



**LAPORAN
PENELITIAN MANDIRI**



**Pelatihan ketrampilan sosial untuk mengurangi simtom
negatif pada penderita skizofrenia**



**PENGUSUL
Yeni Duriana Wijaya**



**FAKULTAS PSIKOLOGI
UNIVERSITAS ESA UNGGUL
JAKARTA 2014**

Pelatihan ketrampilan sosial untuk mengurangi simtom negatif pada penderita skizofrenia

Yeny Duriana Wijaya

Skizofrenia merupakan salah satu penyakit mental yang banyak menimbulkan stigma negatif, baik self stigma maupun publik stigma. Pada masa rehabilitasi penderita skizofrenia cenderung didominasi oleh simtom negatif. Upaya yang bisa dilakukan untuk mengurangi simtom negatif adalah memberikan ketrampilan sosial. Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui efektifitas pelatihan ketrampilan sosial untuk meningkatkan ketrampilan sosial dan menurunkan simtom negatif pada penderita skizofrenia. Partisipan penelitian adalah penderita skizofrenia masa rehabilitasi di Panti Sosial Bina Karya DIY. Penelitian ini akan melibatkan 8 skizofrenia masa rehabilitasi. Pengukuran dengan Skala simtom negatif. Pengambilan data melalui ratings-interrater. Analisis data kuantitatif menggunakan nonparametrik *Mann Whitney Test (U test)*. Analisis data kualitatif dari hasil observasi dan wawancara. Hasil analisis kuantitatif *gain score* kelompok eksperimen dan kontrol menunjukkan ada perbedaan signifikan untuk variabel ketrampilan sosial; $Z = -2.312$ with $p = 0.021$ ($p < 0.05$) dan untuk variabel simtom negatif; nilai $Z = -2.100$ dengan $p = 0,036$ ($p < 0,05$). Hasil ini menunjukkan bahwa pelatihan ketrampilan sosial dapat meningkatkan ketrampilan sosial dan menurunkan simtom negatif pada penderita skizofrenia masa rehabilitasi

Kata kunci : simtom negatif, ketrampilan sosial, skizofrenia masa rehabilitasi

Skizofrenia merupakan salah satu penyakit yang merusak mental dan fungsi sosial (North, et al., 2007). Penderita skizofrenia ditandai dengan ciri-ciri apatis, menarik diri, serta kerusakan fungsi kognitif sehingga menyebabkan gangguan pada kehidupan emosional dan afektifnya. Akibat yang ditimbulkan oleh penderita adalah ketidakberfungsian di tempat kerja, sekolah, keluarga, serta hubungan interpersonal (Mueser & McGurk, 2004). Dua macam gejala pada skizofrenia, yaitu gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif terdiri dari halusinasi dan delusi atau waham, sedangkan gejala negatif seperti afek datar, kehilangan kesenangan, atau menarik diri (North, et al., 2007; Mueser & McGurk, 2004).

Skizofrenia merupakan salah satu penyakit psikologis yang menimbulkan stigma negatif hampir di seluruh lapisan masyarakat. Baik dari kalangan remaja sampai dewasa mereka menganggap bahwa penyakit tersebut berbahaya. Hal ini menimbulkan reaksi emosi negatif dan cenderung akan di jauhi (Corrigan, et al., 2005). Selain itu dampak yang muncul pada penderita skizofrenia adalah buruknya kualitas hidup penderita karena seringkali mendapat perlakuan yang tidak baik, misalnya sering diejek dari masyarakat, sehingga mereka tidak bisa menikmati kegiatan rekreasi, sosial maupun bekerja. Hal ini menyebabkan

para penderita merasa terisolasi dan menyebabkan harga dirinya rendah, menghindari atau membatasi dalam berinteraksi sosial (Badri&Mellsop, G, 2007).

Skizofrenia merupakan penyakit mental yang bersifat kronis atau berulang dan seringkali terjadi kekambuhan. Oleh karena itu penyakit mental ini menyebabkan kualitas hidup penderita menurun dan menjadikan beban keluarga dari penderita. Proses penyembuhan bagi penderita skizofrenia tidak hanya berasal dari kepatuhan dalam minum obat. Kesembuhan penderita skizofrenia berasal dari integrasi dua faktor yaitu berasal faktor lingkungan dan sistem personal (Moos&Yanos 2007). Keduanya saling berkaitan dan tidak dapat dipisahkan satu sama lain bagi kesembuhan penderita. Banyak indikator baik dari faktor lingkungan maupun personal yang menyebabkan cepat atau lambatnya kesembuhan penderita. Misalnya yang sering muncul adalah stigma negatif dari lingkungan maupun dari dirinya sendiri. Hal ini akan menyebabkan konsep diri negatif (Moses, 2009).

Salah satu upaya yang bisa dilakukan untuk membantu proses kesembuhan penderita adalah peran dari lingkungan (Moos&Yanos 2007). Peran tersebut berupa keperawatan yang tepat untuk penderita. Keperawatan dapat dilakukan oleh keluarga, atau oleh komunitas kesehatan mental misalnya perawat kesehatan, pekerja sosial atau pihak pemerhati penderita skizofrenia (Malakouti, et.al, 2009),

Akibat yang ditimbulkan para penderita pasca skizofrenia diantaranya adalah menarik diri dari lingkungan sosial sehingga mengalami penurunan ketrampilan sosial. Oleh karena itu diperlukan pemulihan kembali untuk dapat mengelola diri agar dapat kembali kepada komunitas, keluarga dan teman, serta mampu mengenali dirinya sendiri mengenai penyakit yang dideritanya (Bradshaw, et al., 2007).

Penghambat pemulihan kembali pada penderita skizofrenia adalah kemungkinan kambuh yang terus berulang karena dipicu oleh stresor yang terlalu besar dari lingkungan. Pasien skizofrenia yang sudah menjalani perawatan di rumah sakit, gejala positif skizofrenia akan mulai berkurang dan akan muncul gejala negatifnya. Gejala negatif penderita antara lain afek datar, kehilangan kesenangan, atau menarik diri dari lingkungan sosial, kemiskinan untuk bicara, serta penurunan dalam beraktivitas (Mueser&Jeste, 2008).

Pada saat gejala akut, penderita skizofrenia akan muncul simtom-simtom positif seperti halusinasi, delusi, dan proses berpikir yang tidak normal. Pada episode ini simtom positif pada penderita skizofrenia sangat dominan. Sedangkan pada episode kronis atau gejala penyakit yang berulang didominasi oleh simtom negatif. Namun demikian simtom positif masih ada namun tidak dominan. Sebenarnya simtom negatif juga muncul pada episode akut dan menjadi awal munculnya simtom positif (Stefan, et al., 2002). Munculnya simtom negatif pada penderita skizofrenia kadang merupakan efek samping dari obat-obatan antipsikotik, seperti bradikinesia atau akinesia. Obat-obatan ini dapat menyebabkan penderita terlihat mempunyai ekspresi muka dengan afek datar (Mueser & Jeste, 2008; Stefan, et al., 2002).

Penderita skizofrenia dalam tahap rehabilitasi akan didominasi oleh simtom negatif. Berdasarkan hasil penelitian longitudinal Peer, et al. (2007) mengemukakan bahwa pada masa rehabilitasi skizofrenia perlu adanya penanganan yang tepat untuk mengatasi simtom negatif. Oleh karena itu perlu ada intervensi untuk mengurangi simtom negatifnya agar bisa diterima ketika mereka kembali ke masyarakat.

Individu yang mempunyai riwayat skizofrenia cenderung mempunyai stigma negatif terhadap dirinya sendiri. Hal ini disebabkan ia merasa tidak berguna dan tidak layak hidup bersama masyarakat. Penderita skizofrenia pada masa rehabilitasi akan menganggap dirinya tidak mampu untuk menjalani hidup selanjutnya. Mereka menganggap cenderung akan ditolak oleh lingkungannya. Oleh karena itu stigma negatif ini akan menyebabkan penderita skizofrenia mempunyai harga diri rendah. Kondisi tersebut sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan hasil bahwa ada hubungan yang negatif antara *self-stigma* dan harga diri pada penderita skizofrenia pada tahap pemulihan, yaitu semakin tinggi *self-stigma* maka harga diri semakin rendah (Verhaeghe, et al., 2008; Werner, et al., 2008). Harga diri yang rendah menyebabkan para penderita skizofrenia yang sudah dalam masa rehabilitasi akan semakin menghindari kontak sosial. Berdasarkan penelitian Schon, et al (2009) faktor utama yang dapat mempercepat pemulihan kembali pada penderita skizofrenia adalah mampu berinteraksi sosial. Apabila penderita skizofrenia cenderung menghindari interaksi sosial maka pemulihannya akan terhambat.

Minimnya ketrampilan sosial pada individu dengan skizofrenia merupakan komponen penting dari ketidakberfungsian sosialnya. Bellack, et al (2004) mendefinisikan ketrampilan sosial adalah kemampuan untuk mengekspresikan perasaan negatif dan positif tanpa kehilangan penguatan dari lingkungan sosial. Ketrampilan sosial mencakup berbagai konteks dalam interpersonal, termasuk di dalamnya adalah respon yang tepat baik secara verbal atau nonverbal terhadap stimulus dari luar. Ketrampilan sosial mempunyai dua komponen ketrampilan mengekspresikan dan ketrampilan menerima. Ketrampilan mengekspresikan terdiri dari tiga kelompok perilaku yang menunjukkan kualitas performansi sosial yaitu *verbal behaviors*, *paralinguistic behaviors*, dan *nonverbal behaviors*. Sedangkan ketrampilan menerima terdiri dari ketrampilan percakapan, ketrampilan persepsi sosial, dan ketrampilan untuk menyelesaikan masalah dalam situasi tertentu (Bellack, et al., 2004).

Ketrampilan yang sangat minim pada penderita skizofrenia antara lain ketidakmampuan memulai percakapan, mengungkapkan perasaan, dan menyelesaikan berbagai permasalahan yang dihadapi. Kondisi ini adalah akibat dari kurangnya interaksi dengan orang lain sehingga tidak memiliki "*role models*", atau disebabkan oleh lamanya penderita tinggal di rumah sakit jiwa sehingga terhambat kontak sosial dengan teman sebayanya, dan kesempatan yang sangat kecil untuk terlibat dalam kegiatan sosial. Akibatnya penderita akan merasa terisolasi, atau depresi, sehingga menyebabkan penderita kehilangan motivasi dan energi untuk beraktivitas atau berinteraksi dengan orang lain. Ketidakberfungsian secara sosial yang dialami oleh penderita skizofrenia ini dapat memunculkan simtom negatif (Bellack, et al, 2004).

Upaya untuk meningkatkan kemampuan berinteraksi sosial adalah dengan pelatihan ketrampilan sosial. Pelatihan ini merupakan prosedur perlakuan yang ditujukan untuk meningkatkan fungsi sosial yang dapat meningkatkan ketrampilan sosial pada individu dengan skizofrenia. Pelatihan ketrampilan sosial terdiri dari serangkaian teknik perilaku yang dapat dilakukan untuk penderita skizofrenia dan gangguan disabilitas mental yang lain untuk memperoleh ketrampilan manajemen dan cara bersosialisasi dengan orang lain di dalam suatu komunitas (Kopelowich, et al, 2006).

Pelatihan ketrampilan sosial merupakan bentuk modifikasi perilaku yang mengacu pada teori belajar sosial. Modifikasi perilaku merupakan prosedur yang

digunakan untuk mengubah perilaku sosial individu dengan tujuan untuk memperbaiki beberapa aspek dalam kehidupan individu. Beberapa ciri untuk memodifikasi perilaku adalah memfokuskan pada perilaku individu, prosedur-prosedur yang digunakan berdasarkan pada prinsip perilaku, menekankan pada kejadian yang terjadi pada saat ini, implementasi perlakuan dalam kehidupan sehari-hari, pengukuran perubahan perilaku, serta mengetahui penyebab perilaku di masa lalu (Miltenberger, 2004). Empat prinsip teori belajar sosial yang mendasari pelatihan ketrampilan sosial, yaitu *modeling*, *reinforcement*, *shaping*, dan *behavioral assignment* (Sundel&Sundel, 2008).

Berdasarkan penelitian Valencia, et al, (2007, 2010) menunjukkan hasil bahwa pelatihan ketrampilan sosial dapat mengurangi simtom negatif pada individu dengan skizofrenia secara signifikan. Kemampuan untuk berinteraksi sosial diperlukan bagi penderita skizofrenia masa rehabilitasi untuk mengurangi simtom negatifnya. Hasil penelitian yang lain menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara keberfungsian secara sosial dengan simtom negatif pada individu dengan skizofrenia (Corcoran, et al, 2011; Veenu, 2007; Weinberg, et al, 2009).

Salah satu komunitas kesehatan mental yang peduli dengan pasien skizofrenia di Yogyakarta adalah Panti Sosial Bina Karya. Khusus bagi warga yang dinyatakan sudah membaik dan akan dipulangkan ke masyarakat juga belum ada pembekalan atau intervensi secara psikologis. Padahal mereka masih mempunyai simtom negatif. Menurut pekerja sosial banyak keluarga yang melaporkan kembali ke PSBK bahwa setelah sampai di rumah penderita tidak mau berinteraksi dengan lingkungannya dan akan mengurung diri. Kondisi ini seringkali menyebabkan kekambuhan lagi, dan kemudian dikembalikan ke rumah sakit atau ke PSBK lagi.

Dengan melihat adanya kebutuhan tersebut maka peneliti berupaya untuk melakukan penanganan terkait dengan permasalahan yang dialami oleh penderita skizofrenia masa rehabilitasi. Penanganan tersebut berkaitan dengan perlakuan dengan pendekatan secara psikososial. Hal ini sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa pendekatan secara psikososial akan dapat mempercepat kesembuhan pasien (Shean, G, 2009).

Pendekatan psikososial dapat dilakukan dengan cara memberikan pelatihan ketrampilan sosial kepada penderita skizofrenia di panti rehabilitasi.

Penelitian ini ditujukan untuk menjawab pertanyaan apakah pelatihan ketrampilan sosial efektif untuk meningkatkan ketrampilan sosial dan mengurangi simtom negatif bagi penderita masa rehabilitasi.

METODE

Subjek

Subjek dalam penelitian ini adalah penderita skizofrenia di Panti Rehabilitasi Skizofrenia. Kelompok eksperimen adalah penderita skizofrenia masa rehabilitasi di Panti Sosial Bina Karya Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta, sedangkan kelompok kontrol adalah penderita skizofrenia masa rehabilitasi di Yayasan Griya Pemulihan Siloam Yogyakarta.

Kriteria subjek penelitian adalah yaitu penderita skizofrenia masa rehabilitasi yang sudah dinyatakan membaik dan sudah siap dipulangkan, berjenis kelamin laki-laki, rentang usia 19 sampai 50 tahun (usia dewasa), pendidikan terakhir minimal Sekolah Menengah Pertama atau sederajat, dinyatakan dokter mempunyai kestabilan simtomatologi dan simtom positif tidak dominan, pada waktu asesmen memiliki skor BPRS sedang atau ringan, memahami instruksi sederhana dan mau diajak bekerjasama, masih aktif minum obat.

Desain Penelitian

Metode penelitian adalah Quasi-experimental dengan desain *The Untreated Control Group Design With Dependent Pretest and Posttest Samples* (Shadish, Cook, & Campbell, 2002).

Manipulasi Intervensi

Teknik-teknik yang digunakan dalam pelatihan mengacu dan memodifikasi dari tahapan pelatihan ketrampilan sosial pada penderita skizofrenia dari Bellack, et.al (2004). Pada setiap sesi pelaksanaan pelatihan akan dilakukan sebanyak 8 tahap yaitu :

1. Menetapkan dasar pemikiran mengenai ketrampilan yang akan dilakukan
2. Mendiskusikan tahap-tahap pemberian ketrampilan
3. Modelling ketrampilan yang dilakukan dengan cara bermain peran (role play) yang dilakukan oleh trainer dan co-trainer dan review bermain peran (role play) kepada peserta
4. Melibatkan peserta di dalam bermain peran

5. Memberikan *feedback* positif
6. Memberikan korektif *feedback*
7. Melibatkan peserta lain dalam permainan peran
8. Memberikan tugas rumah yang dievaluasi pada permulaan sesi berikutnya.

Adapun materi yang disampaikan selama pelatihan dapat dilihat pada tabel 3

Tabel 3.
Materi Pelatihan

Hari	Tema
Hari ke -1	Sesi 1: Merespon orang lain, Istirahat dan game Sesi 2: menyatakan permintaan dengan ekspresi yang sesuai
Hari ke -2	Sesi 1: Reviu Tugas hari ke-1 Istirahata dan game Sesi 2: Memulai percakapan dengan orang baru atau orang yang tidak dikenal
Hari ke-3	Sesi 1 : Reviu tugas rumah hari ke-2, Istirahat dan game Sesi 2 : Menjalin pertemanan
Hari ke-4	Sesi 1: Reviu tugas rumah hari ke-3 Reviu kegiatan dari hari ke-1 sampai ke-2 dan evaluasi Istirahat dan game penutup

Instrumen

Instrumen dalam penelitian ini adalah Skala Ketrampilan Sosial dan Skala Simtom Negatif yang digunakan merupakan adaptasi SANS (*Scale For The Assessment of Negative Symptoms*). Skala Ketrampilan Sosial disusun berdasarkan komponen ketrampilan sosial skizofrenia (Bellack, et.al, 2004) dan SANS diadaptasi dari Andreasen (1982) yang terdiri dari lima aspek yaitu *affective flattening or blunting*, *alogia*, *avolition-apathy*, *anhedonia-asociality*, *attention*. Masing-masing aspek oleh Andreasen dijadikan sub skala dan telah diuji konsistensi internalnya sebagai berikut: *affective flattening or blunting* ; 0,81, *alogia*; 0,83, *avolition-apathy*; 0,80, *anhedonia-asociality* ; 0,73, *attention* ; 0,84, (Costello, 1993).

Prosedur penelitian

1. Uji Validitas dan reliabilitas alat ukur penelitian

Skala Ketrampilan Sosial dan zs SANS diuji oleh professional judgment yaitu 1 psikolog, 1 psikiater dan 1 residen spesialis jiwa. Setelah melewati

uji tersebut maka ada perbaikan bahasa yang digunakan dan format respon.

Reliabilitas alat ukur dengan menggunakan rating Rating dilakukan oleh tiga rater, reliabilitas hasil rating merupakan konsistensi antarraters (*interrater reliability*) (Azwar, 1997).

2. Uji coba modul

Uji coba modul dilakukan untuk menguji modul pelatihan ketrampilan sosial apakah sudah bisa dipahami oleh subjek, mengukur durasi waktu yang dibutuhkan untuk setiap sesi pelatihan serta uji coba bagi trainer yang sudah dipilih.

3. Pemilihan dan pelatihan terhadap trainer dan ko-trainer

Trainer dan co trainer dalam penelitian ini adalah pekerja sosial dari PSBK. Kriteria trainer khusus yang lain dalam pelatihan ketrampilan sosial adalah (Bellack, et al, 2004), yaitu memiliki pengetahuan dasar tentang pendekatan perilaku, Memiliki pengetahuan tentang skizofrenia, mencakup gejala dan kendala akibat gangguan skizofrenia, Mampu mengajak peserta berlatih dan bermain peran, Memiliki pengetahuan berinteraksi dengan skizofrenia khususnya dalam setting kelompok, Mampu memberi umpan balik, mencakup aspek verbal, non verbal dan paralinguistik, Mampu mengendalikan permasalahan yang mungkin timbul dalam situasi dengan skizofrenia.

3. Observer

Syarat menjadi observer yakni mahasiswa magister profesi psikologi bidang klinis yang pernah mengikuti mata kuliah observasi dan pernah melakukan praktek kerja profesi di Rumah Sakit Jiwa .

4. Pelaksanaan penelitian

- a. Memberikan *Informed- consent* kepada bagian kepala rehabilitasi PSBK
- b. Peneliti memilih partisipan yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan.
- c. Pre-test untuk SANS dilakukan oleh tiga rater. Masing-masing rater melakukan observasi kepada masing-masing subjek penelitian. Dari ketiga rater maka diambil data dari rater yang konsisten. Pre test dilakukan pada tanggal 13 Oktober 2011. Hasil pre test dari tiga rater mendapatkan nilai konsistensi $r_{xx'} = 0.76$. Rater yang dipakai adalah 1 psikiater dan 2 residen spesialis jiwa semester akhir.

Sedangkan untuk ketrampilan sosial diambil dari dua orang rater yang mempunyai konsistensi tinggi yaitu 0.87. Dua rater tersebut adalah perawat dari Panti Sosial Bina Karya.

d. Intervensi berupa pelatihan ketrampilan sosial, dengan perincian proses sebagai berikut:

- 1) Intervensi dilakukan secara berkelompok dan dilakukan sebanyak 4 kali pertemuan. Masing-masing pertemuan dibagi menjadi dua sesi.
- 2) Waktu intervensi dilakukan antara jam 09.00 sampai jam 12.00. Hal ini dilakukan sesuai dengan ijin dari pihak panti dan waktu tersebut dipastikan bahwa subjek sudah minum obat.
- 3) Jarak antar pertemuan diberikan jeda satu hari kecuali pertemuan terakhir karena pertemuan ketiga dianggap tugas rumah yang lebih berat.
- 4) Penentuan tersebut dilakukan berdasarkan *try out* modul. Hasil *try out* yaitu bahwa subjek sudah dapat memahami dan mampu mengerjakan tugas jika diberikan selang satu hari. Khusus pertemuan terakhir berselang 4 hari, hal ini tidak sesuai dengan rencana awal yang seharusnya berselang 3 hari karena kondisi lapangan dan di panti ada kegiatan yang tidak boleh diganggu. Intervensi dilakukan pada tanggal 15 Oktober 2011, 17 Oktober 2011, 19 Oktober 2011 dan 24 Oktober 2011.

e. Selanjutnya data post-test juga diperoleh dari rater yang konsisten (konsistensi antar-rater). Setelah dilakukan post-test maka akan dilakukan *follow-up* setelah berselang dua minggu dari post test.

Analisis Data

Analisis data dilakukan secara kuantitatif, yaitu uji data dengan *Mann-Whitney U test (U test)*. *Mann-Whitney U test (U test)* merupakan analisis data dengan menggunakan uji non parametrik untuk melihat perbedaan dari dua kelompok (Santoso, 2003). Selain kuantitatif juga dilakukan analisis secara kualitatif untuk melihat perubahan masing-masing subjek selama proses pelatihan.

Hasil Penelitian

Deskripsi Sampel

Subjek penelitian ini berjumlah 16 orang dan berjenis kelamin laki-laki. Delapan subjek sebagai kelompok eksperimen dan 8 subjek sebagai kelompok kontrol. Semua partisipan dapat mengikuti semua kegiatan yaitu pelatihan ketrampilan sosial sebanyak empat kali pertemuan dan pengukuran sebanyak tiga kali (*pretest*, *posttest* dan *follow-up*).

Pada baseline (*pre test*) antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol merupakan dua kelompok yang setara. Hal ini ditunjukkan dari hasil analisis uji *Mann-Whitney U test (U test)* menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Tabel 4.

Hasil *Mann-Whitney U test* pada saat *pretest* antara kelompok eksperimen dan kontrol

Perhitungan	Z	Signfikansi (p)	Keterangan
Perbedaan eksperimen Dan kontrol	-0.631	0.528	Signifikan ($p > 0,05$)

Pengaruh Pelatihan Ketrampilan Sosial terhadap Ketrampilan Sosial

Skor ketrampilan sosial didapat dari rata-rata skor dua orang rater yang dianggap mempunyai konsistensi tinggi. Dua orang rater adalah perawat dari Panti Sosial Bina Karya yang telah mendapat pembekalan dari peneliti. Pengambilan data dilakukan sebanyak tiga kali yaitu *pretest*, *posttest* dan *follow up*.

Efektivitas pelatihan ketrampilan sosial terhadap peningkatan ketrampilan sosial dianalisis dengan uji *Mann-Whitney U test (U test)*. Berdasarkan uji tersebut dihasilkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Hasil nilai Uji Mann-Whitney dapat dilihat pada tabel 5.

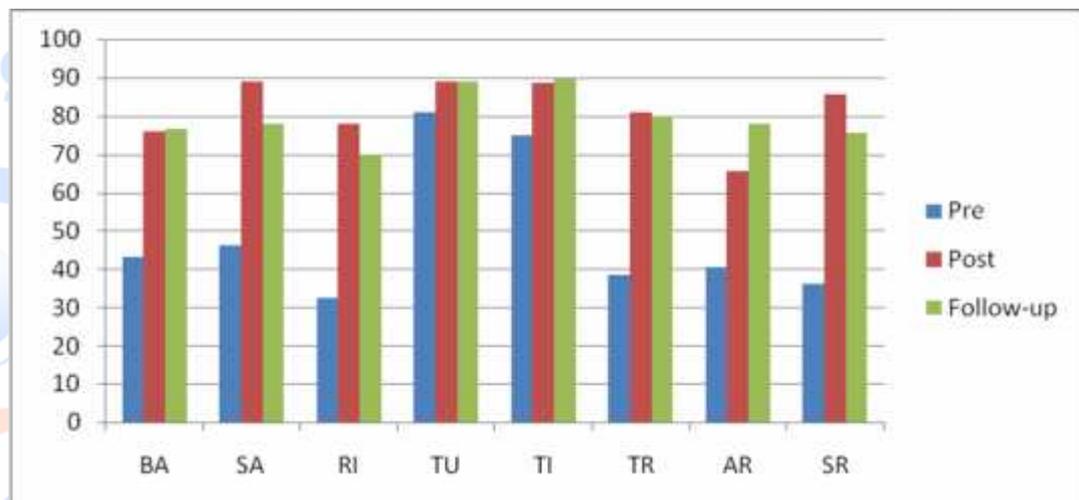
Tabel 5. Hasil *Mann-Whitney U test gain score* pada kelompok eksperimen dan kontrol

Perhitungan (kel. Kontrol-Kel. Eksperimen)	Z	Signfikansi (p)	Keterangan
<i>Gain score (posttest-pretest)</i>	-2.312	0.021	Signifikan $p < 0.05$

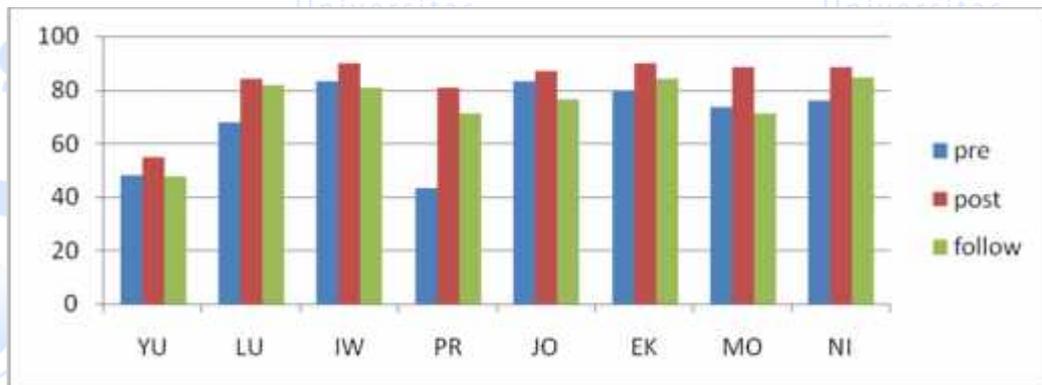
Berdasarkan uji Mann-Whitney di atas menunjukkan bahwa skor ketrampilan sosial antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol terdapat perbedaan yang signifikan. Hasil tersebut mengindikasikan bahwa pelatihan ketrampilan sosial dapat meningkatkan ketrampilan sosial. Hal ini ditunjukkan dengan perubahan rata-rata skor ketrampilan sosial pada kelompok eksperimen cenderung lebih tinggi jika dibandingkan dengan kelompok kontrol. Tabel 9 menunjukkan kenaikan skor antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Tabel 6. Perbedaan rata-rata skor ketrampilan sosial kelompok eksperimen dan kontrol

Kelompok	Skor <i>Pretest</i>	Skor <i>Posttest</i>	Kenaikan skor
Eksperimen	49.06	81.6	32.5
Kontrol	69.36	83	13.64



Gambar 1. Perubahan Skor Ketrampilan Sosial Kelompok Eksperimen

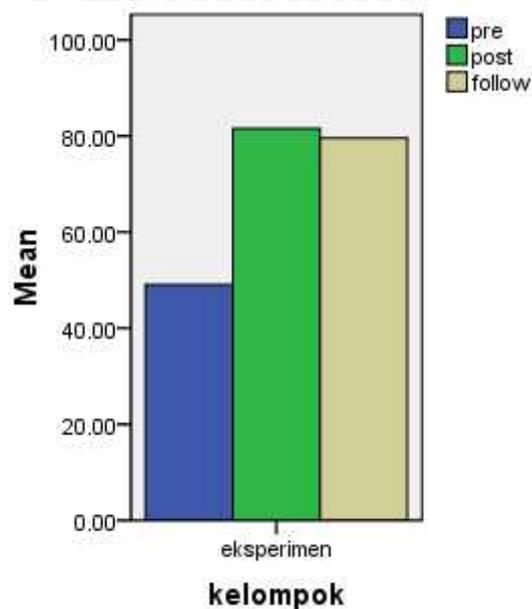


Gambar 2. Perubahan Skor Ketrampilan Sosial Kelompok Kontrol

Gambar di atas menunjukkan perubahan skor ketrampilan sosial pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol. Hasil tersebut nampak bahwa kelompok eksperimen dan kelompok kontrol mengalami kenaikan skor ketrampilan sosial. Namun pada kelompok eksperimen perubahan skor cenderung lebih tinggi dan mampu bertahan sampai pada pengukuran *follow up*, seperti pada tabel 9.

Tabel 7. Hasil *Mann-Whitney U test* skor post test dan skor follow up pada kelompok eksperimen

Perhitungan	Z	Signifikansi (p)	Keterangan
Beda posttest dan follow up	-0.528	0.597	Tidak Signifikan (p>0.05)



Gambar 3. Kenaikan skor rata-rata ketrampilan sosial pada kelompok eksperimen

Pengaruh Pelatihan Ketrampilan Sosial terhadap Simtom Negatif

Analisis statistik yang digunakan adalah menggunakan uji *Mann-Whitney U test (U test)* menunjukkan bahwa gain skor simtom negatif berbeda secara signifikan ($p < 0.05$) antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol.

Tabel 8.

Hasil *Mann-Whitney U test gain score* pada kelompok eksperimen dan kontrol

Perhitungan (kel. Kontrol-Kel. Eksperimen)	Z	Signifikansi (p)	Keterangan
<i>Gain score (posttest-pretest)</i>	-2.100	0.036	Signifikan ($p < 0,05$)

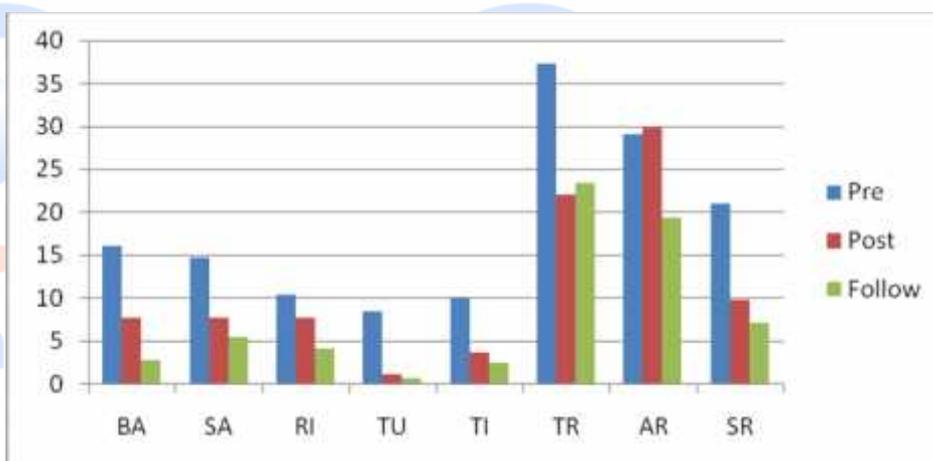
Analisis juga dilakukan untuk melihat apakah pelatihan ketrampilan sosial dapat bertahan sampai pada tahap *follow up*, untuk mengetahui hal ini dilakukan uji beda antara skor posttest dan skor *follow up* pada kelompok eksperimen. Hasil uji statistik dengan Mann-Whitney menunjukkan bahwa $p > 0.05$

Tabel 9.

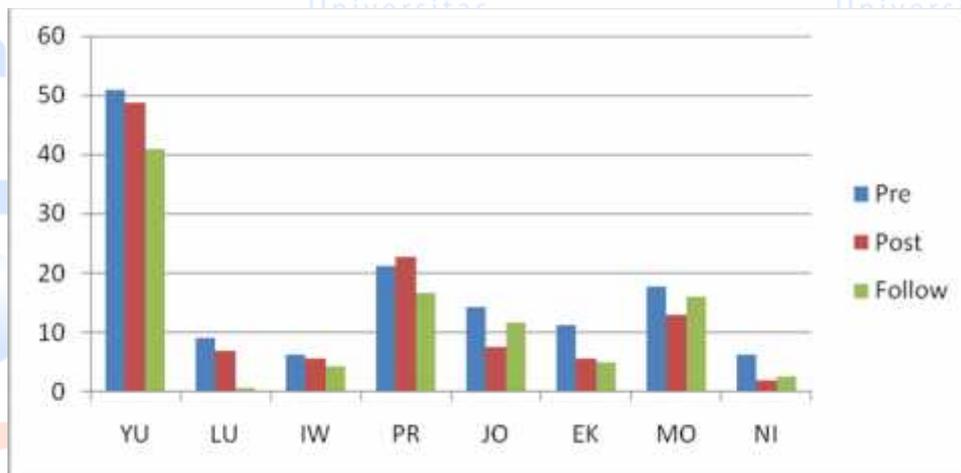
Hasil *Mann-Whitney U test* skor post test dan skor *follow up* pada kelompok eksperimen

Perhitungan	Z	Signifikansi (p)	Keterangan
Beda posttest dan follow up	-1.159	0.247	Signifikan ($p > 0,05$)

Perubahan skor masing-masing subjek pada kelompok eksperimen dan kelompok kontrol terdapat pada gambar 2. dan gambar 3.



Gambar 4. Perubahan Skor Simtom Negatif Kelompok Eksperimen



Gambar 5. Perubahan Skor Simtom Negatif Kelompok Kontrol

Tabel 10.

Perbedaan rata-rata skor simtom negatif kelompok eksperimen dan kontrol

Kelompok	Skor <i>Pretest</i>	Skor <i>Postest</i>	Penurunan skor
Eksperimen	18.33	11.16	7.17
Kontrol	17.16	14.04	3.12

Analisa Kualitatif

Analisa kualitatif dilakukan untuk menjelaskan proses di dalam kelompok sehingga terjadi perubahan pada masing-masing subjek. Sumber analisa kualitatif berasal dari skor SANS, hasil observasi secara langsung dan rekaman video selama proses pelatihan, hasil wawancara dengan perawat dan pekerja sosial, serta laporan dari pengamatan teman.

Secara umum proses pelatihan dapat berjalan dengan lancar. Partisipan yang telah dipilih dapat bekerjasama dan bersedia mengikuti semua proses dari awal sampai akhir pelatihan. Pada pertemuan pertama partisipan masih bertanya-tanya tentang kegiatan yang akan dilakukan. Sesi selanjutnya nampak peserta bersemangat dalam mengikuti pelatihan dan mengikuti instruksi trainer. Peneliti pada saat meminta partisipan untuk mengikuti pelatihan tidak dinyatakan secara eksplisit. Hal ini dikarenakan bahwa sebagian besar tidak memahami konsep pelatihan atau penelitian. *Inform consent* diberikan kepada kepala bagian rehabilitasi sosial di PSBK.

Pada awal sesi peserta enggan untuk maju ke depan untuk melakukan *role play*. Setelah diberikan motivasi oleh trainer dan melihat temannya ada yang bersedia maju untuk *role play* maka peserta yang lain akhirnya bersedia untuk

melakukan *role play*. Pekerjaan rumah yang diberikan oleh trainer di setiap akhir pertemuan selalu dikerjakan oleh semua peserta. Jika ada peserta yang tidak bisa mengerjakannya maka akan bertanya ke teman yang lain sesuai dengan instruksi dari trainer. Berdasarkan laporan dari beberapa peserta yaitu SA dan RI semua peserta bekerja secara berkelompok untuk mengerjakan tugas yang diberikan. Kondisi ini akan memacu peserta dan memudahkan dalam berinteraksi sehingga akan memperlancar komunikasi di antara mereka. Padahal kondisi sebelumnya mereka jarang berkomunikasi satu sama lain walaupun satu kamar.

Trainer dalam pelatihan ini adalah pekerja sosial di PSBK yang mengajar tentang kesehatan jiwa. Oleh karena itu trainer sudah mengenal masing-masing peserta. Hal ini menyebabkan trainer lebih mudah berkomunikasi dengan peserta sehingga dapat menciptakan suasana pembelajaran yang nyaman. Trainer sudah biasa mengajar di PSBK sehingga merasa tidak canggung untuk berinteraksi dengan orang dengan skizofrenia. Materi dan metode yang dilakukan sesuai dengan modul yang dibuat oleh peneliti. Hasil catatan dari para observer selama pelatihan, trainer dapat menyampaikan materi dengan baik. Tahap-tahap dan proses yang disampaikan selama pelatihan dapat dilaksanakan sesuai dengan modul. Trainer telah berpengalaman sebagai pengajar kesehatan jiwa di panti selain sudah mengenal dengan baik juga mampu menciptakan suasana yang hangat dan mempunyai sikap sabar dalam menghadapi peserta. Berdasarkan hasil pengamatan melalui rekaman video dan catatan observer, kadang-kadang trainer tidak memberikan *feedback* positif kepada peserta yang telah menunjukkan perubahan dan telah menjalankan ketrampilan sesuai yang diajarkan.

Pelatihan ini melibatkan dua trainer yaitu trainer dan yang satu co-trainer. Hasil dari catatan para observer, co-trainer dapat melakukan tugasnya dengan baik. Co-trainer membantu trainer melakukan *role play* untuk memberikan contoh kepada peserta tentang ketrampilan sosial baru yang akan diajarkan. Selain itu, co-trainer bersama trainer meminta peserta untuk melakukan *role play* dan mengingatkan jika ada peserta yang kurang memperhatikan proses pelatihan. Catatan beberapa observer bahwa co-trainer kurang berkomunikasi dengan trainer. Hal ini disebabkan oleh co trainer terlalu

fokus pada peserta sedangkan semua pelaksanaan pelatihan didominasi oleh trainer, co-trainer hanya sebagai pendamping sesuai dengan konsep pelatihan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir semua peserta mengalami penurunan skor simtom negatif setelah diberikan pelatihan ketrampilan sosial. Semua proses pelatihan dapat diikuti dengan baik dan peserta nampak serius mengikuti. Pada sesi 1, pertemuan pertama peserta TU dan TI pertama kali untuk melakukan *role play*. Demikian seterusnya *role play* diikuti oleh peserta yang lain. Pada sesi pertama peserta TR tidak bersedia untuk maju namun setelah dimotivasi oleh trainer, co-trainer dan peserta yang lain maka dia bersedia untuk maju. Pada pertemuan pertama TR belum banyak bicara hanya menanyakan kegiatan temannya dan belum banyak ide yang muncul, hanya meneriakkan “yel” yang diajarkan dalam pelatihan. Pada pertemuan selanjutnya TR mengalami peningkatan jumlah kalimat yang bisa diungkapkan. RI yang pada awal pertemuan terlalu banyak bicara yang tidak terarah maka di akhir pertemuan bisa mengungkapkan kalimat dengan struktur yang bisa dipahami lawan bicara. SA di sesi pertama hanya mengungkapkan ide dalam percakapan yang sangat sedikit sekali dengan suara pelan namun setelah beberapa kali melakukan *role play* dapat mengungkapkan ide di dalam percakapan lebih banyak dan suaranya mulai jelas. Perubahan BA setelah diberikan pelatihan yaitu ekspresi saat menyatakan permintaan kepada orang lain. Hasil observasi selama proses pelatihan yaitu pada awal BA sering tersenyum saat mengungkapkan pernyataan dan ekspresinya tidak sesuai. Namun setelah di akhir pelatihan BA sudah dapat menunjukkan ekspresi yang sesuai tidak tersenyum terus dan waktu respon lebih cepat namun suara masih cenderung pelan. Sedangkan perubahan pada SR yaitu pada awal menunjukkan afek yang cenderung datar dan sesi selanjutnya dapat menunjukkan ekspresi yang sesuai dan bisa menyampaikan pernyataan dengan baik.

TU dan TI termasuk peserta yang cukup aktif selama proses pelatihan. Mulai sesi awal sampai akhir TU bersedia maju ke depan tanpa harus dipaksa oleh trainer. Jika diminta memberi komentar temannya TU dapat memberikan komentar dengan tepat. Dia juga mempraktekkan proses pembelajaran ketrampilan di dalam aktivitasnya selama di bangsal. Hasil observasi peneliti TU sering menyendiri dan tidak banyak melakukan percakapan baik dengan temannya maupun dengan warga lain di PSBK. Namun setelah pelatihan TU

berani bertanya kepada kepala pengelola rehabilitasi dan melakukan percakapan dengan warga lain. Selain itu menurut pengamatan trainer dan juga sebagai pekerja sosial di PSBK, TU menjadi berani untuk mengungkapkan pendapat selama di kelas dan berani untuk “curhat”. Perubahan yang terjadi pada TI adalah sebelum pelatihan TI jarang berbicara walaupun dengan teman satu kamarnya di bangsal. Ia hanya diam dan sambil merokok. Hasil rekaman video dan observasi dari peneliti setelah pelatihan TI mau berbicara dengan temannya dan bahkan mau berbicara dan bercanda dengan teman lainnya yang beda kamar.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada satu peserta yaitu AR tidak mengalami penurunan skor simtom negatif setelah dilakukan penelitian. Hal ini dapat dijelaskan bahwa peserta AR selama proses pelatihan terlihat kurang memperhatikan trainer, sering protes jika disuruh untuk *roleplay*. Namun sesekali dia mau setelah semuanya maju. Pada hari terakhir AR terlihat tidak konsentrasi karena sakit batuk sehingga susah untuk bicara. Hal ini menyebabkan dia tidak bisa berkomentar kepada teman-temannya. Berdasarkan pengamatan ada beberapa hal yang terjadi pada AR selama proses pelatihan dan setelah pelatihan. Ekspresi wajah AR sudah bisa berubah. Pada awalnya jika bertemu dengan orang lain dia selalu berekspresi marah namun kemudian dia bisa tersenyum.

Pekerjaan rumah yang diberikan dikerjakan dengan baik oleh semua peserta, mereka saling bekerja sama satu sama lain. Peserta yang sudah bisa mengajari temannya yang kurang mampu. Kondisi ini membantu peserta untuk bergerak dan tidak berdiam diri. Mulai dari belajar untuk mempraktekkan merespon orang lain, menyatakan permintaan dengan ekspresi yang tepat, berkenalan dengan orang baru dan menjalin pertemanan. Semua ketrampilan yang diajarkan selama proses pelatihan dipraktekkan di bangsal. Hanya AR yang tidak mau bergaul dengan teman-temannya, dia selalu menyendiri.

Pada sesi *follow up*, banyak terjadi perubahan pada diri subjek yang mengikuti pelatihan. Berdasarkan pengamatan peneliti subjek yang mengikuti pelatihan yang sebelumnya selalu menyendiri dan tidak pernah peduli dengan temannya, mereka berubah mau bergaul dan berdiskusi dengan temannya. Namun AR tetap menyendiri, dia tidak melaksanakan kegiatan di bangsal seperti teman yang lain. Menurut teman satu bangsal TR sudah banyak mengalami

perubahan dia mulai berani mengungkapkan kata-kata, berani protes dan berani untuk bercerita di depan kelas. Sedangkan RI sudah tidak banyak bicara yang tidak terarah, selama di bangsal jika dia banyak bicara yang terlalu panjang teman-temannya menghentikan dengan “stop” seperti yang diajarkan di pelatihan. AR masih menyendiri namun dia mau menyapa peneliti dan perawat dengan senyum tidak ekspresi marah terus.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di dalam kelompok kontrol juga mengalami penurunan skor simtom negatif. Kondisi ini disebabkan oleh kelompok kontrol dan kelompok eksperimen mendapatkan perlakuan yang berbeda dari pengasuhnya. Di kelompok kontrol pengasuhnya tinggal satu rumah dengan subjek dan bermalam bersama subjek sedangkan di kelompok eksperimen pengasuh hanya sampai sore saja. Jika ada pramuruti tidak tinggal bersama subjek. Kondisi ini menunjukkan bahwa kelompok kontrol mendapatkan perhatian yang lebih dan dapat terkontrol perilakunya secara intensif. Misalnya jika ada yang melamun, menyendiri dan tidak mau melakukan tugas piket maka segera ditegur oleh pengasuh. Sedangkan di dalam kelompok eksperimen subjek kurang mendapat perlakuan yang intensif jika ada yang menyendiri, dan tidak mau melaksanakan tugas piket dibiarkan saja. Pengasuh di kelompok kontrol seringkali mengajak subjek ke tempat-tempat umum, misalnya diajak untuk belanja ke pasar. Selain itu juga diperkenalkan ke warga masyarakat. Kelompok kontrol setiap hari ada terapi spiritualitas dan wajib diikuti oleh semua subjek. Beberapa perbedaan ini yang menyebabkan kelompok kontrol dapat berkurang simtom negatifnya, walaupun pengurangannya tidak sebanyak di kelompok eksperimen

Diskusi

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa pelatihan ketrampilan sosial secara signifikan dapat menaikkan ketrampilan sosial dan menurunkan simtom negatif pada skizofrenia. Pada hipotesis pertama yaitu pelatihan ketrampilan sosial dapat meningkatkan ketrampilan sosial pada penderita skizofrenia dapat diterima. Hasil ini ditunjukkan dengan hasil dari uji Mann-Whitney yaitu nilai $Z = -2.312$ dengan taraf signifikansi (p) 0.021 ($p < 0.05$). Pada hipotesis kedua analisis data dengan menggunakan uji Mann-Whitney menunjukkan hasil bahwa

nilai $Z = -2.100$ dengan taraf signifikansi (p) 0.036 ($p < 0.05$). Hasil ini mendukung hipotesis bahwa pelatihan ketrampilan sosial dapat menurunkan simtom negatif.

Efektivitas dari intervensi berupa pelatihan ketrampilan sosial di dalam penelitian ini adalah subjek pelatihan dapat menurunkan simtom negatif. Secara umum dapat dilihat dari perubahan nilai GAF (Global Assessment of Functioning). Pada kelompok eksperimen perubahan subjek dari rentang nilai GAF 41-50 berubah ke 51-60 dan dari rentang 51-60 ke 61-70. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar perubahan terjadi hanya pada rentang yang sama dan ada dua subjek yang berubah dari rentang 51-60 ke 61-70.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pelatihan ketrampilan sosial dapat meningkatkan ketrampilan sosial yaitu mampu merespon orang lain, menyatakan permintaan dengan ekspresi yang tepat, memulai percakapan dengan orang lain serta mampu menjalin pertemanan. Hasil ini memperkuat hasil penelitian sebelumnya bahwa ketrampilan sosial dapat meningkatkan keberfungsian sosial pada individu dengan skizofrenia (Valencia, et al, 2007, 2010). Selain itu dalam penelitian ini juga menunjukkan hasil bahwa subjek di kelompok eksperimen mengalami penurunan simtom negatif yang lebih banyak dibanding kelompok kontrol. Hasil ini dapat diketahui dari rata-rata perubahan yang terjadi dari kedua kelompok. Rata-rata penurunan skor simtom negatif pada kelompok eksperimen sebesar 7.17 dan kelompok kontrol sebesar 3.12. Hasil penelitian ini memperkuat hasil penelitian Valencia, et.al (2007, 2010) dan Deveci, et al (2008) yang menunjukkan hasil bahwa kelompok yang mendapat pelatihan ketrampilan sosial terjadi penurunan simtom negatif yang lebih banyak dibanding dengan kelompok yang tidak mendapat pelatihan.

Pelatihan ketrampilan sosial dapat menurunkan simtom negatif pada penderita skizofrenia. Pelatihan ini merupakan bentuk modifikasi perilaku yang mengacu pada teori belajar sosial (Bellack, 2004). Teori ini didasarkan pada lima prinsip yaitu *modeling*, *reinforcement*, *shaping*, *overlearning*, dan *generalization*.

Sesuai dengan modul yang dibuat dalam pelatihan ini *modeling* pertama kali dilakukan oleh trainer dan co-trainer dan diikuti oleh peserta untuk ikut melakukan *role play*. *Reinforcement* dilakukan dengan memberikan *feedback positif* kepada perilaku yang baik kepada peserta dan *corrective feedback* jika perilaku yang ditunjukkan kurang benar. *Shaping* diberikan oleh trainer berupa *reinforcement* dan dukungan yang diberikan oleh teman yang lain terhadap

perubahan-perubahan yang terjadi pada setiap individu.. *Overlearning* dilakukan dengan cara melakukan *role play* yang berulang-ulang dan dilakukan juga di luar pelatihan. *Generalization* peserta dapat mengaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari, ketrampilan yang sudah diajarkan diaplikasikan dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini bisa terlihat dalam sesi *follow up*, peserta mampu melakukannya sendiri dalam aktivitas selama di bangsal sesuai dengan apa yang telah diajarkan dalam pelatihan.

Perubahan yang terjadi pada kelompok kontrol dalam penelitian ini dapat dijelaskan bahwa kondisi lingkungan yang sangat mendukung. Diantaranya adalah banyaknya aktivitas yang sudah terjadwal dengan tertib misalnya piket, terapi religiusitas dan perhatian yang penuh dari pihak pengasuh. Kondisi ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang menunjukkan hasil bahwa kondisi spiritualitas seseorang berhubungan secara signifikan dengan keberfungsian sosial dan simtom negatif pada pasien skizofrenia (Revheim, et.al 2010). Sebaliknya pada kelompok eksperimen ada perlakuan namun tidak seketat yang diberikan di dalam kelompok kontrol. Perhatian dari pihak pengasuh dalam kelompok kontrol untuk memberikan perlakuan yang terkait dengan peningkatan spiritualitas penderita skizofrenia akan dapat meningkatkan kesejahteraan psikologisnya. Kesejahteraan psikologis pada penderita skizofrenia akan dapat dicapai dengan peningkatan religiusitas dan seharusnya hal ini diperhatikan oleh pengasuhnya (Cohen, et al. 2010; Huguelet, et al, 2006).

Peran trainer dan co trainer merupakan aspek penting tentang keberhasilan penelitian ini. Baik trainer dan co trainer adalah pekerja sosial di PSBK yang telah mendapat pembekalan dari peneliti dan sudah melakukan uji coba dengan pasien skozofrenia dengan karakter yang mirip dengan subjek penelitian. Masing-masing trainer dan co trainer sudah mengenal semua peserta, hal ini memudahkan untuk pengambilan raport sehingga tidak merasa canggung untuk berinteraksi dengan peserta. Selain itu trainer dapat melaksanakan semua alur proses dalam pelatihan seperti di dalam modul. Kemudian trainer juga dapat melihat bahasa nonverbal peserta, misalnya kalau sudah lelah atau malas maka trainer segera memberikan game atau berteriak "yel-yel" secara bersama-sama. Trainer yang dibutuhkan dalam pelatihan ini yaitu bersedia bekerja dengan pasien psikiatrik, dengan karakter mampu bersikap hangat, empati,

bersemangat, fleksibel, memiliki ketrampilan sosial yang baik, mau mendengarkan orang dan mempunyai kemampuan untuk memberikan reinforcement. Trainer merupakan tenaga pengajar kesehatan jiwa di PSBK, hal ini akan membantu mempermudah transfer dari perilaku yang diharapkan. Menurut Bellack, et.al (2004) trainer yang dibutuhkan untuk tercapainya tujuan pelatihan adalah individu yang mampu berperan seperti guru atau pengajar bukan sebagai psikoterapi.

Rater dalam penelitian ini merupakan seorang profesional yang menguasai tentang pasien dengan skizofrenia, yaitu psikiater dan residen spesialis jiwa. Hal ini menyebabkan data yang didapat dapat dipercaya dan semua telah diuji mengenai konsistensi antar rater. Sebelum dilakukan pengambilan data dilakukan penyamaan persepsi tentang alat ukur yang akan dipakai. Sedangkan alat ukur juga telah diuji validitas dengan *professional judgment* yaitu 1 psikolog, 1 psikiater dan 1 residen sehingga telah mengalami modifikasi dan beberapa perubahan dari alat ukur yang asli yang disesuaikan dengan kondisi subjek penelitian.

Penelitian ini tidak menggolongkan jenis skizofrenia tertentu karena keterbatasan kondisi di lapangan tidak dapat melakukan pengamatan dalam kurun waktu tertentu. Oleh karena itu pengambilan sampel adalah semua jenis skizofrenia pada masa rehabilitasi. Pada masa rehabilitasi penderitanya membutuhkan pelatihan ketrampilan sosial untuk mempercepat pemulihan dan dapat berfungsi secara sosial untuk kembali ke masyarakat. Namun permasalahan yang terjadi keluarga penderita kadang kurang bisa menerima kembali sehingga hal ini juga merupakan salah satu penghambat proses untuk penderita melakukan proses pemulihan.

Beberapa keterbatasan dalam penelitian ini adalah 1) kondisi lingkungan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol tidak bisa sama. Beberapa perlakuan yang diberikan di dalam kelompok eksperimen adalah terapi kerja, pembelajaran mengenai kesehatan jiwa, pemeriksaan dokter. Namun hal itu dilaksanakan hanya satu minggu sekali dan kurang ada perhatian dari pengasuhnya. Sementara di kelompok kontrol ada terapi kerja, jadwal piket yang sudah terstruktur serta terapi religiusitas yang dilakukan setiap hari. Semua kegiatan tersebut selalu mendapatkan bimbingan dan perhatian dari pengasuh 2) Waktu pengambilan data post test di dalam kelompok kontrol tidak bisa tepat

waktu seperti pada kelompok eksperimen karena kondisi kesibukan rater. Jika kelompok eksperimen pengambilan data post test jeda selama dua minggu setelah pre test maka kelompok kontrol berjeda dua minggu lebih dan pengambilan data antar rater tidak dalam hari yang bersamaan 3) Konsistensi antar rater pada skala simtom negatif adalah 0,76 sehingga menunjukkan 24% terjadi eror pengukuran.

Kesimpulan dan Saran

Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis data dan pembahasan yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Pelatihan ketrampilan sosial efektif untuk menurunkan simtom negatif pada penderita skizofrenia masa rehabilitasi.
2. Pelatihan yang dilakukan dengan cara kelompok dapat memotivasi peserta untuk mau belajar ketrampilan baru
3. Skizofrenia pada masa rehabilitasi memerlukan ketrampilan sosial agar dapat mempermudah pemulihan kembali dan mau bergaul dengan masyarakat

Saran

Saran peneliti berdasarkan hasil penelitian ini antara lain:

1. Penelitian selanjutnya
Menggunakan rater yang bisa dipastikan waktunya sesuai dengan jadwal penelitian
2. Pihak Panti Rehabilitasi
Modul pelatihan ketrampilan sosial ini dapat diterapkan di panti untuk menangani pasien skizofrenia masa rehabilitasi
3. Psikolog
Modul ini dapat menjadi salah satu alternatif untuk memberikan intervensi kepada pasien skizofrenia masa rehabilitasi

DAFTAR PUSTAKA

Andreasen, N.C. (2011, Mei 8). Re: SANS (Scale for the assessment of negative symptoms). Retrieved from www.yahoo.com

Azwar, S. (1997). Reliability and validity. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Badri, S.E. & Mellsop, G. (2007). Stigma and quality of life as experienced by people with mental illness. *Australasian Psychiatry*, 15(3), 195-200. doi: 10.1080/10398560701320089

Bellack, A.S. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, (4), 375-391.

Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia, A Step-by-Step Guide*. New York: A Division of Guilford Publications, Inc.

Bradshaw, W., Armour, M.P & Roseborough, D. (2007). Finding a place in the world the *experience* of recovery from severe mental illness. *Qualitative Social Work* 6(1): 27–47. doi:10.1177/1473325007074164

Chaplin, J.P. (2000). Dictionary of psychology. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Cohen, C.I., Jimenez, C., & Mittal, S. (2010). The role of religion in the well-being of older adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 61 (9), 917-922.

Corcoran, C.M., Kimhy, D., Escobar, P., Cressman, V.L., Stanford, A.D., Thompson, J., David, S.B., Crumbley, A., Schobel, S., & Malaspina, D. (2011). The relationship of social function to depressive and negative symptoms in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychological Medicine*, 41, 251–261. doi:10.1017/S0033291710000802

Corrigan, P.W., Lurie, B.D., Goldman, H.H., Slopen, N., Medasani, K., Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatric Services*, 56(5). Retrieved from <http://ps.psychiatryonline.org>

Deveci, A., Danaci, A.A., Sever, F.Y., Deniz, F., & Yuksel, G. (2008). The Effects of Psychosocial Skills Training on Symptomatology, Insight, Quality of Life, and Suicide Probability in Schizophrenia. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3).

Huguelet, P., Mohr, S., Borrás, L., Gillieron, C., & Brandt, P.Y. (2006). Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric Services*, 57 (3), 366-372.

Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglith, R.F, Hayward, P &Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 17(5), 482-49. doi: 10.1080/09638230701506283

Kopelowicz, A, Liberman, R.P.& Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(81). doi:10.1093/schbul/sbl023

Malakouti, S.K., Nojomi, M., Panaghi, L., Chimeh, N.,Mottaghypour, Y., Joghatai, M.T., Noorbala, A.A.,& Bolhari, J. (2009). Case-management for patients with schizophrenia in Iran: A comparative study of the clinical outcomes of mental healthworkers and consumers family members as case managers. *Community Mental Health*, 45:447–452. doi:10.1007/s10597-009-9197-4

Macomber, J.L. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association, sixth edition*. Washington, DC: American Psychological Association.

Maslim, R. (Ed). (2003). Book of mental illness diagnose. Jakarta:PT Nuh Jaya.

Miltenberger, R.G. (2004). *Behavior modification, principles and procedures, third edition*. New York: Wadworth, a division of Thomson Learning, Inc.

Moos, R.H & Yanos, P.T. (2007). Determinant of functioning and well-being among individuals with schizophrenia: An integrated model. *Clinical Psychology Review*, 27, 58-77. doi:10.1016/j.cpr.2005.12.008

Moses, T. (2009). Stigma and self-concept among adolescents receiving mental health treatment. *American Journal of Orthopschiatry*, 79,(2), 261-274. doi: 10.1037/a0015696

Mueser, K.T& McGurk, S.R. (2004). Schizophrenia. *The lancet*, 363 (19), Retrieved from www.thelancet.com

Mueser, K.T.& Jeste, D.V. (2008). *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: A Division of Guilford Publications, Inc.

North, S.W., Schultz, S.H., & Shield, C.G. (2007). *Schizophrenia*. Retrieved from www.aafp.org/afp

Peer, J.E., Kupper, Z., Long, J.D., Brekke, J.S., Spaulding, W.D. (2007). Identifying mechanisms of treatment effects and recovery in rehabilitation of schizophrenia: Longitudinal analytic methods. *Clinical Psychology Review* 27 (2007) 696–714. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.004

Perla, W., Aviv, A., & Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatric Association*, 20(1), 174–187. doi : 10.1017/S1041610207005340

Revheim, N., Greenberg, W.M., & Citrome, L. (2010). Spirituality, Schizophrenia, and State Hospitals: Program Description and Characteristics of Self-Selected Attendees of a Spirituality Therapeutic Group. *Psychiatric Research*, 81:285–292. DOI 10.1007/s11126-010-9137-z

Samsara, A. (2011). Schizophrenia Blog skizofrenia, give meaningfull to schizophrenia patients. Retrieved from <http://skizo-friend.blogspot.com>

Schon, U.K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social relationship as a decisive factor In recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 336-347. doi: 10.1177/0020764008093686

Shadish, W.R., Cook, T.D., & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental design for generalized inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Shean, G. (2009). Evidence-based psychosocial practices and recovery from schizophrenia. *Academic Research Library*, 72(4), 307.

Stefan, M., Travis, M., & Murray, R.M. (2002). *The Encyclopedia of visual medicine series, An atlas of schizophthenia*. New York: A Crc Press Company.

Sundel, M& Sundel, S.S. 2008. *Behavior change in the human services*. California: Sage Publications.

Tipper, W., Mountain., B, Lorimer., S & Mcintos, A. (2006). Support workers attitudes to mental illness: implications for reducing stigma. *Psychiatric Bulletin*, 30, 179-181.

Trihendradi, C. (2008). Step by step SPSS 16 Analysis of data statistical. Yogyakarta: Andi Offset.

Valencia, M., Rascon, M.L., Juarez, F., & Murow, E. (2007). Psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 37, 1393–1402. doi:10.1017/S0033291707000657

Valencia, M., Rascon, M.L., Juarez, F., Raul Escamilla, R., Saracco, R., & Liberman, R.P. (2010). Application in Mexico of psychosocial rehabilitation with schizophrenia patients. *Psychiatry* 73(3).

Veenu. (2007). Basic social skill training in people with schizophreniac(Master's thesis, unpublished). Yogyakarta: Psychology faculty, Gadjah Mada University.

Verhaeghe, M., Bracke, P., & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: the role of peer support. *International Journal of Social Psychiatry* 54(3), 206–218. doi: 10.1177/0020764008090422

Weinberg, D., Shahar, G., Davidson, L., Mc.Glashan, T.H & Fenning, S. (2009). Longitudinal associations between negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The moderating role of employment status and setting. *Academic Research Library*, 72(4), 370-381.

Werner, P., Aviv, A., & Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174–187. doi:10.1017/S1041610207005340