

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stigma

2.1.1 Pengertian stigma

Stigma berasal dari bahasa Yunani kuno “stigma” yang mempunyai arti adanya jarak sosial. Menurut KBBI kata stigma “stig-ma” berarti tanda atau ciri negatif yg menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya (Subu, Waluyo, N, Priscilla, & Aprina, 2018). Stigma adalah pengucilan individu oleh anggota masyarakat dimana individu tersebut mendapat kata-kata dan perilaku negatif (Capar & Kavak, 2018).

Stigma adalah sesuatu hal negatif yang dimiliki seseorang atau sekelompok dan menjadi atribut bagi seseorang atau individu tersebut serta dapat menjadi penghalang untuk mendapatkan perhatian, peluang dan interaksi sosial (Fitryasari, Yusuf, Dian, & Endang, 2018). Stigma yaitu label negatif yang melekat pada seseorang yang diberikan oleh masyarakat dan dipengaruhi oleh lingkungan serta merupakan salah satu faktor penghambat dalam penyembuhan klien gangguan jiwa (Subu, Holmes, & Elliot, 2016).

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa stigma adalah label negatif yang menjadi tanda bagi seseorang yang diberikan oleh masyarakat, dipengaruhi oleh lingkungan dan menjadi penghalang bagi seseorang tersebut untuk mendapatkan perhatian, peluang dan interaksi

sosial serta mejadi salah satu faktor penghambat dalam penyembuhan klien dengan gangguan jiwa.

2.1.2 Mekanisme stigma

Menurut Major & O'brien (2005) mekanisme stigma terbagi menjadi empat bagian yaitu sebagai berikut :

1. Adanya perlakuan negatif dan diskriminasi secara langsung

Mekanisme stigma yang pertama yaitu adanya perlakuan negatif dan diskriminasi secara langsung yang artinya terdapat pembatasan pada akses kehidupan dan diskriminasi secara langsung sehingga berdampak pada status sosial, *psychological well-being* dan kesehatan fisik (Major & O'brien, 2005).

2. Proses konfirmasi terhadap harapan atau *self fullfilling prophecy*.

Menurut Jussim et al (2005) dalam Major & O'brien (2005) stigma menjadi sebuah proses melalui konfirmasi harapan atau *self fullfilling prophecy*. Persepsi negatif, *stereotype* dan harapan bisa mengarahkan individu untuk berperilaku sesuai dengan stigma yang diberikan sehingga berpengaruh pada pikiran, perasaan dan perilaku individu tersebut.

3. Munculnya *stereotype* secara otomatis.

Stigma dapat menjadi sebuah proses melalui aktivitas *stereotype* otomatis secara negatif pada suatu kelompok.

4. Terjadinya proses ancaman terhadap identitas dari individu.

2.1.3 Tipe stigma

Secara garis besar stigma terbagi menjadi dua yaitu *self* stigma dan *public* stigma. *Self* stigma atau sering disebut juga dengan *internalized* stigma mempunyai pengertian yaitu suatu keadaan dimana seseorang dengan penyakit gangguan kejiwaan secara sengaja maupun tidak sengaja mulai melihat diri mereka sebagai individu yang tidak berguna dan dijauhi ketika diberi label oleh masyarakat (Capar & Kavak, 2018). Sedangkan *public* stigma adalah seperangkat sikap dan keyakinan negatif yang memotivasi seseorang untuk takut, menolak, menghindari dan mendiskriminasi atau membedakan seseorang yang mempunyai penyakit gangguan jiwa (Parcesepe & Cabassa, 2013). Menurut Schied & Brown (2010) stigma dibagi menjadi tiga tipe, antara lain :

1. Stigma yang berhubungan dengan cacat tubuh yang dimiliki oleh seseorang.
2. Stigma yang berhubungan dengan karakter individu yang umum diketahui, misalnya bekas narapidana, pasien rumah sakit jiwa dll.
3. Stigma yang berhubungan dengan ras, bangsa dan agama. Stigma semacam ini ditransmisikan dari generasi ke generasi melalui keluarga.

2.1.4 Dimensi stigma

Menurut Schied & Brown (2010) stigma mengacu pada pemikiran Goffman (1961), komponen-komponen dari stigma, yaitu :

1. *Labelling*

Labelling adalah pembedaan dan memberikan label atau penamaan berdasarkan perbedaan-perbedaan yang dimiliki anggota

masyarakat tersebut. Sebagian besar perbedaan individu tidak dianggap relevan secara sosial, namun beberapa perbedaan yang diberikan dapat menonjol secara sosial. Pemilihan karakteristik yang menonjol dan penciptaan label bagi individu atau kelompok merupakan sebuah prestasi sosial yang perlu dipahami sebagai komponen penting dari stigma. Berdasarkan pemaparan di atas, *labelling* adalah penamaan berdasarkan perbedaan yang dimiliki kelompok tertentu (Schied & Brown, 2010).

2. *Stereotype*

Stereotype adalah komponen kognitif yang merupakan keyakinan tentang atribut personal yang dimiliki oleh orang-orang dalam suatu kelompok tertentu atau kategori sosial tertentu (Taylor, Peplau, & Sears, 2009).

3. *Separation*

Separation adalah pemisahan “kita” (sebagai pihak yang tidak memiliki stigma atau pemberi stigma) dengan “mereka” (kelompok yang mendapatkan stigma). Hubungan label dengan atribut negatif akan menjadi suatu pembenaran ketika individu yang dilabel percaya bahwa dirinya memang berbeda sehingga hal tersebut dapat dikatakan bahwa proses pemberian *stereotype* berhasil (Schied & Brown, 2010).

4. *Discrimination*

Discrimination adalah komponen behavioral yang merupakan perilaku negatif terhadap individu karena individu tersebut adalah anggota dari kelompok tertentu (Taylor et al., 2009).

Menurut Hatzenbuehler, Phelan, & Link (2013) dimensi stigma terbagi menjadi enam, yaitu sebagai berikut :

1. *Concealability*, menunjukkan atau melakukan deteksi tentang karakteristik dari individu lain. *Concealability* bervariasi tergantung pada sifat stigma tersebut. Individu yang mampu menyembunyikan kondisinya, biasanya sering melakukan stigma tersebut.
2. *Course*, menunjukkan kondisi stigma *reversible* atau *irreversible*. Individu yang mengalami kondisi *irreversible* maka cenderung untuk memperoleh sikap yang lebih negatif dari orang lain.
3. *Disruptiveness*, menunjukkan tanda-tanda yang diberikan oleh orang lain kepada individu yang mengakibatkan ketegangan atau menghalangi interaksi interpersonal.
4. *Aesthetic*, mencerminkan persepsi seseorang terkait dengan hal yang menarik atau menyenangkan.
5. *Origin*, merujuk kepada bagaimana munculnya kondisi yang menyebabkan stigma.
6. *Peril*, merujuk pada perasaan bahaya atau ancaman yang dialami orang lain. Ancaman dalam pengertian ini dapat mengacu pada bahaya fisik atau perasaan yang tidak nyaman.

Menurut Boyd, Adler, Otilingam, & Peters (2014) dimensi stigma terbagi menjadi empat, yaitu sebagai berikut :

1. *Alienation* (keterasingan) adalah suatu perasaan tidak menjadi bagian dari apapun dan suatu perasaan bahwa tidak satu orang pun yang peduli dengan apapun yang terjadi dengan diri kita.

2. *Stereotype endorsement* (dukungan terhadap stereotip) adalah suatu kepercayaan tentang orang lain yang menempatkan mereka ke dalam suatu kategori serta dipelihara melalui aturan sosial dan interaksi sosial.
3. *Discrimination* (diskriminasi) adalah suatu perlakuan tidak adil atau seimbang yang dilakukan untuk membedakan individu maupun kelompok berdasarkan sesuatu yang bersifat kategorikal atau atribut khas.
4. *Social withdrawal* (penarikan sosial) adalah suatu kecenderungan yang konsisten dari segi waktu dan tempat untuk menyendiri disertai dengan kecemasan ketika berhadapan dengan orang lain.

2.1.5 Proses stigma

Stigmatisasi adalah suatu proses sosial ketika seseorang yang terpinggirkan telah diberi label sebagai orang yang abnormal atau sesuatu yang memalukan (M Arsyad Subu et al., 2018). Stigmatisasi mengacu pada serangkaian perilaku negatif, kepercayaan yang tidak benar dan ketakutan tentang diagnosis skizofrenia yang berdampak pada bagaimana sindrom ini dipahami oleh orang lain (Zelst, 2009). Menurut Major & O'Brien (2005) stigma terjadi karena individu memiliki beberapa atribut dan karakter dari identitas sosialnya namun akhirnya terjadi devaluasi pada konteks tertentu. Sedangkan menurut Schied & Brown (2010) stigma terjadi ketika muncul beberapa komponen yang saling berkaitan. Adapun komponen-komponen tersebut antara lain :

1. Komponen pertama adalah individu membedakan dan memberikan label atas perbedaan yang dimiliki oleh individu tersebut.

2. Komponen kedua adalah munculnya keyakinan dari budaya yang dimiliki individu terhadap karakteristik individu atau kelompok lain dan menimbulkan *stereotype*.
3. Komponen ketiga adalah menempatkan individu atau kelompok yang telah diberikan label pada individu atau kelompok dalam kategori yang berbeda sehingga terjadi *separation*.
4. Komponen keempat adalah individu yang telah diberikan label mengalami *discrimination*.

Menurut Hermawati (2011) proses pemberian stigma yang dilakukan masyarakat terjadi melalui tiga tahap, yaitu :

1. Proses interpretasi, pelanggaran norma yang terjadi dalam masyarakat tidak semuanya mendapatkan stigma dari masyarakat, tetapi hanya pelanggaran norma yang diinterpretasikan oleh masyarakat sebagai suatu penyimpangan perilaku yang dapat menimbulkan stigma.
2. Proses pendefinisian, orang yang dianggap berperilaku menyimpang, setelah pada tahap pertama dilakukan dimana terjadinya interpretasi terhadap perilaku yang menyimpang, maka selanjutnya adalah proses pendefinisian orang yang dianggap berperilaku menyimpang oleh masyarakat.
3. Perilaku diskriminasi, tahap selanjutnya setelah proses kedua dilakukan, maka masyarakat memberikan perlakuan yang bersifat membedakan.

Stigmatisasi terjadi pada beberapa tingkatan. Menurut Altman et al (2012) terdapat empat tingkatan stigmatisasi, yaitu :

1. Diri : berbagai mekanisme internal yang dibuat diri sendiri, yang disebut stigmatisasi diri.
2. Masyarakat : gosip, pelanggaran dan pengasingan di tingkat budaya dan masyarakat.
3. Lembaga : perlakuan preferensial atau diskriminasi dalam lembaga-lembaga.
4. Struktur : lembaga-lembaga yang lebih luas seperti kemiskinan, rasisme, serta kolonialisme yang terus-menerus mendiskriminasi suatu kelompok tertentu.

2.2 Konsep Dasar Skizofrenia

2.2.1 Pengertian skizofrenia

Istilah skizofrenia pertama kali dicetuskan oleh psikiater berkewarganegaraan Swiss yakni Eugen Bleuler pada tahun 1911. Istilah skizofrenia digunakan untuk mengganti istilah sebelumnya yang dicetuskan Emil Kraepelin yakni *dementia praecox*. Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani yaitu “*Schizein*” yang artinya retak atau pecah (*split*), dan “*phren*” yang artinya pikiran, yang selalu dihubungkan dengan fungsi emosi. Dengan demikian seseorang yang menderita skizofrenia adalah seseorang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian serta emosi (Yosep & Sutini, 2014).

Menurut *National Institute of Mental Health* (2009) dalam Keliat (2009) skizofrenia adalah gangguan jiwa atau gangguan otak kronis yang mempengaruhi individu sepanjang kehidupannya yang ditandai dengan

penurunan kemampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami keretakan baik secara pribadi maupun emosi yang diikuti dengan kemampuan komunikasi yang menurun, gangguan realitas, afek tidak wajar, gangguan kognitif dan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2.2.2 Pedoman diagnostik

Berikut merupakan pedoman diagnostik untuk skizofrenia berdasarkan PPDGJ III :

1. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) :
 - 1) *Thought echo* : isi pikiran diri sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda; atau *Thought insertion or withdrawal* : isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan *Thought broadcasting* : isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya (Maslim, 2013).
 - 2) *Delusion of control* : waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau *Delusion of influence* : waham

tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau *Delusion of passivity* : waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap sesuatu kekuatan dari luar; dan *Delusional perception* : pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat (Maslim, 2013).

- 3) Halusinasi auditori : suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien; atau mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara). Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh (Maslim, 2013).
 - 4) Waham : waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau komunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain) (Maslim, 2013).
2. Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus ada secara jelas :
- 1) Halusinasi yang menetap dari panca indera apa saja, apabila disertai oleh waham yang mengambang maupun setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus berulang (Maslim, 2013).

- 2) Arus pikiran yang terputus (*break*) atau mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkohereni atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme (Maslim, 2013).
 - 3) Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*) atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor (Maslim, 2013).
 - 4) Gejala-gejala “negatif”, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respon emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika (Maslim, 2013).
3. Adanya gejala-gejala khas tersebut telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (Maslim, 2013).
 4. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek kehidupan perilaku pribadi (*personal behavior*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*) dan penarikan diri secara sosial (Maslim, 2013).

2.2.3 Tipe skizofrenia

Skizofrenia terbagi menjadi lima tipe, yaitu :

1. Katatonik

Suatu bentuk skizofrenia dengan gangguan parah pada proses-proses motorik. Ditandai dengan kegelisahan yang ekstrem, aktivitas

motor yang berlebihan atau hambatan motor yang parah disertai negativisme (perlawanan terhadap perintah atau nasehat), stupor (keadaan tanpa rasa atau seperti bisu) kegaduhan dan sikap mematung (Copel, 2007).

2. Hebrefenik (tak terinci)

Suatu bentuk skizofrenia yang timbul pada remaja atau dewasa awal, dengan perubahan afektif yang menonjol, waham dan halusinasi yang singkat dan terpecah, perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan, mood tidak sesuai, pembicaraan inkoheren dan proses berpikir tidak terorganisasi (Copel, 2007).

3. Paranoid

Terdapat waham yang menonjol, biasanya waham kejar atau waham kebesaran (misalnya merasa diri sebagai penyelamat bangsa atau nabi). Gejala yang menyertai biasanya kecemasan yang tak terfokus, kemarahan, sikap menantang atau tindak kekerasan (Copel, 2007).

4. Tak terorganisasi

Gejala yang dapat terlihat antara lain perilaku kacau, menyebabkan gangguan berat dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, kurang memiliki hubungan/pertalian, kehilangan asosiasi, bicara tidak teratur, perilaku kacau, bingung atau ganjil, afek datar atau tidak sesuai dan gangguan kognitif (Copel, 2007).

5. Residual

Minimal mengalami satu episode skizofrenik dengan gejala psikotik yang menonjol, diikuti oleh episode lain tanpa gejala psikotik, emosi tumpul, menarik diri dari realita, keyakinan aneh, pengalaman persepsi tidak biasa, perilaku eksentrik, pemikiran tidak logis dan kehilangan asosiasi (Copel, 2007)

2.2.4 Etiologi skizofrenia

Berikut merupakan etiologi skizofrenia antara lain :

1. Predisposisi

1) Teori biologis

Faktor-faktor genetik yang pasti mungkin terlibat dalam perkembangan suatu kelainan ini adalah mereka yang memiliki anggota keluarga dengan kelainan yang sama (orangtua, saudara kandung, sanak saudara lain). Selain faktor genetik penelitian juga menunjukkan bahwa kecacatan sejak lahir pada bagian *hipocampus* otak dapat menyebabkan skizofrenia. Hal tersebut menyebabkan hambatan terhadap sinyal-sinyal saraf di berbagai area pada lobus prefrontalis atau disfungsi pada pengolahan sinyal-sinyal, perangsangan yang berlebihan terhadap sekelompok neuron yang mensekresi dopamin dipusat-pusat perilaku otak, termasuk di lobus frontalis, abnormalitas fungsi dari bagian-bagian penting pada pusat-pusat sistem pengatur tingkah laku limbik di sekeliling hipokampus otak (Copel, 2007).

2) Teori psikososial

Menurut Hawari (2008) berikut merupakan stressor psikososial yang dapat menjadi faktor predisposisi dari skizofrenia, antara lain

(1) Perkawinan

Pasangan dalam perkawinan terkadang mengalami konflik yang menyebabkan krisis dan berakhir dengan perceraian. Perpisahan dengan pasangan ini menyebabkan salah satu atau bahkan keduanya merasa tidak cukup baik sebagai pasangan.

(2) Problem orang tua

Keadaan krisis yang dialami oleh orang tua disebabkan karena tuntutan sosial dan ekonomi yang semakin meningkat, serta perilaku tidak terkontrol yang biasanya dimiliki oleh anak seperti kenakalan remaja, pergaulan bebas, penyalahgunaan NAPZA, aborsi dan sebagainya.

(3) Hubungan interpersonal

Hubungan antar sesama (perorangan/individual) yang tidak baik dapat merupakan sumber stress. Misalnya hubungan yang tidak serasi, tidak baik atau buruk dengan kawan dekat, kekasih, antara bawahan dan atasannya dan sebagainya.

(4) Pekerjaan

Kehilangan pekerjaan atau kesulitan mendapatkan pekerjaan akan berdampak pada gangguan kesehatan bahkan bisa sampai pada kematian. Sebaliknya, tuntutan pekerjaan yang sangat

banyak sementara waktu bekerja yang sangat sempit juga menyebabkan stress.

(5) Lingkungan hidup

Kondisi lingkungan hidup yang buruk besar pengaruhnya bagi kesehatan seseorang. Misalnya perumahan yang penuh dengan polusi, perumahan yang tidak aman sehingga dirasakan mengancam bagi diri individu.

(6) Keuangan dan ekonomi

Masalah keuangan dalam kehidupan sehari-hari merupakan salah satu stressor utama. Misalnya pendapatan yang lebih kecil dari pengeluaran, terlibat hutang, kebangkrutan usaha, soal warisan dan sebagainya.

(7) Hukum

Keterlibatan seseorang dalam masalah hukum merupakan sumber stress. Misalnya tuntutan hukum, pengadilan, penjara dan sebagainya. Selain itu, ditegakkannya supremasi hukum yang berdampak pada ketidakadilan dapat pula menjadi sumber stress.

(8) Perkembangan

Stressor yang dimaksudkan adalah tahapan perkembangan baik fisik maupun mental seseorang (siklus kehidupan). Misalnya masa remaja, masa dewasa, menopause, usia lanjut dan sebagainya. Apabila tahapan perkembangan tersebut tidak dapat dilalui dengan baik, yang bersangkutan dapat mengalami stress.

(9) Penyakit fisik atau cedera

Berbagai penyakit fisik terutama penyakit kronis atau cedera yang mengakibatkan invaliditas dapat menyebabkan stress pada diri seseorang. Misalnya penyakit jantung, stroke, kanker, HIV/AIDS dan sebagainya.

(10) Trauma

Seseorang yang mengalami bencana alam, kecelakaan transportasi, penculikan, kehilangan anggota keluarga yang sangat dicintai merupakan pengalaman traumatis yang pada gilirannya yang bersangkutan dapat mengalami stres.

- 3) Teori interpersonal menyatakan bahwa orang yang mengalami psikosis akan menghasilkan hubungan orang tua dan anak yang penuh kecemasan (Copel, 2007).
- 4) Teori psikodinamik menegaskan bahwa psikosis adalah hasil dari suatu ego yang lemah (Copel, 2007).

2. Presipitasi

1) Biologis

Stressor biologis yang berhubungan dengan neurobiologis yang maladaptif termasuk gangguan dalam putaran umpan balik otak yang mengatur perubahan isi informasi dan abnormalitas pada mekanisme pintu masuk dalam otak yang mengakibatkan ketidakmampuan untuk secara selektif menanggapi rangsangan. Dijelaskan dalam beberapa literatur bahwa yang bertanggung jawab terhadap kelainan ini yaitu cairan kimia otak khususnya serotonin dan dopamin. Dopamin adalah

cairan kimia yang bertanggung jawab terhadap emosi dan motivasi, sedangkan serotonin bertindak sebagai pembawa berita dan stimulator gerakan-gerakan otot dan saraf (Stuart & Laraia, 2005).

2) Stress lingkungan

Secara biologis menetapkan ambang toleransi terhadap stress yang berinteraksi dengan stressor lingkungan untuk menentukan terjadinya gangguan perilaku (Stuart & Laraia, 2005).

3) Pemicu gejala

Pemicu yang biasanya terdapat pada respon neurobiologis yang maladaptif berhubungan dengan kesehatan lingkungan, sikap dan perilaku individu, seperti : gizi buruk, kurang tidur, infeksi, kelelahan, rasa bermusuhan atau lingkungan yang penuh kritik, masalah perumahan, kelainan terhadap penampilan, stress gangguan dalam berhubungan interpersonal, kesepian, tekanan, pekerjaan, kemiskinan, keputusan dan sebagainya (Stuart & Laraia, 2005).

2.2.5 Gejala skizofrenia

Gejala-gejala skizofrenia terdiri dari dua jenis yaitu *symptom* positif dan *symptom* negatif. *Symptom* positif adalah gejala yang seharusnya tidak muncul tetapi muncul. Misalnya delusi atau waham, halusinasi, kekecauan alam pikir, gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan. *Symptom* negatif adalah *symptom* yang menjadi hilang tetapi seharusnya ada. Misalnya alam perasaan (*affect*) “tumpul” dan “mendatar”, menarik diri atau mengasingkan diri (*withdrawl*) tidak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun (*day*

dreaming), kontak emosional amat miskin, sukar diajak bicara, pendiam dan pola pikir stereotip (Yosep & Sutini, 2014).

2.2.6 Fase skizofrenia

Fase perkembangan skizofrenia terbagi menjadi 3 fase, yaitu :

1. Fase premorbid : semua fungsi masih normal. Tanda yang terlihat yaitu ketidakmampuan seseorang mengekspresikan emosi : wajah dingin, jarang tersenyum, acuh tak acuh. Penyimpangan komunikasi, gangguan atensi : tidak mampu mempertahankan atensi. Gangguan Perilaku : menjadi pemalu, tertutup dan menarik diri secara sosial (Copel, 2007).
2. Fase prodromal : *symptom* psikotik mulai nyata (isolasi sosial, ansietas, gangguan tidur, curiga). Pada fase ini, individu mengalami kemunduran dalam fungsi-fungsi mendasar (pekerjaan dan rekreasi) dan muncul *symptom* nonspesifik seperti gangguan tidur, ansietas, konsentrasi berkurang dan defisit perilaku. *Symptom* positif seperti curiga mulai berkembang di akhir fase prodromal dan berarti sudah mendekati menjadi fase psikosis (Copel, 2007).
3. Fase psikosis
 - 1) Fase akut : dijumpai gambaran psikotik yang jelas, misalnya halusinasi, gangguan proses pikir, pikiran kacau. *Symptom* negatif menjadi lebih parah sampai tak bisa mengurus diri. Berlangsung 4–8 minggu. Selanjutnya jangka waktu untuk stabilisasi : 6–18 bulan.
 - 2) Fase stabil : terlihat residual, berlangsung 2-6 bulan, penanganan sehari-hari dengan penanganan gejala, pengurangan dan penguatan gejala, adaptasi. Gambaran pada fase ini menyerupai gambaran yang

muncul pada fase prodromal, namun dalam bentuk yang lebih lemah, kadang terlihat penumpulan atau pendataran emosi (Copel, 2007).

2.2.7 Prognosis

Prognosis atau perjalanan penyakit pada laki-laki lebih buruk dibandingkan pada penderita perempuan sehingga cepat terlihat. Penyebabnya dapat karena faktor genetik, lingkungan atau pengaruh dari dalam diri sendiri. Selain itu pemberian antipsikotik atipikal sebagai pengobatan lini awal dapat meningkatkan prognosis yang lebih baik untuk gangguan psikotik fase akut. Namun demikian penggunaan antipsikotik tipikal seperti haloperidol tetap dipakai sampai sekarang. Pada penderita dewasa muda, antipsikotik dosis rendah biasanya efektif untuk mengendalikan halusinasi, waham, gangguan isi pikir dan perilaku aneh. Dosis yang rendah juga akan mengurangi kemungkinan terjadinya efek samping gejala ekstrapiramidal (Fahrul, Mukaddas, & Ingrid Faustine, 2014). Secara umum prognosis skizofrenia tergantung pada :

1. Usia pertama kali timbul (onset) : semakin muda maka semakin buruk prognosisnya.
2. Mula timbulnya akut atau kronik : bila timbul pada masa akut maka prognosisnya lebih baik.
3. Tipe skizofrenia : episode skizofrenia dan skizofrenia katatonik mempunyai prognosis yang lebih baik.
4. Kecepatan, ketepatan dan keteraturan pengobatan yang didapat.

5. Ada atau tidaknya faktor pencetus : jika ada maka prognosisnya lebih buruk.
6. Ada atau tidaknya faktor keturunan : jika ada maka prognosisnya lebih buruk.
7. Kepribadian prepsikotik : jika schizoid, skizotin atau introvert maka prognosisnya lebih buruk.
8. Keadaan sosial ekonomi : jika rendah maka prognosisnya juga buruk.

2.2.8 Terapi skizofrenia

Terapi skizofrenia yang dapat diberikan, yaitu :

1. Terapi farmakologi

Pada pendekatan farmakologis, penderita skizofrenia biasanya diberikan obat antipsikotik. Antipsikotik juga dikenal sebagai penenang mayor atau *neuroleptic*. Antipsikotik yang biasa digunakan meliputi *phenothiazines chlorpromazine* (Thorazine), *thioridazine* (Mellaril), *trifluoperazine* (Stelazine) dan *fluphenazine* (Prolixin). Cara kerja dari obat antipsikotik ini adalah dengan menghambat reseptor dopamin di otak. Terhambatnya reseptor dopamin di otak, akan menekan tanda-tanda skizofrenia yang mencolok seperti waham dan halusinasi. Obat-obatan antipsikotik ini sifatnya mengendalikan ciri-ciri menonjol dari skizofrenia, akan tetapi tidak menyembuhkan (Fahrul et al., 2014).

2. Terapi psikososial

Terapi psikososial yang lebih konkrit adalah dengan menggunakan terapi *behavioral*. Terapi belajar membantu penderita skizofrenia untuk mengembangkan perilaku yang lebih adaptif yang

dapat membantu mereka menyesuaikan diri secara lebih efektif untuk hidup dalam komunitas. Metode terapi meliputi teknik-teknik seperti pemberian *reinforcement*, *token* ekonomi dan pelatihan keterampilan sosial. Pemberian *reinforcement* adalah dengan memberikan perhatian pada perilaku yang sesuai dan mengacuhkan atau tidak memberikan perhatian saat penderita berperilaku tidak sesuai. Pada *token* ekonomi, penderita skizofrenia akan diberikan hadiah jika perilakunya sesuai dengan *token*. Yang terakhir adalah pemberian pelatihan keterampilan sosial pada penderita skizofrenia, hal ini bertujuan membantu individu memperoleh sejumlah keterampilan sosial vokasional (Yosep & Sutini, 2014).

3. Rehabilitasi

Bagi penderita skizofrenia yang berulang kali kambuh dan kronis, selain pemberian program terapi, diperlukan program rehabilitasi sebagai persiapan penempatan kembali penderita di kehidupan keluarga dan masyarakat. Program rehabilitasi biasanya diberikan di bagian lain dalam rumah sakit jiwa yang memang dikhususkan untuk rehabilitasi. Disana terdapat banyak kegiatan yang termasuk dalam terapi okupasional (*occupational therapy*) yang bisa meliputi kegiatan membuat kerajinan tangan, melukis, membuat sulak, menyanyi dan lain-lain. Pada umumnya program rehabilitasi berlangsung 3-6 bulan. Bila program rehabilitasi ini berjalan dengan baik, maka penderita skizofrenia dinyatakan siap kembali ke rumah

dengan keterampilan dan penyesuaian diri yang lebih baik sehingga produktivitas kerjanya dapat dipulihkan (Hawari, 2008).

4. Program intervensi keluarga

Konflik-konflik keluarga dan interaksi keluarga yang negatif dapat menumpuk stress pada anggota keluarga yang mengalami skizofrenia dan hal ini meningkatkan resiko kekambuhan yang berulang (Amelia & Anwar, 2013). Pada prakteknya intervensi keluarga memiliki banyak variasi, tetapi pada umumnya intervensi keluarga yang dilakukan memfokuskan pada aspek praktis dari kehidupan sehari-hari, mendidik anggota keluarga tentang skizofrenia, mengajarkan mereka bagaimana cara berhubungan dengan cara yang tidak terlalu frontal terhadap anggota keluarga yang menderita skizofrenia, meningkatkan komunikasi dalam keluarga dan memacu pemecahan masalah yang efektif dan keterampilan *coping* untuk menangani masalah-masalah dan perselisihan keluarga.

2.3 Konsep Dasar Keluarga

2.3.1 Pengertian keluarga

Keluarga adalah kumpulan dua individu atau lebih yang terikat oleh darah, perkawinan atau adopsi yang tinggal dalam satu rumah atau jika terpisah tetap memperhatikan satu sama lain (Muhlisin, 2012). Keluarga adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh kebersamaan dan kedekatan emosional serta yang mengidentifikasi dirinya sebagai bagian dari keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2010). Menurut Duval (1972)

dalam Ali (2010) keluarga adalah sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adaptasi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental dan emosional serta sosial individu yang ada di dalamnya, dilihat dari interaksi yang regular dan ditandai dengan adanya ketergantungan dan hubungan untuk mencapai tujuan umum.

Departemen Kesehatan RI (1988) dalam Ali (2010) keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling bergantung. Sedangkan menurut Bailon dan Maglaya (1989) dalam Ali (2010) keluarga adalah hubungan darah, perkawinan dan adopsi dalam satu rumah tangga yang berinteraksi satu dengan yang lainnya dalam peran dan menciptakan serta mempertahankan suatu budaya.

Hal yang serupa juga dikemukakan oleh Burges dkk (1963) dalam Ali (2010) menyebutkan bahwa (1) keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi, (2) para anggota sebuah keluarga biasanya hidup bersama dalam satu rumah tangga atau jika hidup secara terpisah, mereka tetap menganggap bahwa rumah tangga tersebut sebagai rumah mereka, (3) anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu dengan yang lainnya dalam peran sosial. Keluarga seperti suami dan istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan anak perempuan, saudara dan saudari, (4) keluarga menggunakan kultur yang sama yaitu kultur yang diambil dari masyarakat dengan beberapa ciri unik sendiri.

Dari beberapa uraian diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah sekumpulan individu yang terikat dengan hubungan darah, perkawinan maupun adopsi baik tinggal bersama maupun tidak namun terdapat suatu interaksi atau hubungan serta ketergantungan dan mempunyai kultur yang sama.

2.3.2 Tipe keluarga

Tipe keluarga secara garis besar terbagi menjadi dua yaitu tipe keluarga tradisional dan tipe keluarga non tradisional. Berikut merupakan tipe keluarga tradisional antara lain :

1. Keluarga inti, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri dan anak (kandung atau angkat) (Muhlisin, 2012). Menurut Friedman *et al* (2010) keluarga inti adalah keluarga yang terbentuk karena adanya pernikahan, peran sebagai orang tua atau kelahiran, terdiri atas suami, istri dan anak-anak mereka (biologis, adopsi atau keduanya).
2. Keluarga besar, yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman, bibi dan sebagainya. Menurut Friedman *et al* (2010) juga mengungkapkan bahwa keluarga besar adalah keluarga dengan pasangan yang berbagi pengaturan rumah tangga dan pengeluaran keuangan dengan orang tua, kakak atau adik dan keluarga dekat lainnya. Anak-anak kemudian dibesarkan oleh beberapa generasi dan memiliki pilihan model pola perilaku yang akan membentuk perilaku mereka.

3. *The dyad family* (keluarga “*dyad*”), yaitu keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah (Muhlisin, 2012).
4. Orang tua tunggal, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat) yang disebabkan oleh perceraian atau kematian (Muhlisin, 2012). Menurut Friedman *et al* (2010) yaitu keluarga dengan kepala rumah tangga duda atau janda yang bercerai, ditelantarkan atau berpisah.
5. *The single adult living alone/single adult family*, yaitu suatu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (Muhlisin, 2012).
6. *Blended family*, yaitu keluarga yang terdiri dari duda atau janda (karena perceraian) yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya (Muhlisin, 2012).
7. *Kin network family*, yaitu keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama (Muhlisin, 2012).
8. Keluarga multi generasi, yaitu keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah (Muhlisin, 2012).
9. *Commuter family*, yaitu keluarga yang kedua orang tua bekerja di kota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja di luar kota bisa berkumpul saat akhir pekan (Muhlisin, 2012).

10. Keluarga usila, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut dengan anak yang sudah memisahkan diri (Muhlisin, 2012), anak-anak telah kuliah, bekerja dan atau menikah (Friedman *et al.*, 2010).
11. *The childless family*, yaitu keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena mengejar karier atau pendidikan yang terjadi pada wanita (Muhlisin, 2012).

Tipe keluarga non tradisional adalah sebagai berikut :

1. *The unmarried teenage mother*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari hubungan tanpa pernikahan (Friedman *et al.*, 2010; Muhlisin, 2012).
2. *Commune family*, yaitu keluarga yang terdiri dari beberapa pasangan keluarga yang tidak berhubungan saudara serta hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama (Friedman *et al.*, 2010; Muhlisin, 2012).
3. *The non marital heterosexual cohabiting family*, yaitu keluarga yang hidup bersama dan berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan (Muhlisin, 2012).
4. Keluarga homoseksual, yaitu dua individu yang sejenis atau yang mempunyai persamaan seks hidup bersama dalam satu rumah tangga seperti layaknya “pasangan menikah” (Friedman *et al.*, 2010; Muhlisin, 2012).

5. *Cohabiting family* (kumpul kebo), yaitu pasangan yang tinggal bersama tanpa ikatan pernikahan (Friedman *et al.*, 2010) karena beberapa alasan tertentu (Muhlisin, 2012).
6. *Group marriage family*, yaitu beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang saling merasa telah saling menikah satu sama lain, berbagi sesuatu termasuk seks dan membesarkan anak (Muhlisin, 2012).
7. *Group network family*, yaitu keluarga inti yang dibatasi oleh aturan atau nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan dan bertanggung jawab membesarkan anak (Muhlisin, 2012).
8. *Foster family*, yaitu keluarga yang menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara dalam waktu sementara, saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga asli (Muhlisin, 2012).
9. *Homeless family*, yaitu keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau masalah kesehatan (Muhlisin, 2012).
10. *Gang or together family*, yaitu keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya (Muhlisin, 2012).

2.3.3 Fungsi dan tugas kesehatan keluarga

Menurut Suliswati (2005) dalam Sari & Madya Sulisno (2012) fungsi keluarga dalam kesehatan jiwa antara lain :

1. Pendewasaan kepribadian para anggota keluarga.
2. Pelindung dan pemberi keamanan bagi anggota keluarga.
3. Fungsi sosialisasi yaitu kemampuan untuk mengadakan hubungan antara anggota keluarga dengan keluarga lain atau masyarakat.

Fungsi keluarga dalam pencegahan gangguan jiwa menurut Suliswati (2005) dalam Sari & Madya Sulisno (2012) yaitu :

1. Menciptakan lingkungan yang sehat jiwa bagi anggota keluarga.
2. Saling mencintai dan menghargai antar anggota keluarga.
3. Saling membantu dan memberi antar anggota keluarga.
4. Saling terbuka dan tidak ada diskriminasi.
5. Memberi pujian kepada anggota keluarga untuk segala perbuatannya yang baik daripada menghukumnya pada waktu membuat kesalahan.
6. Menghadapi ketegangan dengan tenang serta menyelesaikan masalah kritis atau darurat secara tuntas dan wajar.
7. Menunjukkan empati serta memberi bantuan kepada anggota keluarga yang mengalami perubahan perilaku, gangguan pertumbuhan dan perkembangan terlambat (retardasi mental) serta lansia.
8. Saling menghargai dan percaya.
9. Membina hubungan dengan anggota masyarakat lainnya.
10. Berekreasi bersama anggota keluarga untuk menghilangkan ketegangan dalam keluarga.

11. Menyediakan waktu untuk kebersamaan antar anggota keluarga.

Sementara itu tugas kesehatan menurut Friedman *et al* (2010) yaitu sebagai berikut :

1. Mengenal masalah kesehatan dalam keluarga.
2. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat dalam mencari pertolongan atau bantuan kesehatan untuk anggota keluarga.
3. Memberi perawatan bagi anggota keluarga yang sakit, cacat atau memerlukan bantuan dan menanggulangi keadaan darurat kesehatan.
4. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
5. Memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat.

2.4 Konsep Dasar Resiliensi

2.4.1 Pengertian resiliensi

Secara etimologis resiliensi diadaptasi dari bahasa Inggris yaitu *resilience* yang berarti daya lenting atau kemampuan untuk kembali dalam bentuk semula. Istilah resiliensi pertama kali dikemukakan oleh Block dengan nama *ego-resilience*, yang diartikan sebagai kemampuan umum yang melibatkan kemampuan penyesuaian diri yang tinggi dan luwes ketika dihadapkan pada tekanan internal maupun eksternal. Secara spesifik *ego-resilience* didefinisikan sebagai “*Personality resource that allows individual to modify their characteristic level and habitual mode of expression of ego-control as the most adaptively encounter, function in and shape their immediate and long term environmental context*” (Shoviana, 2011).

Menurut *The Resiliency Center*, resiliensi adalah kemampuan manusia untuk cepat pulih dari perubahan, sakit, kemalangan atau kesulitan (Kusumah & Priyngasari, 2016). Hal serupa juga dikemukakan oleh Reivich dan Shatte (2002), yang menyebutkan bahwa resiliensi sebagai kemampuan untuk mengatasi dan beradaptasi terhadap kejadian yang berat atau masalah yang terjadi dalam kehidupan, bertahan dalam keadaan tertekan, penderitaan (*adversity*) atau trauma yang dialami dalam kehidupan (Hendriani, 2018).

Resiliensi dapat dilihat sebagai sebuah ukuran akan kemampuan individu dalam mengatasi stres serta kualitas individu yang memungkinkannya untuk berkembang dalam kondisi sulit sekalipun. Individu yang resilien menganggap bahwa kesulitan dan kegagalan dalam hidup bukanlah penghambat dalam mencapai kesuksesan melainkan suatu pelajaran hidup yang dapat digunakan sebagai bekal dalam mencapai kesuksesan (Connor & Davidson, 2003). Werner dan Smith (2002) mendefinisikan resiliensi sebagai suatu kapasitas untuk mengatasi stress internal dan stress eksternal dengan efektif. Stress internal berupa keterbatasan diri, sedangkan stress eksternal berupa penyakit, kehilangan, keretakan keluarga atau anggota keluarga yang sakit (Shoviana, 2011).

Berdasarkan definisi yang telah diuraikan, maka dapat disimpulkan bahwa resiliensi adalah suatu kapasitas atau kemampuan individu untuk bertahan dan bangkit dari sebuah tantangan atau krisis dengan memanfaatkan potensi yang ada dalam diri individu itu sendiri.

2.4.2 Aspek resiliensi

Menurut Connor & Davidson (2003) aspek resiliensi terbagi menjadi lima, yaitu :

1. *Personal competence, high standards, and tenacity*

Merupakan aspek yang mendukung individu untuk tidak menyerah dan selalu berusaha maksimal dalam mencapai tujuan. Menganggap dirinya sebagai sosok yang kuat dan tidak berkecil hati meski mengalami kegagalan serta bangga dengan prestasi yang diraih.

2. *Trust in one's instincts, tolerance of negative affect and strengthening effects of stress*

Merupakan aspek yang membantu individu dalam mengelola emosi negatif dan perasaan tidak nyaman, mengatasi stres, fokus dan berpikir jernih saat berada dalam kondisi tertekan. Individu mampu mengambil keputusan dan menyelesaikan masalah yang dialami.

3. *Positive acceptance of change and secure relationships*

Merupakan aspek yang mendukung individu untuk dapat beradaptasi terhadap perubahan, mampu bangkit kembali setelah mengalami sakit atau kesulitan, memiliki hubungan dekat dan aman dengan orang lain.

4. *Control*

Aspek ini berfokus pada kemampuan mengendalikan hidup dan kemampuan mencari bantuan.

5. *Spiritual influences*

Individu percaya bahwa kejadian yang terjadi dalam hidup memiliki suatu alasan, dan percaya bahwa tuhan atau nasib bisa membantunya.

2.4.3 Ketrampilan resiliensi

Reivich dan Shatte (2002) dalam Shoviana (2011) memaparkan 7 keterampilan yang dapat meningkatkan resiliensi individu yaitu :

1. Regulasi Emosi

Regulasi emosi adalah kemampuan untuk tetap tenang terutama saat menghadapi kesulitan. Individu yang resilien telah mengalami berbagai macam bentuk emosi mulai dari kebahagiaan, ketakutan, kemarahan hingga kesedihan. Individu yang resilien memiliki pemahaman yang baik mengenai emosi mereka sendiri dan merasa nyaman ketika menceritakan perasaan mereka kepada orang yang mereka percaya atau hormati. Ketika berada dalam situasi sulit, individu yang resilien mampu mengelola emosinya. Sehingga mereka cenderung bekerja dengan realitas kesengsaraan atau tantangan.

2. Pengendalian Impuls

Pengendalian impuls adalah kemampuan individu untuk mengendalikan tindakan, perilaku dan emosi secara realistis saat situasi sulit muncul. Bagi sebagian orang berada dalam situasi yang tidak pasti membuat mereka bertindak dengan cara yang tidak membantu namun, individu yang resilien mampu mentolerir ambiguitas dan mengurangi resiko membuat keputusan yang impulsif. Resiliensi

bukan menghilangkan tindakan impulsif (cepat bertindak secara tiba-tiba menurut gerak hati), tapi mengharuskan individu untuk berpikir sebelum melakukan tindakan impulsif. Hal ini dapat dipelajari dari waktu ke waktu.

3. Optimis

Optimis merupakan salah satu kunci kemampuan resiliensi. Orang yang optimis lebih bahagia, lebih sehat dan lebih produktif. Mereka memiliki hubungan yang lebih baik dengan orang lain, lebih sukses, mampu menyelesaikan masalah dengan lebih baik dan cenderung tidak mengalami depresi dibandingkan dengan orang yang pesimis. Hal ini karena individu lebih fokus pada elemen positif dari suatu kesulitan dan mampu mengelola bagian negatif dari kesulitan tersebut.

4. Berpikir fleksibel untuk menyelesaikan masalah

Individu yang resilien mampu berpikir secara fleksibel dan mampu melihat suatu masalah dari berbagai macam sudut pandang sehingga memungkinkan baginya untuk memikirkan berbagai macam solusi atas permasalahan yang ada. Apabila solusi pertama tidak berhasil ia masih memiliki solusi yang lain.

5. Empati

Individu yang resilien mampu melihat situasi dari sudut pandang orang lain meskipun ia tidak setuju dengan pandangan tersebut. Semakin ia berempati dengan orang lain, semakin kecil kesalahan yang akan dibuat kepada orang lain. Empati merupakan perekat

sebuah hubungan dan bagian penting dalam membangun hubungan sosial serta persahabatan yang kuat. Empati memperkuat jaringan sosial yang dapat membantu individu selama masa-masa sulit.

6. Efikasi diri (*self-efficacy*)

Individu yang resilien yakin bahwa ia bertanggung jawab atas pilihan dan keputusan yang ia buat. Semakin resilien individu, semakin ia bertanggung jawab atas tindakannya, semakin percaya diri dalam mengambil keputusan dan percaya keputusan itu akan berhasil. Ketika individu memiliki kepercayaan diri yang tinggi dan mengetahui bagaimana cara menguasai tantangan dalam hidupnya, maka harga diri akan muncul mengikuti.

7. *Reaching out*

Reaching out adalah kemampuan dimana individu dapat memberitahu orang lain dan meminta dukungan saat membutuhkan. Selain itu, individu memiliki kemampuan untuk mendelegasikan pekerjaan dan wewenangnya, mengambil resiko yang telah diperhitungkan dan menstimulasi rasa ingin tahu dalam hidup. Individu yang resilien cenderung menghadapi tantangan baru sekaligus belajar dari pengalaman sebelumnya. Menguasai sedikitnya dua atau tiga keterampilan diatas dapat meningkatkan produktivitas, energi dan kesejahteraan individu.

2.4.4 Faktor yang mempengaruhi resiliensi

Grotberg (1995) dalam Shoviana (2011) mengemukakan faktor-faktor resiliensi yang diidentifikasi berdasarkan sumber-sumber yang

berbeda. Untuk kekuatan individu, dalam pribadi pribadi digunakan istilah '*I Am*', untuk dukungan eksternal dan sumber-sumbernya digunakan istilah '*I Have*' dan untuk kemampuan interpersonal digunakan istilah '*I Can*'.

1. Faktor kekuatan individu

Faktor kekuatan individu disebut sebagai faktor '*I Am*', merupakan kekuatan yang berasal dari dalam diri seperti perasaan, tingkah laku dan kepercayaan yang terdapat dalam diri seseorang. Faktor ini terdiri dari beberapa bagian, antara lain bangga pada diri sendiri, perasaan dicintai dan sikap yang menarik, individu dipenuhi harapan, iman dan keercayaan, mencintai, empati dan altruistic serta yang terakhir adalah mandiri dan bertanggung jawab.

Bangga pada diri sendiri ; individu tersebut mengetahui bahwa mereka adalah orang yang penting dan merasa bangga akan dirinya dan apapun yang mereka lakukan atau akan dicapai. Individu itu tidak akan membiarkan orang lain meremehkan atau merendahkan mereka. Ketika individu mempunyai masalah dalam hidup, kepercayaan diri dan self-esteem membantu mereka untuk dapat bertahan dan mengatasi masalah tersebut.

Perasaan dicintai dan sikap menarik; individu pasti mempunyai orang yang menyukai dan mencintainya. Individu akan bersikap baik terhadap orang yang menyukai dan mencintainya. Seseorang dapat mengatur sikap dan perilakunya jika menghadapi respon-respon yang berbeda ketika berbicara dengan orang lain. Bagian yang lain adalah

dipenuhi harapan, iman dan kepercayaan. Individu percaya ada harapan bagi mereka, serta orang lain dan institusi yang dipercaya.

Individu merasakan mana yang benar maupun salah dan ikut serta di dalamnya. Individu mempunyai kepercayaan diri dan iman dalam moral dan kebaikan serta dapat mengekspresikannya sebagai kepercayaan terhadap tuhan dan manusia yang mempunyai spiritual tinggi.

Mencintai, empati, altruistic yaitu ketika seseorang mencintai orang lain dan mengekspresikan cinta itu dengan berbagai macam cara. Individu peduli terhadap apa yang akan terjadi pada orang lain dan dapat mengekspresikan melalui berbagai perilaku atau kata-kata. Individu merasakan ketidaknyamanan dan penderitaan orang lain dan ingin melakukan sesuatu untuk menghentikan, berbagi penderitaan atau memberikan kenyamanan.

Bagian terakhir adalah mandiri dan tanggung jawab. Individu dapat melakukan berbagai macam hal menurut keinginan mereka dan menerima berbagai konsekuensi dan perilakunya. Individu merasakan bahwa ia bisa mandiri dan bertanggung jawab atas hal tersebut. Individu mengerti batasan kontrol mereka terhadap berbagai kegiatan dan mengetahui saat orang lain bertanggung jawab.

2. Faktor dukungan eksternal

Faktor dukungan eksternal disebut sebagai faktor *'I Have'* merupakan bantuan dan sumber luar yang meningkatkan resiliensi. Sumber-sumbernya adalah memberi semangat agar mandiri, dimana

individu baik yang independen maupun masih bergantung dengan keluarga secara konsisten bisa mendapatkan pelayanan seperti rumah sakit, dokter atau pelayanan lain yang sejenis.

Struktur dan aturan rumah, setiap keluarga mempunyai aturan-aturan yang harus diikuti, jika ada anggota keluarga yang tidak memenuhi aturan tersebut maka akan diberi penjelasan atau hukuman. Sebaliknya jika anggota keluarga mematuhi aturan tersebut maka akan diberikan pujian.

Role models juga merupakan sumber dari faktor dukungan eksternal yaitu orang-orang yang dapat menunjukkan apa yang individu harus lakukan seperti informasi terhadap sesuatu dan memberi semangat agar individu mengikutinya.

Sumber yang terakhir adalah mempunyai hubungan. Orang-orang terdekat dari individu seperti suami, istri, anak, orang tua merupakan orang yang mencintai dan menerima individu tersebut. Tetapi individu juga membutuhkan cinta dan dukungan dari orang lain yang kadangkala dapat memenuhi kebutuhan kasih sayang yang kurang dari orang terdekat mereka.

3. Ketrampilan sosial dan penyelesaian masalah

Faktor ketrampilan sosial dan penyelesaian masalah disebut sebagai faktor '*I Can*', merupakan kompetensi sosial dan interpersonal seseorang. Bagian-bagian dari faktor ini adalah mengatur berbagai perasaan dan ragsangan dimana individu dapat mengenali perasaan mereka, mengenali berbagai jenis emosi dan mengekspresikannya

dalam kata-kata dan tingkah laku namun tidak menggunakan kekerasan terhadap perasaan dan hak orang lain maupun diri sendiri. Individu juga dapat mengatur rangsangan untuk memukul, kabur, merusak barang dan atau melakukan berbagai tindakan yang tidak menyenangkan.

Mencari hubungan yang dapat dipercaya dimana individu dapat menemukan seseorang misalnya orang tua, saudara, teman sebaya untuk meminta pertolongan, berbagi perasaan dan perhatian, guna mencari cara terbaik untuk mendiskusikan dan menyelesaikan masalah personal dan interpersonal.

Sumber yang lain adalah ketrampilan berkomunikasi dimana individu mampu mengekspresikan berbagai macam pikiran dan perasaan kepada orang lain dan dapat mendengar apa yang orang lain katakan serta merasakan perasaan orang lain.

Mengukur temperamen diri sendiri dan orang lain dimana individu memahami temperamen mereka sendiri (bagaimana bertingkah, merangsang dan mengambil resiko atau diam, reflek dan berhati-hati) dan juga terhadap temperamen orang lain. Hal ini menolong individu untuk mengetahui berapa lama waktu yang diperlukan untuk berkomunikasi, membantu individu untuk mengetahui kecepatan untuk bereaksi dan berapa banyak individu mampu sukses dalam berbagai situasi.

Bagian yang terakhir adalah kemampuan memecahkan masalah. Individu dapat menilai suatu masalah secara alami serta mengetahui apa yang mereka butuhkan agar dapat memecahkan masalah dan bantuan

apa yang mereka butuhkan dari orang lain. Individu dapat membicarakan berbagai masalah dengan orang lain dan menemukan penyelesaian masalah yang paling tepat dan menyenangkan. Individu terus-menerus bertahan dengan suatu masalah sampai masalah tersebut terpecahkan.

Setiap faktor dari *I Am*, *I Have* dan *I Can* memberikan kontribusi pada berbagai macam tindakan yang dapat meningkatkan potensi resiliensi. Individu yang resilien tidak memutuhkan semua sumber dari setiap faktor, tetapi apabila individu hanya mempunyai satu sumber, maka individu tersebut tidak dapat dikatakan sebagai individu yang resilien. Misalnya individu yang mampu berkomunikasi (*I Can*) tetapi ia tidak mempunyai hubungan yang dekat dengan orang lain (*I Have*) dan tidak dapat mencintai orang lain (*I Am*), ia tidak termasuk individu yang resilien.

2.4.5 Fungsi resiliensi

Bogar (2011) menyatakan bahwa resiliensi dapat berfungsi dalam menghadapi faktor risiko. Manusia dapat menggunakan resiliensi untuk hal-hal berikut ini:

1. *Overcoming* (Mengatasi)

Manusia membutuhkan resiliensi untuk menghindar dari kerugian-kerugian yang menjadi akibat dari hal-hal yang tidak menguntungkan karena menemui kesengsaraan, masalah-masalah yang menimbulkan stress yang tidak dapat dihindari. Hal ini dapat dilakukan dengan cara menganalisa dan mengubah cara pandang menjadi lebih positif dan meningkatkan kemampuan untuk mengontrol kehidupannya

sendiri. Agar dapat tetap merasa termotivasi, produktif, terlibat dan bahagia meskipun dihadapkan pada berbagai tekanan kehidupan.

2. *Steering through* (Menghadapi)

Resiliensi untuk menghadapi setiap masalah, tekanan, dan setiap konflik yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari, sebagai sumber dari dalam diri sendiri untuk mengatasi setiap masalah yang ada, tanpa harus merasa terbebani dan bersikap negatif terhadap kejadian tersebut. Resiliensi dapat memandu serta mengendalikan diri seseorang dalam menghadapi masalah sepanjang perjalanan hidupnya. Penelitian menunjukkan bahwa unsur esensi dari *steering through* dalam stress yang bersifat kronis adalah *self-efficacy* yaitu keyakinan terhadap diri sendiri bahwa seseorang dapat menguasai lingkungan secara efektif dan dapat memecahkan berbagai masalah yang muncul.

3. *Bouncing back* (Memantau ulang)

Resiliensi untuk menghadapi dan mengendalikan diri sendiri pada beberapa kejadian merupakan hal yang bersifat traumatik dan menimbulkan tingkat stress yang tinggi. Kemunduran yang dirasakan biasanya begitu ekstrim, menguras secara emosional dan membutuhkan resiliensi dengan cara bertahap untuk menyembuhkan diri. Resiliensi mampu membantu orang menghadapi trauma dengan tiga karakteristik untuk menyembuhkan diri. Seseorang menunjukkan *task oriented coping style* yaitu melakukan tindakan yang bertujuan untuk mengatasi kemalangan, mempunyai keyakinan kuat bahwa dirinya dapat mengontrol hasil dari kehidupan, mampu kembali ke kehidupan

normal lebih cepat dari trauma dan mengetahui bagaimana berhubungan dengan orang lain sebagai cara untuk mengatasi pengalaman yang dirasakan.

4. *Reaching out* (Menjangkau)

Resiliensi berguna untuk mendapatkan pengalaman hidup yang lebih kaya dan bermakna serta berkomitmen dalam mengejar pembelajaran dan pengalaman baru. Orang yang berkarakteristik seperti ini melakukan tiga hal dengan baik, yaitu: tepat dalam memperkirakan risiko yang terjadi, mengetahui dengan baik diri sendiri, menemukan makna dan tujuan dalam kehidupan. Berdasarkan fungsi resiliensi di atas dapat disimpulkan bahwa resiliensi dapat berfungsi untuk menghadapi faktor resiko, mengatasi, menghadapi, memantau ulang dan menjangkau.

2.4.6 Karakteristik resiliensi

Menurut Wagnild dan Young (1993) dalam Oktaviani (2012) terdapat lima karakteristik penting dari resiliensi yang kemudian membangun *resilience core* pada individu, kelima karakteristik tersebut yaitu :

1. *Meaningfulness*

Memiliki tujuan mengenai apa yang harus dilakukan dalam hidup merupakan karakteristik yang penting dari resiliensi, karena karakteristik ini memberikan dasar kepada empat karakteristik lainnya. Tujuan dalam hidup memberikan dorongan untuk terus bergerak dalam hidup, terutama ketika sedang mengalami kesulitan.

2. *Perseverance*

Yaitu keinginan untuk terus menerus maju meskipun mengalami kessulitan dan kekecewaan. Individu yang resilien akan terus maju meskipun menemui hambatan dan menyelesaikan apa yang telah ia mulai, salah satu hal yang membantu membangun *perseverance* adalah dengan membuat rencana hidup yang realistis dan berusaha mencapai tujuan tersebut.

3. *Self-reliance*

Adalah percaya kepada diri sendiri, dengan pemahaman yang jelas mengenai kelebihan dan kekurangn yang dimilikinya, *self-reliance* muncul dari pengalaman dan latihan yang memungkinkan seseorang untuk belajar dari pengalaman-pengalamannya dan mengembangkan kemampuan untuk memecahkan masalah yang kemudian akhirnya akan mengarah kepada kepercayaan terhadap kemampuan yang dimilikinya.

4. *Equanimity*

Berarti keseimbangan dan harmoni. Individu yang resilien akan terbuka terhadap banyak kemungkinan. Hal ini menyebabkan individu yang resilien akan dideskripsikan sebagai orang yang optimis, karena akan melihat kesempatan, bagaimanapun menyulitkannya suatu situasi. *Equanimity* juga termanifestasi dalam bentuk humor. Individu yang resilien dapat menertawakan dirinya sendiri dan lingkungannya.

5. *Existential aloneness*

Individu yang resilien akan belajar bagaimana cara untuk hidup dengan dirinya sendiri. Menjadi individu yang *existentially alone* tidak kemudian menafikkan hubungan sosial antar manusia, hal tersebut berarti seorang individu menerima dirinya apa adanya, dengan semua kualitas dan kelemahan dirinya. Individu yang resilien akan lebih memiliki pendirian sendiri dan tidak memiliki keinginan untuk konformitas dengan lingkungannya.

2.5 Konsep Dasar *Quality of Life* (QoL)

2.5.1 Pengertian *Quality of Life* (QoL)

World Health Organization (WHO) memiliki sebuah organisasi yang disebut dengan *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) *Group*. Menurut WHOQOL kualitas hidup didefinisikan sebagai persepsi seseorang atau individu dalam konteks budaya dan norma yang sesuai dengan tempat hidup orang tersebut serta berkaitan dengan tujuan, harapan, standard dan kepedulian selama hidupnya (Tita Febri Prastiwi, 2013). Kualitas hidup adalah dampak dari penyakit dan aspek kepuasan yang diukur dengan skala : fungsi fisik (didefinisikan sebagai status fungsional dalam kehidupan sehari-hari), disfungsi psikologis (tingkat distress emosional), fungsi sosial (hubungan antar pribadi yang berfungsi dalam kelompok), pengobatan (didefinisikan sebagai kecemasan atau kekhawatiran tentang penyakit dan program perawatan), fungsi

kognitif (kinerja kognitif dalam pemecahan masalah) (Preedy & Watson, 2010).

Menurut Phillips (2006) dalam Aprilia Indra Aziza (2016) menyatakan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu tentang posisinya dalam kehidupan, dalam hubungannya dengan sistem budaya dan nilai setempat dan berhubungan dengan cita-cita, pengharapan dan pandangan-pandangannya yang merupakan pengukuran multidimensi dan tidak terbatas hanya pada efek fisik maupu psikologis pengobatan. Pendapat serupa juga diutarakan oleh Donald (2005) dalam Rubbyana (2012) yang menyatakan bahwa kualitas hidup merupakan suatu terminologi yang menunjukkan tentang kesehatan fisik, sosial dan emosi seseorang serta kemampuannya untuk melaksanakan tugas sehari-hari.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individu mengenai kehidupannya yang berkaitan dengan tujuan, harapan, standard dan kepedulian selama hidupnya dan ditunjukkan dalam bentuk kesehatan fisik, sosial dan emosi.

2.5.2 Faktor yang memengaruhi *Quality of Life* (QoL)

Menurut Angriyani (2008) terdapat delapan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, antara lain :

1. Kontrol, berkaitan dengan kontrol terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang, seperti pembahasan terhadap kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh.
2. Kesempatan yang potensial, berkaitan dengan seberapa besar seseorang dapat melihat peluang yang dimilikinya.

3. Keterampilan, berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang mengakibatkan ia dapat mengembangkan dirinya, seperti mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.
4. Sistem dukungan, termasuk didalamnya dukungan yang berasal dari lingkungan keluarga, masyarakat maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang layak dan fasilitas-fasilitas yang memadai sehingga dapat menunjang kehidupan.
5. Kejadian dalam hidup, hal ini terkait dengan tugas perkembangan dan stress yang diakibatkan oleh tugas tersebut. Kejadian dalam hidup sangat berhubungan erat dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan terkadang kemampuan seseorang untuk menjalani tugas tersebut mengakibatkan tekanan tersendiri.
6. Sumber daya, terkait dengan kemampuan dan kondisi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah apa yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.
7. Perubahan lingkungan, berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.
8. Perubahan politik, berkaitan dengan masalah negara seperti krisis moneter sehingga menyebabkan orang kehilangan pekerjaan atau mata pencaharian.

Selain itu, kualitas hidup seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya, mengenali diri sendiri, adaptasi, merasakan perasaan orang lain, perasaan kasih dan sayang, bersikap optimis, mengembangkan sikap empati.

2.5.3 Aspek *Quality of Life* (QoL)

Menurut WHOQOL-BREF dalam Nursalam (2015) terdapat empat aspek mengenai kualitas hidup, yaitu :

1. Kesehatan fisik mencakup aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energi dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur/istirahat, kapasitas kerja.
2. Kesejahteraan psikologis mencakup *bodily image appearance*, perasaan negatif, perasaan positif, *self-esteem*, spiritual/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.
3. Hubungan sosial mencakup relasi personal, dukungan sosial dan aktivitas seksual.
4. Hubungan dengan lingkungan mencakup sumber finansial, kebebasan, keamanan dan keselamatan fisik, perawatan kesehatan dan sosial termasuk aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, kesempatan untuk mendapatkan berbagai informasi baru maupun keterampilan, partisipasi dan mendapat kesempatan untuk melakukan rekreasi dan kegiatan yang menyenangkan di waktu luang, lingkungan fisik termasuk polusi/kebisingan/lalu lintas/iklim serta transportasi.

2.6 *Middle Range Theory of Resilience*

Literatur resiliensi yang diperiksa oleh Laura V. Polk, kemudian diklasifikasikan menjadi kelompok-kelompok data yang saling berhubungan atau bertumpang tindih. Awalnya, 26 kluster fenomena diidentifikasi. Kluster ini kemudian secara kritis diidentifikasi untuk

kesamaan dalam ruang lingkup dan untuk membuktikan struktur hierarkis. Dari 26 kluster hasil identifikasi maka dikelompokkan lagi menjadi enam kluster yaitu atribut psikososial, atribut fisik, peran, hubungan, karakteristik penyelesaian masalah dan keyakinan filosofis. Atribut psikososial dan atribut fisik kemudian digabungkan dan kemudian peran dan hubungan digabungkan, menghasilkan empat klasifikasi, yaitu :

1. Pola disposisional

Pola disposisi mengacu pada pola atribut psikososial fisik dan ego terkait yang berkontribusi pada manifestasi resiliensi. Atribut psikososial adalah karakteristik yang mencerminkan kompetensi pribadi dan rasa diri, sedangkan atribut fisik adalah faktor konstitusional dan genetika yang masuk ke dalam pengembangan resiliensi. Faktor-faktor fisik ini termasuk kecerdasan, kesehatan, dan temperamen.

Individu yang tangguh secara karakteristik yaitu cerdas, skor lebih tinggi pada kemampuan skolastik dan tes prestasi pendidikan. Selain itu, orang yang tangguh umumnya memiliki riwayat kesehatan yang baik, penampilan fisik yang baik dan kompetensi atletik. Akhirnya karakteristik temperamen yang mendapat perhatian positif dari pengasuh utama juga menunjukkan resiliensi. Bayi yang diasuh dan dirawat dengan penuh kasih sayang oleh orang tua dan individu yang menunjukkan sikap peduli ternyata lebih tangguh.

Ego terkait faktor-faktor psikososial yang mengindikasikan resiliensi termasuk rasa penguasaan dan kesadaran akan harga diri global dan penghargaan positif. Selain itu, rasa percaya diri pada efikasi

diri, otonomi dan kemandirian menjadi ciri resiliensi. Pola disposisi individu berkontribusi pada pola resiliensi keseluruhan ketika mencerminkan karakteristik fisik dan psikososial ini.

2. Pola hubungan

Pola hubungan mengacu pada karakteristik peran dan hubungan yang memengaruhi resiliensi. Pola tersebut mencakup aspek intrinsik dan ekstrinsik yang didefinisikan sebagai penempatan nilai pada hubungan dekat yang erat maupun pada jaringan sosial yang lebih luas. Aspek intrinsik termasuk beralih ke orang lain untuk memiliki perasaan yang dibuat dari pengalaman atau untuk mendapatkan kenyamanan, memiliki keterampilan dalam mengidentifikasi dan menghubungkan dengan panutan positif serta memiliki kemauan untuk mencari kepercayaan. Selain itu, sifat intrinsik hubungan tercermin dalam komitmen yang mendalam terhadap hubungan dan pengembangan keintiman pribadi.

Pola relasional juga mencerminkan minat sosial ekstrinsik. Resiliensi dimanifestasikan dalam memiliki banyak minat dan hobi serta komitmen untuk pendidikan, pekerjaan dan kegiatan sosial. Resiliensi juga terbukti dalam kesediaan untuk mencari dukungan masyarakat dan interaksi sosial yang positif dengan keluarga, teman, dan orang lain. Pola karakteristik peran dan hubungan individu ini berkontribusi pada keseluruhan pola resiliensi gabungan.

3. Pola situasional

Pola kontribusi ketiga diberi label "situasional". Pola ini mengungkapkan resiliensi sebagai pendekatan karakteristik terhadap situasi stresor dan dimanifestasikan sebagai keterampilan penilaian kognitif, kemampuan pemecahan masalah dan atribut yang menunjukkan kemampuan untuk bertindak dalam menghadapi situasi. Pola situasional mencakup kemampuan untuk membuat penilaian realistis dari kapasitas seseorang untuk bertindak dan harapan atau konsekuensi dari tindakan itu. Ini juga mencakup kesadaran tentang apa yang dapat dan tidak dapat dicapai dan kapasitas untuk menentukan tujuan yang lebih terbatas, untuk memahami perubahan di dunia, untuk menggunakan koping berorientasi masalah yang aktif dan untuk merefleksikan situasi baru. Fleksibilitas, ketekunan, dan sumber daya semuanya berkontribusi pada aspek pola resiliensi ini, seperti halnya memiliki *locus of control internal*. Akhirnya, pola situasional juga dimanifestasikan oleh pencarian kebaruan, keingintahuan, sifat yang mengeksplorasi dan kreativitas.

4. Pola filosofis

Konstruk keempat yang disintesis dari literatur sebagai karakteristik resiliensi adalah pola filosofis. Pola ini dimanifestasikan oleh kepercayaan pribadi. Keyakinan bahwa pengetahuan diri sangat berharga, refleksi tentang diri sendiri dan peristiwa berkontribusi pada pola ini. Ada juga keyakinan bahwa masa-masa indah terbentang di depan dan keyakinan dalam menemukan makna positif dalam

pengalaman. Selain itu, keyakinan bahwa kehidupan bermanfaat dan bermakna sebagai keyakinan dalam penilaian kontribusi seseorang melekat dalam manifestasi pola ini. Ada kesadaran bahwa hidup memiliki tujuan, bahwa jalur kehidupan setiap orang adalah unik dan penting untuk mempertahankan perspektif yang seimbang dari kehidupan seseorang.

Ketika memeriksa empat pola yang muncul ini, penulis memiliki wawasan bahwa pola ini berhubungan dengan disiplin keperawatan melalui konsistensi mereka dengan paradigma simultanitas ilmu keperawatan. Paradigma ini memandang manusia sebagai jauh berbeda dari penjumlahan bagian-bagian, yang berubah secara bersamaan dan bersamaan dengan lingkungan. Sifat paradigma ini adalah salah satu proses ritmis untuk meningkatkan kompleksitas. Dalam konteks ini, manusia mempersepsikan kehidupan sebagai pengalaman multidimensi sekaligus dengan makna pada setiap situasi yang terkait dengan dinamika khusus dari situasi itu. Newman menggambarkan paradigma ini sebagai kesatuan pola-pola yang berkembang dari interaksi orang dengan lingkungan. Dalam bingkai ini, tujuan keperawatan adalah untuk memfasilitasi gerakan menuju keutuhan. Pengenalan pola menyediakan data yang diperlukan relatif terhadap bidang manusia individu.

Konsep medan energi, keterbukaan, pola, dan pandimensionalitas merupakan hal mendasar untuk model keperawatan resiliensi. “Medan energi” telah dikonseptualisasikan sebagai unit dasar dari makhluk hidup dan non-hidup. Rogers mengatakan bahwa manusia adalah bidang energi

dinamis yang integral dengan bidang lingkungan, kedua bidang itu diidentifikasi oleh pola dan ditandai oleh pandimensionalitas dan keterbukaan.

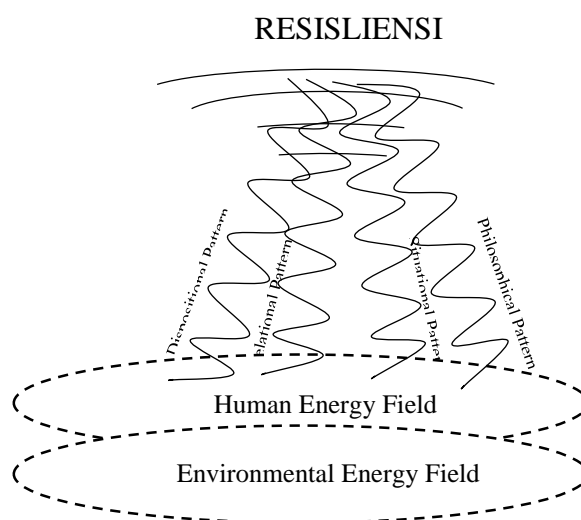
Pandimensionalitas adalah cara memahami realitas yang mengacu pada domain non-linear tanpa batasan spasial atau temporal. Bersamaan, keutuhan ilmu menekankan bahwa fenomena harus diperiksa dalam hal set elemen dalam interaksi. Jika masuk akal untuk berspekulasi bahwa medan energi manusia mempertahankan diri melalui proses aliran energi berkelanjutan ini, membangun dan memecah komponen. Kualitas keterbukaan ini tercermin dalam pergerakan bidang manusia dan lingkungan menuju peningkatan keanekaragaman.

Tren ini menunjukkan bahwa negentropi dapat dieksplorasi melalui konsep pola. Pola pada dasarnya terlibat dalam transformasi energi; hal itu adalah apa yang mengidentifikasi individu dan dicirikan oleh gerakan, keragaman dan ritme. Newman menulis bahwa manifestasi eksplisit yang diamati seseorang sebenarnya adalah pandangan terbatas dari pola tak kasat mata yang mendasari lebih besar yang terus-menerus dalam proses kejadian.

Lebih jauh, Newman menjelaskan bahwa pengungkapan pola-pola ini terjadi melalui sifat transformatif dari pengalaman-pengalaman yang tidak terorganisir. Evolusi pola melalui fase keteraturan dan gangguan ini konsisten dengan konsepsi Priogogine *et al* yang menyatakan bahwa jika kekuatan fluktuasi ke suatu sistem cukup besar, maka sistem itu dipaksa untuk berubah, bergerak melalui periode kekacauan sementara ke yang baru, tingkat organisasi dan fungsi yang lebih tinggi. Ini pada dasarnya

adalah proses yang telah digambarkan sebagai resiliensi. Individu mengalami kesulitan sebagai dorongan untuk berubah. Masing-masing bidang mengubah kekacauan pengalaman ini menjadi keragaman yang lebih besar sebagaimana dibuktikan oleh diferensiasi yang lebih dalam dari pola resiliensinya.

Menerima premis yang berbeda antara individu dan lingkungan, secara terus-menerus mencampurkan bidang energi lingkungan dan medan energi manusia merupakan bagian integral dari lingkungan mereka, memungkinkan postulat daripada medan energi manusia individu bergerak menuju negentropi karena bebas mengalir dengan medan energi lingkungan. Transformasi ini dimanifestasikan dalam kompleksitas yang berkembang dari pola resiliensi, disposisional, situasional dan filosofis. Berdasarkan alasan ini, lebih lanjut dijelaskan bahwa hubungan sinergis dari keempat pola ini membentuk pola kesatuan yang dikenal sebagai resiliensi. Pada dasarnya, aliran energi dari percampuran bidang manusia dan lingkungan dimasukkan ke dalam pola resiliensi yang semakin beragam.



Gambar 2.1 Kerangka teori resiliensi (Laura V. Polk, 1997)

2.7 Keaslian penelitian

No	Judul Karya Ilmiah, Penulis, Tahun	Metode (Desain, Sample, Variabel, Instrumen, Analisa)	Hasil
1	<i>Internalized stigma and its impact on schizophrenia quality of life</i> (Clara I. Morgades-Bamba, M Jose Fuster-Ruizdeapodaca, Fernando Molero, 2019)	D : <i>Descriptive statistics</i> dan korelasi S : 167 pasien skizofrenia V : <i>Quality of life</i> (QoL) pasien skizofrenia dan stigma internal I : Kuesioner A : <i>Path analysis</i>	Stigma internal mempunyai dampak yang besar pada <i>Quality of life</i> (QoL) pasien skizofrenia yang meliputi harga diri dan <i>self-efficacy</i> .
2	<i>Family members perspective of family resilience's risk factor in taking care of schizophrenia patients</i> (Rizki Fitriyasaki, Ah. Yusuf, Nursalam, Rr. Dian Tristiana, Hanik Endang Nihayati, 2018)	D : Kualitatif S : 15 orang anggota keluarga yang merawat pasien skizofrenia V : resiliensi anggota keluarga yang merawat pasien skizofrenia I : Wawancara mendalam A : Analisis Fenomenologi Interpretatif (AFI)	Resiliensi anggota keluarga yang merawat pasien dengan skizofrenia berhubungan dengan beban perawatan (penyakit, emosional, fisik, waktu uang dan beban sosial) dan stigma (psikologi, sosial dan konsekuensi interpersonal).
3	<i>Study of the relationship between self stigma and subjective quality of life for individuals with chronic schizophrenia in the community</i> (Yi Guo, Shumin Qu, Hongyun Qin, 2018)	D : Kuantitatif S : 602 pasien skizofrenia V : <i>Quality of Life</i> (QoL) pasien skizofrenia dan <i>self stigma</i> I : kuesioner A : SPSS V.17.0 Software	Ada hubungan antara <i>self stigma</i> dan <i>Quality of Life</i> (QoL) pasien skizofrenia di komunitas.
4	<i>Clinical and biological correlates of resilience in patients with schizophrenia and bipolar disorder</i> (Yuya Mizuno, Alex Hofer, Takefumi Suzuki, 2016)	D : <i>Cross sectional</i> S : 180 pasien skizofrenia, bipolar dan normal V : Resiliensi pasien skizofrenia, sample klinis dan sampel biologis I : Wawancara dan pengukuran laboratorium A : ANOVA	Harga diri, spiritualitas, <i>Quality of Life</i> (QoL) dan keputusan berhubungan dengan resiliensi.
5	<i>Effect of internalized stigma on functional recovery in patients with schizophrenia</i> (Meltem Capar, Funda Kavak, 2018)	D : <i>Cross sectional</i> S : 250 pasien skizofrenia V : Stigma internal dan penyembuhan fungsional pasien skizofrenia I : Kuesioner A : <i>Percentage distribution, arithmetic mean, independent samples t-test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis, ANOVA</i> dan korelasi	Semakin tinggi level stigma internal maka level penyembuhan fungsional akan menurun.

6	<i>Stigma resistance in patients with schizophrenia</i> (Ingrid Sibitz, Annemarie Unger, Andreass Wopmann, 2011)	D : Kuantitatif S : 157 pasien skizofrenia V : Devaluasi yang dirasakan, diskriminasi, depresi, harga diri, keberdayaan, <i>Quality of Life</i> (QoL), variable klinis dan <i>stigma resistance</i> I : Kuesioner A : SPSS 15.0	Resistensi stigma berhubungan positif dengan harga diri, keberdayaan, dan <i>Quality of Life</i> (QoL) serta berhubungan negatif dengan stigma dan depresi.
7	<i>Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes</i> (uth L. Firmin, Lauren Luther, Paul H. Lysaker, Kyle S. Minor, Michelle P. Salyers, 2016)	D : Meta analisis S : - V : Penyakit, <i>self stigma</i> , <i>self efficacy</i> , penyembuhan, harapan, <i>insight</i> dan <i>stigma resistance</i> I : - A : -	<i>Stigma resistance</i> berhubungan positif dengan <i>self efficacy</i> , <i>Quality of Life</i> (QoL), harapan dan pemulihan. <i>Stigma resistance</i> berhubungan negative dengan <i>self stigma</i> .
8	<i>Recovery components as determinants of the health related quality of life among patients with schizophrenia</i> (Winnie W.H, Marcus Y.L, Willian T.L, 2016)	D : <i>Structural equation modelling analysis</i> S : 201 pasien skizofrenia V : <i>Quality of Life</i> (QoL) pasien skizofrenia dan komponen penyembuhan I : Kuesioner A : CCA	Dukungan persepsi pasien, optimisme dan faktor personal berdampak pada gejala psikososial dan stigma internal. Resiliensi dapat meningkatkan <i>Quality of Life</i> (QoL) pasien skizofrenia.
9	<i>Neural and cognitive correlates of stigma and social rejection in individual with SMI</i> (J. Dubreucq, N. Franck, 2019)	D : <i>Systematic review</i> S : - V : Penolakan sosial dan neural dan kognitif yang berhubungan dengan stigma I : - A : -	Penolakan sosial berhubungan erat dengan emosi negatif dan rusaknya pengontrolan emosi. Semua ini dipengaruhi dengan gejala psikiatrik, lama penyakit, distress non spesifik.
10	<i>Public stigma of mental illness in the US</i> (Angela M. Percesepe, Leopoldo J. Cabassa, 2013)	D : <i>Systematic review</i> S : - V : Stigma publik di US mengenai penyakit jiwa I : - A : -	Proses terjadinya stigma publik, keyakinan terhadap stigma, perilaku terhadap perawatan kesehatan mental.
11	<i>Stigmatization as an environmental risk in schizophrenia</i> (Catherine van Zelst, 2009)	D : <i>User perspective</i> S : - V : Stigmatisasi skizofrenia I : - A : -	Stigmatisasi merepresentasikan interaksi negatif yang kronik dengan lingkungan pasien skizofrenia.