaul*. <http://lib-ugm.ac.id/data/pubdata/ketsos> pdf, diperoleh 12 Januari 2010
- Renidayati. (2008). *Pengaruh Social Skills Training (SST) pada Klien Isolasi Sosial di RSJ H.B. Sa'anin Padang Sumatera Barat*. Tesis FIK-UI. Tidak dipublikasikan
- Saksa, J.R., et.al. (2009). Cognitive Bahavioral Therapy for Early Psychosis : A Comprehensive Review of Individual vs. Group treatment Studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59(3), 357-377
- Shives, L.R. (2005). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*. 6th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Stuart,G.W & Laraia, M.T (2005). *Principles and Practice of psychiatric nursing*. (7th edition). St Louis: Mosby
- Townsend, M.C. (2005). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing*. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Varcarolis, E.M., Carson, V.B., & Shoemaker, N.C. (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing a Clinical Approach*. Missouri : Saunders Elsevier
- Videbeck, S.L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- WHO. (2003). *Investing in Mental Health. Switzerland* : Nove Impression.
- WHO. (2007). *The Lancet*. London : Elsevier Properties SA

¹Ns. Jumaini, S.Kep: Staff Pengajar Keperawatan Jiwa PSIK Universitas Riau Pekanbaru.

²Dr. Budi Anna Keliat, SKp., M. App.Sc: Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta.

³Drs. Sutanto Priyo Hastono, M.Kes : Dosen Biostatistik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta.

⁴Novy Helena, C.D, S.Kp, M.Sc : Dosen Kelompok Keilmuan Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta.
