

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Tinjauan teori di bab 2 ini akan dibahas tentang konsep *empowerment* konsep *caregiver*, konsep model *caregiverempowerment*, tinjauan literatur *self empowerment* dan *caregiverself efficacy*, konsep *self efficacy*, konsep *caregiver self efficacy*, dan konsep skizofrenia.

2.1 Konsep *Empowerment*

2.1.1 Pengertian *Empowerment*

Empowerment adalah konstruksi yang menghubungkan kekuatan dan kompetensi individu, sistem bantuan alami, perilaku yang proaktif terhadap kebijakan sosial dan perubahan sosial. Ini mengarahkan perhatian terhadap kesehatan, adaptasi, kompetensi, dan perubahan bantuan alami (Rappaport, 1981, 1984 ; Perkins & Zimmerman, 1995). *Empowerment* adalah orientasi nilai untuk bekerja di masyarakat dan model teoritis untuk memahami proses dan konsekuensi dari upaya untuk melakukan kontrol dan pengaruh atas keputusan yang mempengaruhi kehidupan seseorang, fungsi organisasi, dan kualitas kehidupan masyarakat (Perkins & Zimmerman, 1995 ; Rappaport, 1981; Zimmerman & Warschausky, 1998). Dibutuhkan pembedaan antara nilai-nilai yang mendasari pendekatan *empowerment* untuk perubahan sosial dan teori

empowerment. Orientasi nilai *empowerment* menunjukkan tujuan, sasaran, dan strategi untuk mengimplementasikan perubahan. Teori *empowerment* memberikan prinsip dan kerangka kerja untuk mengatur pengetahuan kita (Perkins & Zimmerman, 1995).

Sebuah teori *empowerment* menyarankan cara untuk mengukur konstruk dalam konteks yang berbeda, untuk mempelajari proses *empowerment*, dan untuk membedakan *empowerment* dari konstruk lainnya, seperti harga diri, *self efficacy*, atau *locus of control*. *Empowerment* dapat dilihat sebagai proses di mana individu belajar untuk melihat hubungan yang lebih dekat antara tujuan yang ingin mereka capai dan upaya bagaimana mencapainya, dan hubungan antara upaya dan hasil dari yang sudah mereka lakukan (Mechanic, 1991 dalam Perkins & Zimmerman, 1995). *Empowerment* adalah proses yang disengaja dan berkelanjutan yang dipusatkan di komunitas lokal, yang melibatkan rasa saling menghormati, refleksi kritis, kepedulian, dan partisipasi kelompok, di mana orang yang kurang memiliki sumber daya yang sama dihargai untuk mendapatkan akses lebih besar ke dan kontrol atas sumber daya tersebut (Cornell Empowerment Group, 1989 dalam Perkins & Zimmerman, 1995).

Empowerment merupakan konsep utama dari *World Health Organization* (WHO) di mana dalam visinya untuk meningkatkan kesehatan. Dalam bidang kesehatan mental, *empowerment* menjadi

prioritas utama dari deklarasi kesehatan mental *World Health Organization* (WHO) untuk orang-orang dengan masalah kesehatan mental, *care giver* dan keluarga. Meskipun tidak ada definisi yang jelas tentang *empowerment*, akan tetapi pada hakekatnya *empowerment* merupakan proses yang memungkinkan seseorang mampu mengendalikan kehidupannya dan membuat keputusan yang akan menentukan kehidupan itu berlangsung seperti apa (Nojima 1996, Herbert et al., 2009, Kageyama et al., 2015). *Empowerment* juga telah diartikan sebagai proses dan konstruksi bertingkat yang berhubungan dengan individu, organisasi dan masyarakat (Schulz et al 1995, Nojima 1996, Kageyama et al 2015).

2.2 Konsep *Self Empowerment*

Self empowerment juga disebut sebagai *psychology empowerment*, berhubungan dengan sejumlah atribut yang diperlukan untuk kapasitas pribadi seseorang yang harus direalisasikan. Hal ini dengan mengembangkan mekanisme koping atau meningkatkan keterampilan pribadi agar mereka dapat membuat pilihan yang berhubungan dengan kesehatan dirinya. *Self empowerment* pada dasarnya adalah perasaan seseorang yang benar-benar memiliki kontrol atas hidup mereka. Sementara *self empowerment* adalah dasar bagi orang-orang yang mendapatkan kontrol yang lebih besar atas hidup mereka, itu terbatas karena tidak mempertimbangkan pengaruh lingkungan yang lebih luas pada kesehatan individu, seperti kemiskinan dan pekerjaan (Perkins & Zimmerman, 1995).

Pendekatan ini juga dikenal sebagai model aktualisasi diri, dalam upaya mengembangkan kemampuan individu untuk mengendalikan status kesehatan diri sendiri dalam lingkungannya. Model ini berfokus pada peningkatan identitas pribadi dan harga diri seseorang dengan mengembangkan kecakapan hidup, termasuk ketrampilan pengambilan keputusan dan pemecahan masalah, sehingga individu mau dan mampu mengendalikan sendiri kehidupannya (*Public Health Promotion, Auckland District Health Board, and Mental Health Foundation*, 2001).

Sumardjo 1999, dalam Rohima et al,2013 menyatakan bahwa karakteristik seorang individu yang diberdayakan antara lain : (1) mampu memahami diri dan potensi dirinya, mampu membuat perencanaan (untuk mengantisipasi perubahan kondisi di masa depan), (2) mampu mengarahkan dirinya sendiri, (3) memiliki kekuasaan untuk bernegosiasi, (4) memiliki kekuatan tawar menawar dalam melakukan kerja sama, dan (5) bertanggung jawab atas tindakannya sendiri. Ini menunjukkan bahwa individu yang diberdayakan adalah orang yang tahu, mengerti,dan memiliki motivasi dan peluang yang baik, memanfaatkan peluang, memiliki energi, dapat bekerja sama, mengetahui berbagai alternatif, dapat membuat keputusan, berani mengambil risiko, dapat mencari informasi, dan memiliki kemampuan bertindak sesuai dengan situasi. Proses *empowerment* harus dilakukan secara terus-menerus dan berkesinambungan sehingga dapat menuntun mereka menuju kemakmuran.

Cattaneo & Chapman 2010 dalam Winch Guy, 2011 menyusun enam langkah dalam proses mencapai *self empowerment* adalah sebagai berikut :

1. Identifikasi tujuan dengan berorientasi pada kekuatan, untuk meningkatkan pengaruh kita dalam setiap tingkat interaksi sosial, baik dengan orang lain, kelompok atau sistem. Diri kita mampu berpengaruh terhadap sosial kita, sehingga kehidupan kita menjadi bermakna dan sangat signifikan dalam kehidupan pribadi.
2. Pengetahuan: Untuk mencapai tujuan kita, kita membutuhkan pemahaman tentang siapa saja yang terlibat, masalah-masalah yang mungkin kita temui, sumber daya yang akan kita butuhkan dan rencana .
3. *Self efficacy*: Untuk bertindak, pertama-tama kita harus percaya bahwa kita dapat mencapai tujuan kita, dengan berbekal pengetahuan dan keterampilan yang kita miliki maka kita dapat mengembangkan kepercayaan diri serta *self efficacy*.
4. Kompetensi: Semakin baik keterampilan kita semakin besar kompetensi kita. Meningkatkan keterampilan yang kita miliki maka mampu meningkatkan kompetensi kita, sehingga kita harus belajar terus menerus dalam menghadapi semua permasalahan.
5. Tindakan: Proses *empowerment* merupakan proses yang dinamis karena kita bertindak, menilai dan bertindak lagi. Kita mencoba untuk mengatasi setiap hal yang sering kita keluhkan, dari hal yang kecil ke hal yang besar.

6. Dampak: *self empowerment* dapat diperoleh jika kita benar-benar ingin mengubah diri kita, dan tidak semua upaya yang dilakukan akan langsung menunjukkan keberhasilan.

Proses *empowerment* adalah sebuah proses dan bukan metamorfosis semalam. Semakin besar pengaruh sosial kita, semakin kuat dan cepat kita menjadi berdaya. Proses *empowerment* bukan dorongan linier menuju perasaan efikasi internal yang lebih kuat, tetapi lebih merupakan proses dinamis di mana kita memperoleh pengetahuan, mengambil tindakan, menilai dampak kita, dan menyempurnakan upaya kita. Yang terbaik adalah membangun perlahan dengan mengejar keluhan yang lebih sederhana sebelum menanggulangi ketidakpuasan yang lebih berarti. Setiap keluhan kecil yang kita alami mampu kita selesaikan dan akhirnya mampu membangun *self empowerment*, harga diri, *self efficacy* yang lebih stabil dan langgeng (WinchGuy, 2011).

2.3 Model *Caregiver Empowerment* (Patricia S. Jones, Betty W. Winslow, Jerry W. Lee, Margaret Burns and Xinwei Esther Zhang, 2011).

Anggota keluarga yang merawat orang tua usia lanjut dapat mengalami hasil negatif dan positif dari kegiatan pemberian perawatan. Penjelasan teoritis untuk hasil negatif telah dikembangkan, sehingga dibutuhkan model yang menjelaskan dan memprediksi tentang hasil positif. Artikel ini menjelaskan evolusi Model *Caregiver Empowerment* untuk menjelaskan dan memprediksi hasil positif dari pengasuhan keluarga. Meskipun temuan empiris mendukung

hasil positif dari pengasuhan keluarga, tetapi karena kurangnya perhatian yang diberikan pada alasan teoretis untuk hasil yang positif .

Model konseptual dan empiris yang dapat digunakan untuk menjelaskan salah satu intervensi *family empowerment* adalah dengan menggunakan model *Caregiver Empowerment*. Model *caregiver empowerment* ini terutama didasarkan pada dua kerangka kerja yang ada : 1) Jones dan Meleis' (1993) model *health empowerment*, yang menggabungkan teori stress salutogenik Antonovsky's (1979) dengan model proses stress *caregiving* Perlin, Mullan, Semple dan Skaff's (1990), 2) Teori Folkman dan Moskowitz's (2000) tentang arti fokus pada coping. Masing-masing dari kerangka kerja ini menambahkan pandangan untuk menjelaskan dan memprediksi hasil positif dari *family caregiving*.

Dalam model *caregiver empowerment*, *empowerment* diartikan sebagai peningkatan dalam kemampuan untuk menilai, mempengaruhi dan mengatur sebuah situasi yang menggunakan kontekstual dan sumber-sumber personal untuk mencapai hasil yang diinginkan. Model *Caregiver Empowerment* ini dapat digunakan untuk meningkatkan dan mempromosikan hasil yang lebih baik dalam pengasuhan keluarga. Model *Caregiver Empowerment* memperhitungkan variabel latar belakang yang mempengaruhi situasi pemberian perawatan oleh keluarga seperti : budaya, keyakinan tentang tanggung jawab pengasuhan keluarga, tuntutan pengasuhan, penilaian pengasuhan terhadap tuntutan yang mereka hadapi, serta spesifikasi sumber dukungan yang dimiliki keluarga.

Jones, Winslow, Lee, Burns, dan Zhang (2011) mengembangkan model *caregiver empowerment* untuk menjelaskan dan memprediksi hasil pengasuhan yang positif (misalnya, pertumbuhan pribadi) di antara wanita AsiaAmerika yang merawat anggota keluarga lansia mereka dengan kecacatan dan gangguan kesehatan mental. Para penulis mengembangkan model berdasarkan data yang dikumpulkan pada tahun 1995, 1996, dan 2002. Model *Caregiver Empowerment* cocok sebagai kerangka pemandu untuk penelitian ini karena, tidak seperti model yang tercantum di bagian sebelumnya, model ini dikembangkan untuk digunakan di kalangan penyedia dukungan orang dewasa, karena menjelaskan dan memprediksi hasil positif dari pengasuhan. Dengan demikian, model *caregiver empowerment* memberikan pandangan pengasuhan yang lebih luas, diperkaya, dan holistik.

Menurut Jones et al. (2011), latar belakang dari penyedia dukungan keluarga ditentukan oleh faktor demografi, akulturasi budaya dan *filial value*, hubungan *caregiver* dengan penerima perawatan. Faktor Demografi penyedia dukungan termasuk usia, jenis kelamin, ras, etnis, hubungan sebelumnya dengan penerima perawatan, dan apakah penerima perawatan adalah keluarga dekat atau jauh. Akulturasi budaya mengacu pada seberapa lama para penyedia dukungan AsiaAmerika pernah tinggal di AS, yang bias berpotensi mempengaruhi keyakinan dan nilai pengasuhan mereka.

Jones et al, 2011 lebih lanjut menegaskan bahwa *filial value* mengacu pada keyakinan pribadi dan budaya tentang tanggung jawab untuk kerabat lansia

yang bisa mempengaruhi dukungan motivasi penyedia layanan untuk memberikan perawatan. Kebutuhan pengasuhan adalah pemicu stres saat melaksanakan tugas pengasuhan, seperti keterbatasan fungsional penerima perawatan, durasi dan intensitas kegiatan pengasuhan, dan tuntutan peran lain yang mempengaruhi fungsi *caregiver*, terkadang bisa mengarah pada hasil kesehatan yang negatif dan ketidakpuasan.

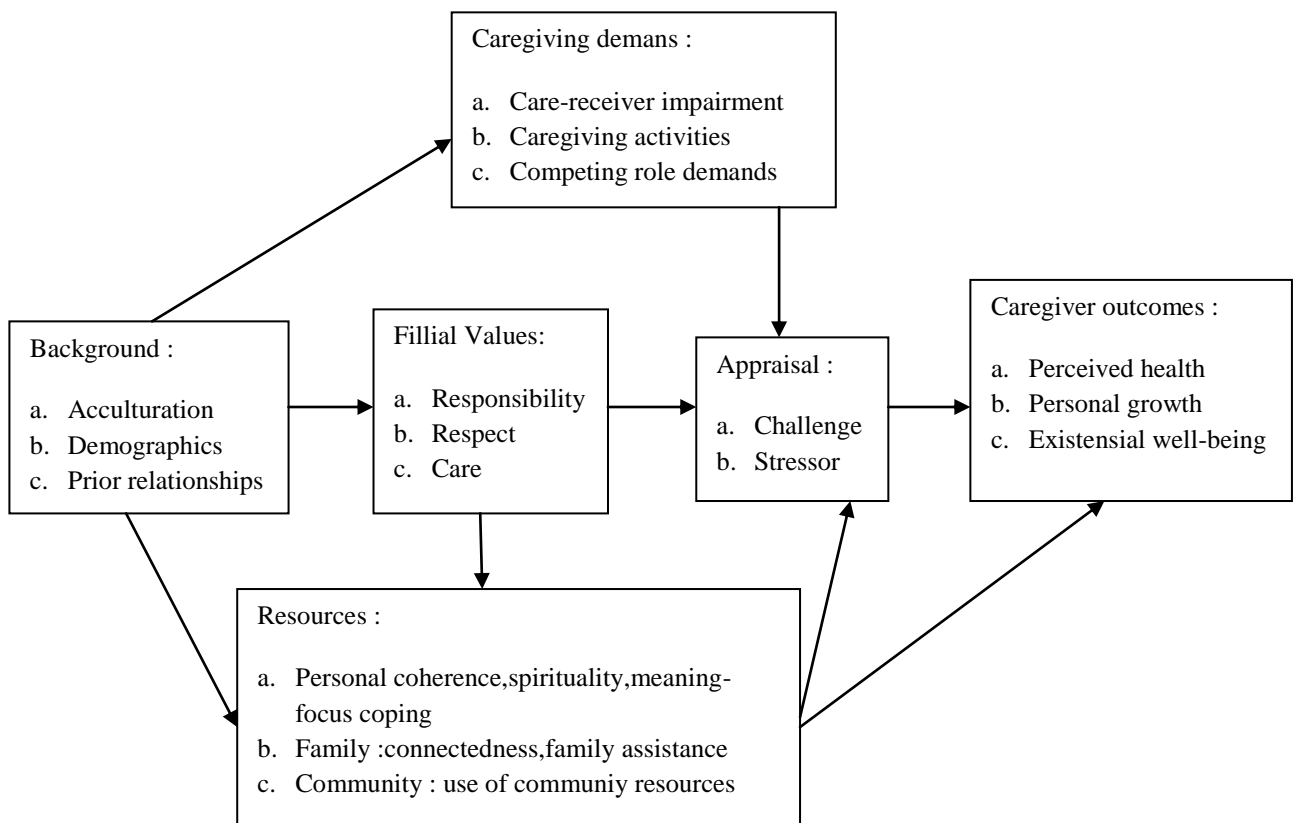
Sumber dukungan yang ada adalah faktor komunitas yang membantu mengatasi kebutuhan pengasuhan, *filial value*, intensitas kegiatan pengasuhan, dan sumber dukungan bersama-sama membantu memprediksi penilaian pengasuhan, yang meliputi perasaan subjektif *caregiver* tentang pengasuhan. Penilaian pengasuhan pada akhirnya menentukan hasil pengasuhan dalam hal kesejahteraan positif, pertumbuhan psikologis, dan pemberdayaan. Secara keseluruhan, model *caregiver empowerment* menekankan bahwa a) sumber dukungan berkontribusi pada hasil positif dan efek negatif dari stres, dan b) penilaian positif dari situasi stres mengarah ke hasil positif.

2.3.1 Variabel pada model *caregiver empowerment* terdiri dari :

1. *Caregiving demands* (Kebutuhan pengasuhan) terdiri dari : penurunan fungsi penerimaan perawatan, kegiatan pengasuhan dan tuntutan peran yang lain.
2. *Resources* (sumber dukungan) terdiri dari faktor pribadi anggota keluarga seperti koheren, spiritualitas, dan koping yang digunakan. Faktor keluarga seperti keterkaitan dan bantuan keluarga. Faktor komunitas seperti penggunaan sumber daya komunitas.

3. *Fillial value* (nilai-nilai berbakti) yang terdiri dari sikap tanggung jawab, rasa menghormati dan kemampuan merawat.
4. *Background* (latar belakang *caregiver*) terdiri dari akulturasi budaya, faktor demografi dan hubungan sebelumnya.
6. *Appraisal Caregiving* (penilaian pengasuhan) adalah proses menilai yang terdiri dari komponen hasil penilaian, sebagai tantangan atau sebagai stressor atau penyebab stress.
7. *Caregiver outcome* (hasil pengasuhan), hasil pengasuhan terhadap keluarga adalah persepsi tentang sehat, pertumbuhan pribadi dan keluarga, eksistensi kondisi sejahtera.

2.3.2 Skema Model *Caregiver Empowerment* adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 Model *Caregiver Empowerment*

Sumber : Jones, Winslow, Lee, Burns, & Zhang, 2011

Model ini untuk memandu praktik dan penelitian dengan tujuan mempromosikan hasil positif pada *caregiver family*. Landasan teoritis dan empiris model ini bersama potensinya untuk memprediksi kesejahteraan *caregiver family*. Model ini memperhitungkan variabel latar belakang yang mempengaruhi situasi pengasuhan, keyakinan budaya tentang tanggung jawab pengasuhan, tuntutan terhadap pengasuhan keluarga, penilaian pengasuh atas tuntutan yang mereka hadapi, dan spesifik sumber dukungan yang dapat memfasilitasi hasil yang positif. Implikasi dari *Caregiver Empowerment Model* disarankan untuk penelitian dan praktik studi masa depan.

2.4 Konsep Caregiver

2.4.1 Pengertian *Caregiver*

Caregiver adalah seorang Individu yang secara umum merawat dan mendukung individu lain (pasien) dalam kehidupannya (Awad dan Voruganti, 2008). Davidson, Gerald, Neale, Jhon dan Kring (2012) juga menjelaskan bahwa *caregiver* adalah seseorang yang menyediakan perawatan baik itu dalam bentuk fisik dan atau emosional bagi individu yang menderita penyakit atau kecacatan, biasanya individu merupakan seseorang yang dicintai.

Istilah *caregiver* mencakup berbagai pengalaman dan situasi. Pemberian perawatan mungkin termasuk merawat orang yang dicintai di rumah pengasuh, rumah penerima perawatan atau dalam pengaturan kelembagaan. Ini mungkin termasuk memperhatikan kesejahteraan emosional dan / atau kesehatan fisik seseorang. Ini mungkin melibatkan pengasuhan jangka panjang untuk seseorang dengan penyakit kronis atau cacat fisik, atau mungkin intermiten dan sporadis seperti dalam kasus merawat seseorang dengan penyakit akut atau episode akut penyakit kronis (Greenlee J.&Scharlach A., 2002).

Caregiver diartikan sebagai seseorang yang memenuhi salah satu kriteria antara lain : a) Anggota keluarga atau pembantu yang secara teratur merawat anak atau orang sakit, lanjut usia, atau orang cacat., b) Memiliki tanggung jawab yang berarti untuk mengelola perilaku dan atau kesejahteraan individu lain yang masih di bawah umur atau orang yang didiagnosis memiliki kondisi medis yang kronis atau melemahkan, c) Ditunjuk oleh orang tua anak atau wali yang sah (www.nesmithlibrary.org, 2015).

Caregiver keluarga adalah seseorang yang bertanggung jawab dalam melakukan perawatan serta memenuhi kebutuhan dasar setiap hari untuk orang lain. *Caregiver* keluarga mempunyai tanggung jawab dalam dukungan terhadap fisik, emosional dan keuangan dari orang lain yang tidak mampu merawat dirinya sendiri yang dikarenakan oleh sakit kronis, cedera ataupun kecacatan. Yang menerima perawatan bisa saja anggota

keluarga, pasangan hidup, teman atau orang lain. Oleh karena itu *caregiver* keluarga kadang-kadang disebut dengan *caregiver informal* , merupakan istilah yang digunakan para profesional untuk mereka yang merawat anggota keluarga atau teman di rumah dan biasanya tanpa dibayar(Emblem Health,2010).

Caregiver formal adalah penyedia layanan kesehatan untuk keluarga yang membutuhkan dan mendapatkan gaji. Dalam konteks Amerika, *caregiver* adalah wanita yang bekerja dan menghabiskan 20 jam seminggu untuk memberikan perawatan secara profesional dan telah mendapatkan pelatihan dan dibayar untuk layanan yang mereka berikan. *Caregiver formal* telah dilatih oleh para ahli yang berada di masing-masing agen penyedia jasa *caregiver*(Emblem Health,2010).

Sementara para ahli dari berbagai bidang sepakat bahwa tanggung jawab perawatan keluarga mencakup berbagai situasi dan pengalaman, seringkali perlu untuk menggambarkan konsep *caregiver* ketika melakukan penelitian, membuat kebijakan, atau memberikan layanan. Survei Perawatan Jangka Panjang Nasional 1982 (Stone, Cafferata, & Sangl, 1987), misalnya, mengklasifikasikan pengasuh menjadi salah satu dari tiga kategori: 1) pengasuh utama yang memiliki tanggung jawab penuh untuk penerima perawatan, 2) pengasuh utama yang usahanya ditambahkan baik dengan bantuan informal atau formal, dan 3) pengasuh sekunder yang tidak

memiliki tanggung jawab utama untuk penerima perawatan (Greenlee J.&Scharlach A., 2002).

2.4.2 Prevalensi *Caregiver*

Survey pada tahun 2009 menunjukkan bahwa lebih dari 65,7 juta orang Amerika atau 28,5% dari populasi berperan sebagai *caregiver informal* untuk anak dengan kebutuhan khusus atau untuk orang dewasa yang membutuhkan bantuan perawatan. Sebagian besar *caregiver* (86%) mempunyai ikatan keluarga dengan penerima perawatan, dan 36% yang mempunyai kepedulian pada orang tua. Dari hasil studi menunjukkan bahwa usia rata-rata *caregiver* adalah 49 tahun, lebih dari separuh usia *caregiver* antara 18-49 tahun dan dari semua lapisan masyarakat. Baru-baru ini usia *caregiver* bergeser menjadi 50 dan 64 tahun (Emblem Health, 2010).

Mayoritas (66%) *caregiver* keluarga adalah wanita, dan 34% *caregiver* keluarga dilakukan oleh pria. Menurut survei tahun 2009 oleh Aliansi Nasional Amerika Serikat, bahwa pekerjaan yang dilakukan oleh *caregiver* keluarga antara lain : a) Menyiapkan makanan, b) Mengelola keuangan, c) Membantu dalam pengobatan, d) Berbelanja, e) Membantu dalam tugas perawatan pribadi sehari-hari (mulai dari mandi, berpindah, pergi ke dan dari toilet, berpakaian, memberi makan dan mengurus *inkontinensia urine* dan *alvi*), dan f) Mengelola keuangan (Emblem Health, 2010).

Beberapa kondisi kesehatan yang menyebabkan kebutuhan akan seorang *caregiver* meliputi: a) Gangguan otak kronis, seperti demensia, alzheimer, dan penyakit parkinson, b) Kanker, c) Gangguan mental atau kejiwaan seperti *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD), d) Penyakit kardiovaskular seperti stroke atau serangan jantung, e) Cedera seperti trauma otak atau cedera tulang belakang, f) Ketidakmampuan perkembangan seperti keterbelakangan mental atau autisme, g) Penyakit kronis seperti diabetes, radang sendi yang parah, dan HIV / AIDS (Emblem Health, 2010).

2.4.3 Dampak terhadap *Caregiver*

Menjadi *caregiver* mempunyai dampak negatif secara fisik dan emosional baik pada penerima perawatan maupun pada *caregiver* sendiri (Schulz & Beach, 1999; Schulz, O'Brian, Bookwala, & Fleissner, 1995). Beberapa penelitian tentang stres yang dialami oleh *caregiver* telah menghasilkan dua kesimpulan tentang kesehatan mental. Pertama, *caregiver* dapat mengalami tingkat stres dan kelebihan beban yang tinggi, sehingga berkontribusi terhadap gejala depresi dan kelelahan (Moen et al., 1995). Kedua, peran *caregiver* berkontribusi terhadap kesejahteraan secara pribadi dan semua anggota keluarga (Moen et al., 1995; Noonan & Tennstedt, 1997).

Faktor yang terkait dengan tingginya tingkat stres *caregiver* meliputi status kesehatan penerima perawatan dan perkembangan

penyakit yang semakin memburuk atau membaik, adanya masalah perilaku dari penerima layanan, tingkat ketergantungan dalam aktifitas sehari-hari dari penerima perawatan, adanya hubungan keluarga yang saling bertentangan, konflik atau ketegangan kerja, kesulitan keuangan, berkurangnya peran sosial dan fungsi rekreasi dalam kehidupan *caregiver* (Pearlin et al., 1990; Mittelman et al., 1995; Mittelman et al., 1996). Tingkat stres yang dialami oleh pengasuh dapat berfluktuasi dikarenakan oleh faktor-faktor tersebut (Pearlin et al., 1990). Secara umum, risiko depresi pada *caregiver* meningkat dikarenakan lamanya periode perawatan, status kesehatan dari penerima perawatan yang semakin menurun, dan menurunnya kondisi emosional dari penerima perawatan (Schulz et al, 1995). Banyak *caregiver* juga mengalami ancaman terhadap identitas pribadi dan hilangnya peran sosial saat mereka menerima tanggung jawab untuk melakukan perawatan (Skaff & Pearlin, 1992).

Adapun pengalaman *caregiver* yang memiliki aspek positif adalah perasaan puas karena dapat membantu orang yang dicintai, dapat menghabiskan waktu bersama dengan penerima perawatan, lebih dekat dengan penerima perawatan, dan kepuasan dengan mengetahui bahwa orang yang dicintai mendapat perawatan yang baik (Moen et al., 1995; Scharlach, 1994). Dengan demikian *caregiver* dapat mengungkapkan perasaan empati dan cinta kepada penerima perawatan, mempunyai rasa hormat dan altruistik yang lebih besar dengan mengetahui bahwa mereka mempunyai peran penting dalam kehidupan orang yang dicintai (Toseland,

2001). Tampaknya keyakinan positif tentang perawatan dapat memiliki dampak penting pada kesehatan mental para *caregiver*.

Caregiver yang menemukan makna dalam perannya mengekspresikan gejala depresi yang lebih sedikit daripada *caregiver* yang tidak menemukan makna dalam peran pengasuhannya (Noonan & Tennstedt, 1997). Selain itu *caregiver* wanita yang mempunyai tingkat pendidikan yang lebih tinggi dan pengalaman emosional lebih banyak mengalami tekanan lebih sedikit dan cenderung mengekspresikan bahwa mereka mendapat manfaat dari peran pengasuhannya (Moen et al., 1995).

Dampak terhadap kesehatan dan kesejahteraan fisik dari *caregiver* antara lain lebih banyak mengalami penyakit fisik, termasuk radang sendi, masalah punggung, masalah pendengaran, insomnia, gangguan pada rektal dan diabetes (Pruchno & Postashnik, 1989; Scharlach, Runkle, Midanik, & Soghikian, 1994; Schulz et al., 1995). Beberapa *caregiver* juga ditemukan lebih banyak mengalami penurunan fungsi kekebalan tubuh, infeksi saluran pernafasan, dan tingkat penyembuhan luka yang lebih lambat (Vitaliano, Schulz, R., Kiecolt-Glaser, J., & Grant, 1997). *Caregiver* perempuan cenderung mengalami lebih banyak masalah kesehatan daripada *caregiver* pria. *Caregiver* laki-laki mengalami kadar kolesterol lipoprotein dan trigliserida yang lebih tinggi, serta obesitas, sementara *caregiver* perempuan memiliki lebih

banyak masalah dengan penambahan berat badan dan obesitas (Vitaliano et al., 1997 dalam Greenlee J & Scharlach A.,2002).

2.4.4 Intervensi terhadap *caregiver*

Pembahasan beberapa literatur *caregiver* sebenarnya juga merupakan pasien tersembunyi yang membutuhkan perlindungan dari bahaya secara fisik dan psikologis. Intervensi untuk *caregiver* keluarga mempunyai dua tujuan, pertama adalah untuk mendukung *caregiver* secara langsung dengan mengurangi penderitaan dan dampak keseluruhan pada kesehatan dan kesejahteraannya. Yang kedua intervensi dilakukan agar *caregiver* menjadi lebih kompeten dan percaya diri dalam memberikan perawatan yang aman serta efektif kepada penerima perawatan.

2.4.5 *Theoretical Mappings* self empowerment, self efficacy, dan *Quality of Life* penderita skizofrenia.

Tabel 2.1 *Theoretical Mapping*

No	Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Design dan Metode	Hasil Penelitian
1	Self efficacy and empowerment as outcomes of self stigmatizing and coping in schizophrenia Vauth R., et al, 2007 <u>Psychiatry Research</u> Volume 150, Issue 1, 28 February 2007, Hal 71-80	untuk membuktikan bagaimana evaluasi dimensi dari konsep diri (selfefficacy dan pemberdayaan) bertindak sebagai perantara efek psikologis dari stigmatisasi diri dan cara mengatasi	Jumlah sample 172 pasien rawat jalan dengan skizofrenia berdasarkan DSM-IV, Diukur untuk stigma diri dan penurunan penilaian diri, cara mengatasi stigma, efikasi diri, pemberdayaan, kualitas hidup dan depresi. Analisa data dengan Structural Equation Modeling (SEM).	Didapatkan hasil yaitu, 46% depresi dan 54% penurunan kualitas hidup dapat dijelaskan oleh pemberdayaan yang terkikis. Selain itu, 51% dari pengurangan pemberdayaan dijelaskan oleh pengurangan self efficacy pada tingkat yang lebih umum oleh disfungsi koping dan tingginyatingkat stigma yang

		stigma.		diantisipasi. Secara keseluruhan dari data menunjukkan gaya koping yang menghindar sebagai faktor risiko stigma yang antisipasif yang mengikis self efficacy diri dan pemberdayaan. Data ini memiliki implikasi untuk pendekatan perilaku kognitif, yang harus fokus pada stigma yang diantisipasi untuk meningkatkan pemulihan skizofrenia.
2	Efficacy of a Self Esteem Module in the Empowerment of Individuals with Schizophrenia LECOMTE, et al, 1999 The Journal of Nervous & Mental Disease: July 1999 - Volume 187 - Issue 7 - p 406-413	Untuk meningkatkan pemberdayaan dan memperbaiki harga diri dari individu dengan penyakit mental.	<i>Randomized Controlled Trial.</i> Jumlah sampel 51 penderita skizofrenia sebagai kelompok eksperimen diberikan program kegiatan mandiri dengan modul 12 minggu. 44 penderita skizofrenia sebagai kelompok kontrol yang melanjutkan perawatan rutin saja. psikososial, diagnostik, neurokognitif, dan simtomatologi diukur untuk semua 95 sampel sebelum pengobatan (T0) dan setelah pengobatan (T1), dan pada 6 bulan tindak lanjut (T2).	Hasil menunjukkan efek modul pada keterampilan mengatasi (keterampilan koping aktif meningkat secara signifikan) dan gejala psikotik (gejala positif menurun secara signifikan), menunjukkan keberhasilan dari jenis intervensi khusus ini. Interpretasi hasil menyoroti pentingnya peran lingkungan yang berpotensi dalam mendukung pemberdayaan individu yang sakit mental parah.
3	Youth Empowerment Programs for Improving Adolescents' Self Efficacy and Self Esteem: A Systematic Review Matthew H Morton and Paul	Untuk Menilai keadaan dari bukti mengenai dampak program pemberdayaan kaum muda (YEP) pada self efficacy dan harga diri remaja, serta hasil sosial,	Pencarian basis data yang sistematis dikombinasikan dengan jangkauan internasional untuk mengidentifikasi percobaan eksperimental atau kuasi eksperimental dari intervensi masyarakat yang secara teratur	Dari 8.789 kutipan yang diidentifikasi, 3 studi memenuhi kriteria inklusi. Tidak ada yang melaporkan efek signifikan pada hasil ulasan utama. Dari data hanya dua studi tentang self efficacy dapat dianalisis secara meta (gabungan N = 167).

	Montgomery Research article December 10, 2012	emosional, dan perilaku lainnya.	melibatkan kaum muda dalam pengambilan keputusan	Hasil tidak ditemukan efek intervensi yang signifikan pada self efficacy. Efek signifikan ditemukan untuk beberapa hasil sekunder, tetapi ini tidak konsisten di seluruh studi.
4	The Effect of Family Centered Empowerment Model on Quality of Life and Self Efficacy of Multiple Sclerosis Patients Family Care Givers Masoodi R, et al.,2013 Iranian Journal of Nursing Research Winter, 2013, volume 7 : 27, 32-43	Tujuan penelitian ini adalah model pusat pemberdayaan keluarga dilakukan pada kualitas hidup dan self efficacy caregiver pada pasien multiple sclerosis.	Penelitian ini adalah uji klinis dengan 70 pasien multiple sclerosis yang terdaftar dalam masyarakat multiple sclerosis di Iran yang diklasifikasikan dalam dua kelompok secara acak (35 caregiver pasien dalam kelompo kasus dan 35 caregiver pasien dalam kelompok kontrol). Delapan sesi program pendidikan berdasarkan kebutuhan pendidikan caregiver dilakukan selama tiga bulan dan dimatangkan dengan daftar periksa diri yang dilaporkan untuk penerapan program. Setelah tiga bulan program, dilakukan pengukuran kualitas hidup dan self efficacy dengan kuesioner dalam kelompok kasus dan kontrol. Data dianalisis dengan tes kepuasan deduksi.	Tidak ada perbedaan yang signifikan pada kualitas hidup dan self efficacy pada dua kelompok kasus dan kontrol sebelum intervensi berdasarkan uji-independen ($P \geq 0,05$) dimana t-test menunjukkan perbedaan yang signifikan pada dua kelompok kasus dan kontrol setelah intervensi. ($P = 0,001$). Uji t berpasangan menunjukkan perbedaan yang signifikan dalam peningkatan kualitas hidup dan self efficacy pada pemberi perawatan kelompok kasus setelah tiga kali intervensi ($P = 0,001$) sedangkan uji t menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan dalam semua faktor di atas pada pemberi perawatan. kelompok kontrol setelah intervensi tigabulan.
5	The effect of empowerment on the self efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with	untuk menentukan dampak dari intervensi pemberdayaan pada self efficacy, kualitas hidup, indikator klinis tekanan darah	Randomized Controlled trial. Jumlah sample : 48 pasien hemodialisis Pre test menggunakan data demografi dan kuesioner self efficacy serta kualitas hidup. Pengukuran tekanan	Skor rata-rata untuk data demografi, effikasi diri, kualitas hidup, tekanan darah, penambahan berat badan selama dialisis tidak ada perbedaan antara dua kelompok saat pre test. Sedangkan post test

	hemodialysis: a randomized controlled trial.	dan kenaikan berat badan selama dialisis dan hasil laboratorium.	darah, penambahan berat badan selama dialisis. Ekstraksi data laboratorium dari grafik pasien. Intervensi pemberdayaan dilakukan selama 6 minggu dengan 4 sesi konseling. Data post test diukur sebagaimana pre test. Analisis data menggunakan ANOVA.	ditemukan terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok eksperimen dan kontrol setelah dilakukan tindakan pemberdayaan dalam efisiensi diri, kualitas hidup, tekanan darah, dan penambahan berat badan selama dialisis.
	Moattari , et al, 2012			
	Health and Quality of Life Outcomes			
	2012			
	10:115			
6	Empowerment, feminism, and self efficacy: Relationships to body image and disordered eating	Untuk mengeksplorasi hubungan antara ideologi feminisme, pemberdayaan, dan self efficacy relatif terhadap citra tubuh dan perilaku makan	Jumlah sampel wanita berpendidikan S1= 318. dengan analisis regresi berganda hirarki terencana, dukungan ideologi feminisme memprediksikan bahwa persepsi citra tubuh positif, tetapi tampaknya tidak memprediksi terjadinya gangguan makan. Self efficacy muncul sebagai prediktor kuat citra tubuh positif dan gangguan makan yang lebih rendah bahkan setelah mengendalikan persepsi pemberdayaan pribadi dan feminisme.	dibatasi oleh data korelasional, menunjukkan bahwa self efficacy dapat melindungi wanita usia kuliah dari gangguan makan dan citra tubuh yang negatif.
	Jessica A.E.,et al			
	Body Image			
	Volume 11,			
	Issue 1, January			
	2014, Pages 63-			
	67			
7	Parenting self efficacy and empowerment among expectant mothers with substance use disorders	untuk menggambarkan efikasi diri parenting dan pemberdayaan keluarga di antara ibu hamil dengan gangguan penggunaan narkoba.	penelitian kuantitatif dengan desain cross sectional dengan jumlah sampel 71 wanita hamil dengan gangguan penggunaan narkoba memasuki gender khusus, gangguan penggunaan narkoba, fasilitas pengobatan tempat tinggal. Skala ukur meliputi:	Hasil penelitian menunjukkan wanita hamil di trimester ketiga diperoleh tingkat pengasuhan diri dan pemberdayaan keluarga secara statistik signifikan lebih tinggi daripada wanita hamil di trimester pertama.
	Zand H.,et al, 2017			
	Midwifery			
	Volume 48, Mei			
	2017, Pages 32-			

38			data demografis, Skala Pengasuhan Orang Tua, Indeks Kecanduan, dan Skala Pemberdayaan Keluarga.	
8	Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self efficacy, and self care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus Junn Lee, et al, 2015 Patient Education and Counseling, Volume 99, Issue 2, February 2016, Pages 287-294	Untuk memvalidasi model hipotesis eksplorasi sebagai jalur yang mempengaruhi persepsi pemberdayaan, literasi kesehatan, self efficacy, dan perilaku perawatan diri untuk tingkat glikosilasi hemoglobin (HbA1c) pada pasien dengan diabetes tipe 2 (T2DM).	Tehnik sampling dengan convenience sampling dengan jumlah sampel 295 pasien dengan T2DM yang diambil dari lima klinik endokrin di Taiwan. Skala ukur dengan karakteristik pribadi, persepsi pemberdayaan, literasi kesehatan, self efficacy, perilaku perawatan diri, dan tingkat HbA1c dikumpulkan. Pemodelan persamaan struktural digunakan untuk memvalidasi hipotesis model.	Jalur langsung yang signifikan ditentukan dari persepsi pemberdayaan terhadap literasi kesehatan, dari literasi kesehatan ke self efficacy, dari self efficacy ke perilaku perawatan diri, dan dari perilaku perawatan diri ke tingkat HbA1c. Persepsi pemberdayaan dan literasi kesehatan relatif mempengaruhi self efficacy dan perilaku perawatan diri. Self efficacy dan perilaku perawatan diri relatif mempengaruhi kontrol glikemik pada pasien dengan DM2.
9	The Relationship between Iranian EFL Teachers' Empowerment and Teachers' Self Efficacy Veisia S., et al. Procedia - Social and Behavioral Sciences 185 (2015) 437 – 445	Untuk menganalisa hubungan antara pemberdayaan guru dan self efficacy.	penelitian kuantitatif dengan pendekatan cross sectional. Sampel terdiri dari 60 guru di sekolah menengah . Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner Skala Pemberdayaan Peserta Sekolah (SPES) (Short dan Rinehart, 1992). Skala Sense of Efficacy Teacher (TSES) (Tschannen-Moran & Woolfolk Hoy, 2001) Analisa data yang digunakan Korelasi Pearson Product Moment.	Hasil penelitian menunjukkan korelasi positif yang signifikan antara pemberdayaan guru dan self efficacy. Dengan Uji t sampel independen mengungkapkan tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik pada pemberdayaan atau self efficacy berdasarkan usia dan pemberdayaan berdasarkan tahun pengalaman mengajar atau jenis kelamin. Selain itu, perbedaan yang signifikan secara statistik ditemukan antara self efficacy guru dan jenis kelamin.
10	Impact of Self Efficacy on the	untuk menganalisis	Jumlah sampel 176 pasien berusia 6-14	Kisaran PAQLQ = 1-7: 5.61 ± 1.11; Rentang

	Quality of Life of Children With Asthma and Their Caregivers Melgarejo V., et al. Archivos de Bronconeumología (English Edition). Volume 55, Issue 4, April 2019, Pages 189-194	hubungan antara self efficacy dan kualitas hidup pada anak-anak dengan asma dan pengasuh mereka.	tahun dengan asma, dan mengelompokkan mereka dalam 3 kelompok yaitu rendah, sedang dan tinggi berdasarkan self efficacy. Setiap anak dan pengasuh utama mereka masing-masing mengisi kuesioner paediatric asthma quality of life questionnaires (PAQLQ) dan Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ)	PACQLQ = 1-7: 5.42 ± 1.35; rentang self efficacy = 0-60: level rendah 28,44 ± 4,58; level rata-rata 37.41 ± 1.7, dan level tinggi 47.50 ± 5.5. Perbedaan yang signifikan dalam kualitas hidup menurut tingkat self efficacy rendah, menengah, dan tinggi. Domain terkait spesifik: Emosi PAQLQ dan gejala PAQLQ dengan self efficacy dalam keterampilan pemecahan masalah terkait asma dan keberhasilan pengobatan sendiri : Emosi PACQLQ dengan self efficacy dalam keterampilan pemecahan masalah yang terkait asma. Dengan demikian tingkat self efficacy yang tinggi dikaitkan dengan kualitas hidup yang lebih baik untuk anak-anak dan pengasuh mereka. Berdasarkan hasil ini, pengukuran self efficacy dapat dimasukkan dalam penilaian intervensi pendidikan dalam manajemen diri yang ditargetkan pada kualitas hidup pasien dan keluarganya.
11	Health Self Empowerment Theory: Predicting Health Behaviors and BMI in Culturally Diverse Adults	untuk menguji integritas teoritis dari teori pemberdayaan diri kesehatan dan manfaatnya untuk memprediksi perilaku yang	survei 189 responden terutama yang berprestasi rendah, kelebihan berat badan / obesitas, dan orang dewasa dengan beragam budaya menunjukkan bahwa sebagian besar teori pemberdayaan	Hasil penelitian mendukung dalam menghasilkan intervensi psikologis yang diinformasikan untuk meningkatkan keterlibatan dalam perilaku yang meningkatkan kesehatan dan

	Tucker M., et al. 2018 Family & Community Health. 41(3):168–177, Juli 2018	meningkatkan kesehatan dan indeks massa tubuh.	diri berkorelasi positif. Pemodelan persamaan struktural menunjukkan bahwa 4 variabel secara signifikan memprediksi adanya keterlibatan dalam perilaku yang meningkatkan kesehatan, yang menjadi perantara hubungan antara indeks massa tubuh dan motivasi, self efficacy terhadap kesehatan, dan self praise	menurunkan indeks massa tubuh pada orang dewasa berpenghasilan rendah, terutama ras / etnis minoritas, yang berisiko mengalami masalah kesehatan yang terkait dengan obesitas.
12	Design and implementation of an empowerment model to prevent elder abuse: a randomized controlled trial Estebansari F, et al., 2018 Clinical Interventions in Aging, vol.13 : 669-679, 2018	Untuk merancang dan mengimplementasikan intervensi pendidikan pemberdayaan untuk mencegah pelecehan terhadap usia lanjut.	Randomized Controlled Trial Dengan jumlah sampel 464 orang dewasa yang lebih tua dengan usia di atas 60 tahun yang mengunjungi rumah-rumah kesehatan di 22 kotamadya di Teheran. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner standar, termasuk Elder Abuse-Knowledge Questionnaire, Health-Promoting Behavior Questionnaire, Profil Gaya Hidup Promosi Kesehatan II, Hambatan untuk Gaya Hidup Sehat, Dukungan Sosial yang Dirasakan, self efficacy, Skala Kesepian, Skala Depresi Geriatrik, Multidimensional Health Locus of Control Scale, dan skala SCARED (stress, coping, argument, resources, events, dan dependence).	Tingkat pengetahuan tentang penyalahgunaan usia lanjut, self efficacy, dukungan sosial dan gaya hidup yang dapat meningkatkan kesehatan sebelum intervensi hasilnya sama pada kedua kelompok. Setelah intervensi Tingkat pengetahuan yang tinggi tentang penyalahgunaan lansia (94,8% pada kelompok intervensi dan 46,6% pada kelompok kontrol), self efficacy tinggi (82,8% dan 7,8%, masing-masing), dukungan sosial yang tinggi (97,0% dan 10,3%, masing-masing) dan gaya hidup meningkatkan kesehatan yang tinggi (97,0% dan 10,3%, masing-masing) secara signifikan lebih tinggi (P <0,001) dan frekuensi risiko penyalahgunaan lansia (28,0% dan 49,6%, masing-masing) secara signifikan berkurang

			<p>Intervensi dilakukan dalam dua puluh sesi pelatihan 45- 60 menit selama 6 bulan.</p> <p>Analisis data dilakukan menggunakan χ^2 tes, regresi linier dan logistik ganda, dan pemodelan persamaan struktural (SEM).</p>	<p>pada kelompok intervensi setelah intervensi . SEM standar beta ($S\beta$) menunjukkan bahwa intervensi memiliki dampak tertinggi pada peningkatan dukungan sosial, self efficacy dan perilaku meningkatkan kesehatan dengan $P < 0,05$, masing-masing.</p> <p>Efek dari intervensi pada penurunan risiko penyalahgunaan lansia adalah tidak langsung dan signifikan $P < 0,05$, dan melalui dukungan sosial, self efficacy, dan perilaku meningkatkan kesehatan.</p>
13	<p>Relationships among structural empowerment, innovative behaviour, self efficacy, and career success in nursing field in mainland China(Article)</p> <p>Dan X., et al., 2018 International Journal of Nursing Practice Volume 24, Issue 5, Oktober 2018, Artikel no12674</p>	<p>untuk mengeksplorasi hubungan antara pemberdayaan struktural, perilaku inovatif, self efficacy, dan kesuksesan karir oleh perawat di Cina daratan.</p>	<p>Penelitian cross sectional Dengan jumlah sampel 460 perawat yang direkrut dari 6 rumah sakit tersier di Tianjin, Cina. Penelitian ini menggunakan kuesioner anonim, diisi secara sukarela Analisis data dengan pemodelan persamaan struktural.</p>	<p>Perilaku inovatif secara positif terkait dengan kesuksesan karir dan self efficacy, yang pada gilirannya memediasi hubungan antara pemberdayaan struktural dan kesuksesan karir. Pemberdayaan struktural secara positif terkait dengan perilaku inovatif dan kesuksesan karir. Selfefficacy berhubungan positif dengan kesuksesan karir dan memediasi hubungan antara perilaku inovatif dan kesuksesan karir. Dengan demikian pemberdayaan struktural yang dirasakan lebih tinggi, perilaku inovatif, dan self efficacy dapat meningkatkan keberhasilan karir perawat Cina.</p>

14	<p>Efficacy of an Empowerment Based, Group Delivered HIV Prevention Intervention for Young Transgender Women: The Project LifeSkills Randomized Clinical Trial(Article)</p> <p>Garofalo,et al., 2018</p> <p>JAMA Pediatrics Volume 172, Issue 10, Oktober 2018, hal 916-923</p>	<p>Untuk menentukan keefektifan intervensi dalam pencegahan perilaku berbasis budaya, berbasis pemberdayaan, dan kelompok- disampaikan untuk mengurangi risikopenularan seksual dan penularan HIV pada Young Transgender Women berusia 16 - 29 tahun</p>	<p>Randomized clinical efficacy trial of Project LifeSkills, disampaikan secara kelompok, intervensi pencegahan perilaku HIV , vs standar perawatan yang dilakukan di antara 190 YTW aktif secara seksual , untuk mengurangi risiko seksual untuk akuisisi atau transmisi HIV. Analisis data dilakukan dengan pendekatan intention-to-treat yang dimodifikasi. Intervensi: Sampel diacak (sekitar 2: 2: 1) untuk intervensi LifeSkills (n = 116), standar perawatan (n = 74), atau kontrol waktu dan perhatian-terhadap diet (kontrol perhatian) (n = 43). Kelompok kontrol perhatian dijatuhkan selama pendaftaran aktif sesuai rekomendasi Dewan Keselamatan dan Pengawasan Data. Intervensi LifeSkills dilakukan dalam enam sesi 2 jam yang mencakup periode 3 minggu.</p>	<p>Perubahan jumlah tindakan seks anal atau vaginal tanpa kondom yang dilaporkan sendiri dalam 4 bulan sebelum penilaian awal dan yang dilaporkan pada kunjungan 4, 8, dan 12 bulan.</p> <p>Hasil : dari 190 peserta penelitian, usia rata-rata (SD) adalah 23,4 (3,4) tahun (kisaran, 16-29 tahun); 47 (24,7%) berkulit putih, 83 (43,7%) berkulit hitam atau Afrika Amerika, 25 (13,2%) adalah Latina, dan 35 (18,4%) adalah ras / etnis lain.</p> <p>Dari awal sampai 4 bulan, kelompok LifeSkills memiliki pengurangan rata-rata 30.8% lebih besar (SE) dalam tindakan seks tanpa kondom (2.26 [0.40] pada awal vs 1.22 [0.22] pada 4 bulan) dibandingkan dengan kelompok perawatan standar (2.69 [0.59] pada awal vs 2,10 [0,47] pada 4 bulan) (rasio risiko [RR], 0,69, 95% CI, 0,60-0,80; P <0,001). Demikian pula, kelompok LifeSkills memiliki 39,8% lebih besar berarti (SE) pengurangan dalam tindakan seks tanpa kondom pada kunjungan follow-up 12 bulan dibandingkan dengan kelompok perawatan standar (0,71 [0,13] vs 1,40 [0,32]; RR, 0,60; 95% CI, 0,50-0,72; P <0,001).</p> <p>Dengan demikian diantara YTW pada</p>
----	---	--	---	---

				risiko seksual dari penularan atau transmisi HIV, intervensi LifeSkills menghasilkan pengurangan 39,8% lebih besar dalam tindakan seks tanpa kondom selama 12 bulan follow-up dibandingkan dengan standar kelompok perawatan.
15	Empowering individuals with psychiatric disabilities to work: Results of a randomized trial(Article) Rusinova, et al., 2018. Psychiatric Rehabilitation Journal Volume 41, Issue 3, September 2018, Hal 196-207	untuk menguji tingkat keberhasilan dari intervensi kelompok berbasis fotografi yang baru dijalankan oleh rekan Vocational Empowerment Photovoice / VEP yang dirancang untuk memberdayakan individu dengan disabilitas psikiatri untuk mempertimbangkan layanan menginginkan pekerjaan.	Jumlah sampel 51 individu dengan penyakit mental serius yang terdaftar di pusat pemulihan, yang tidak dipekerjakan atau terdaftar dalam layanan kejuruan apa pun, secara acak ditugaskan untuk program VEP atau kelompok kontrol daftar tunggu. Model regresi efek campuran digunakan untuk menguji dampak program VEP pada ekstrinsik (pendaftaran dalam layanan pekerjaan dan tingkat pekerjaan) dan intrinsik (harapan kerja, motivasi dan self efficacy, identitas kejuruan, pemberdayaan keseluruhan dan stigma internal) hasil kerja terkait .	Partisipasi dalam program VEP dikaitkan dengan tingkat keterlibatan yang secara signifikan lebih tinggi dalam layanan ketenagakerjaan. selama intervensi dan dengan pemberdayaan keseluruhan secara signifikan lebih tinggi dan penurunan stigma internal yang berkelanjutan melalui penilaian tindak lanjut selama 3 bulan. Keterlibatan yang lebih kuat dalam program VEP dikaitkan dengan peningkatan harapan kerja, self efficacy dan rasa identitas kejuruan. Dengan demikian Penelitian ini menyoroti sifat mudah menyerah dari keyakinan yang mengalahkan yang mencegah banyak individu dengan penyakit mental dari mengejar layanan pekerjaan meskipun minat mereka yang melekat dalam bekerja.
16	Self efficacy and prediction of associated factors in patients with chronic	Untuk investigasi self efficacy dan memprediksi faktor terkait pada pasien	Penelitian deskriptif cross sectional Jumlah sampel adalah 400pasien dengan penyakit jantung, ginjal kronis,	Skor rata-rata untuk self efficacy adalah $5,17 \pm 5,11$. Analisis regresi linier berganda menunjukkan beberapa variabel, termasuk usia

	diseases(Article) Hatef,et al.,2018 Journal of Mazandaran University of Medical Sciences Volume 28, Issue 162, July 2018, Hal 86-94	dengan penyakit kronis.	diabetes, dan tekanan. Penelitian ini dilakukan menggunakan sampling acak sederhana dan menerapkan Skala Chronic Disease Self-efficacy Scale (CDSSES). SPSS V23 digunakan untuk data deskriptif dan analitik menerapkan regresi linier berganda	(CI95: -1,400, -0,573, $\beta = -0,228$, $P < 0,001$), tingkat pendidikan (CI95: 1,311, 6,000, $\beta = 0,149$, $P = 0,002$), dan tingkat pendapatan (CI95: 12,585, 23,901, $\beta = 0,319$, $P < 0,001$) sebagai prediktor self efficacy pada pasien penyakit kronis. Dengan demikian dalam penelitian ini, mayoritas pasien dengan penyakit kronis memiliki tingkat self efficacy yang moderat. Penyakit kronis sangat umum terjadi, oleh karena itu, perencanaan yang lebih tepat diperlukan untuk mempromosikan self efficacy yang merupakan faktor utama dalam meningkatkan perawatan diri dan perilaku kesehatan pasien dengan penyakit kronis.
17	Patient empowerment and general self efficacy in patients with coronary heart disease: A cross sectional study(Article) Köhler,et al.2018 BMC Family Practice Volume 19, Issue 1, 30 May 2018.	untuk menilai tingkat pemberdayaan pasien dan self efficacy pada pasien 6-12 bulan setelah kejadian penyakit jantung. Kami juga bertujuan untuk mengeksplorasi hubungan antara pemberdayaan pasien, general self efficacy dan faktor terkait lainnya seperti kualitas hidup dan variabel demografi.	Jumlah sampel 157 pasien jantung (78% laki-laki; usia $68 \pm 8,5$ tahun) Pemberdayaan pasien dinilai menggunakan SWE-CES-10 (Swedish Coronary Empowerment Scale 10) Data tambahan dikumpulkan pada self efficacy dan kesejahteraan umum (EQ5D/Euro Quality of Life 5 Dimension dan Ladder of Life). Variabel demografi dan klinis dikumpulkan dari rekam medis dan wawancara.	Tingkat rata-rata pemberdayaan pasien dan general self efficacy pada skala 0-4 adalah $3,69 (\pm 0,54)$ dan $3,13 (\pm 0,52)$ masing-masing, dan hubungan antara pemberdayaan pasien dan general self efficacy adalah lemah ($r = 0,38$). Dalam regresi linier sederhana, pemberdayaan pasien dan general self efficacy berkorelasi secara signifikan dengan status perkawinan, kesehatan saat ini dan kesejahteraan masa depan. Multiple regresi linier pada

				<p>pemberdayaan pasien dan general self efficacy menunjukkan hubungan yang signifikan independen antara pemberdayaan pasien dan kesehatan saat ini dinilai sendiri. General self efficacy tidak terkait secara independen dengan salah satu variabel. Dengan demikian pasien dengan diagnosis penyakit jantung koroner melaporkan tingginya tingkat pemberdayaan dan general self efficacy pada 6-12 bulan setelah kejadian. Variabel klinis dan demografi tidak independen terkait dengan pemberdayaan atau general self efficacy yang rendah. Pemberdayaan pasien dan general self efficacy tidak saling dipertukarkan, dan karena itu keduanya perlu diukur ketika merencanakan untuk pencegahan sekunder dalam perawatan kesehatan primer</p>
18	<p>The Self Empowerment Process of Primary Caregivers : A Study of Caring for ederly with dementia</p> <p>Lien Chi, Lee Yeh, and Mei Whu, 2006 Nursing Research Vol.14 no.3</p>	<p>Untuk mengeksplorasi dan mengembangkan proses dari pemberdayaan diri untuk pengasuh keluarga pada orangtua dengan demensia</p>	<p>Penelitian kualitatif dengan jumlah sample 9 pengasuh keluarga. Dengan tehnik wawancara mendalam yang direkam dengan tape dan transkrip verbatim. Metode Grounded Theory digunakan untuk analisa data dengan 6 komponen utama : Filial piety, feeling of out of control, inner awareness, care ability, emotion reconstruction, dan</p>	<p>Model ini dimulai dari filial piety dan feeling of out of control, kemudian membangkitkan inner awareness pengasuh. Inner awareness sangat mempengaruhi care ability pengasuh, emotion reconstruction dan life management yang menjelaskan tiga bagian mekanisme dalam pengalaman pengasuhan mereka. Setiap bagian terdiri dari tiga tahap yang</p>

			life management	dipengaruhi oleh inner awareness. Tahap yang lebih rendah dari setiap bagian mendukung tahap yang lebih tinggi berikutnya. Tahapan yang sama di semua bagian sejajar satu sama lain, dan saling mempengaruhi dengan memberikan dukungan atau menciptakan hambatan. Di sisi lain, persaingan antara dukungan dan hambatan dari lingkungan luar menentukan penyelesaian proses pemberdayaan diri ini. Dengan demikian temuan ini dapat memperluas pengetahuan dalam memahami proses psikologis yang berhubungan dengan perawatan pada usia lanjut yang demensia.
19	Model of Empowerment to Improve Autonomy Directly Observed Treatment (DOT) Tuberculosis Patients Syamilatul Khariroh, Oedojo Soedirham, and E C Abdullah International Journal of Public Health Science (IJPHS) Vol.5, No.2, Juni 2016, hal 164 - 169	mengembangkan model pemberdayaan berdasarkan Promosi Kesehatan dan Literasi Kesehatan dengan pendekatan intervensi keperawatan dalam upaya meningkatkan otonomi pasien TB paru DOT.	Penelitian analitik observasional dengan pendekatan cross sectional. Pengambilan sampel multistage random adalah pasien DOT-pulmonary tuberculosis (TB) untuk memutuskan distrik dan simple random sampling ditugaskan untuk memilih peserta, total 253 pasien TB DOT kasus baru dengan basil tahan asam positif pada fase lanjutan dalam penelitian ini. Studi dilakukan di lima kabupaten di Kota Surabaya (tengah, utara, selatan, timur dan barat). Data dikumpulkan dengan	Hasil statistik mengkonfirmasi bahwa personal, kognitif dan afektif, literasi kesehatan dan dukungan keluarga dianggap sebagai faktor penting dalam meningkatkan otonomi DOT. Otonomi DOT akan meningkat dengan mempertimbangkan empat faktor utama, personal, kognitif dan afektif, literasi kesehatan, dukungan keluarga. Model ini dapat diadaptasi oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya sebagai aktor utama pembangunan kesehatan daerah. Selain itu, model ini dapat menjadi referensi bagi kabupaten lain dalam meningkatkan

kuesioner pada variabel pribadi, kognitif dan afektif, intervensi keperawatan, komitmen, dukungan keluarga, literasi kesehatan dan DOT autonomy. Analisa data menggunakan Structural Equation Modeling (SEM) dengan LISREL digunakan untuk membangun model prediksi. Studi ini menemukan model baru yang dikembangkan berdasarkan kombinasi Health Promotion Model (HPM) dan Literacy Kesehatan (HL).	intervensi keperawatan mereka dalam pengaturan komunitas.
---	---

2.5 Literatur Review *Self Empowerment Caregiver, Self efficacy and Quality of Life* penderita skizofrenia.

Pemberdayaan yang dilakukan pada pasien skizofrenia dengan jumlah sampel 172 yang sedang menjalani rawat jalan berpengaruh terhadap tingkat *self efficacy*. 46% pasien mengalami depresi dan 58% pasien yang mengalami penurunan kualitas hidup dapat dijelaskan oleh pemberdayaan yang terkikis. Sedangkan itu 51% dari pemberdayaan yang berkurang dapat dijelaskan oleh karena adanya berkurangnya *self efficacy* pada tingkatan secara umum karena coping yang disfungsi dan tingginya tingkat stigma yang diantisipasi. Cara coping yang sifatnya menghindar sebagai faktor resiko terjadinya stigma antisipatif sehingga mampu menurunkan efek pemberdayaan dan *self efficacy* (Vauth R., et al., 2007). Efek pemberdayaan pada pasien gangguan jiwa berat

mampu memperbaiki harga diri pasien gangguan jiwa berat. Penelitian *randomized controlled trial* yang dilakukan pada 51 pasien skizofrenia didesain sebagai kelompok perlakuan program kegiatan mandiri dengan modul 12 minggu dan 44 pasien dalam kelompok kontrol yang hanya dilakukan pengobatan reguler yang biasanya. Aspek psikososial, diagnosa, neurokognitif dan gejala-gejalanya diukur sebelum tindakan dan sesudah. Setelah 6 bulan dilakukan tindak lanjut maka hasilnya memberikan efek terhadap kemampuan pasien mengatasi masalah secara aktif meningkat secara signifikan dan penurunan gejala positif pada kelompok perlakuan. Peran lingkungan sangat menentukan dalam keberhasilan pemberdayaan ini (Lecomte, et al.,1999).

Untuk menguji tingkat keberhasilan dari intervensi kelompok berbasis fotografi dengan tehnik *Vocational Empowerment Photovoice* (VEP)yang dirancang untuk memberdayakan individu dengan disabilitas psikiatri dengan jumlah sampel 51 individu yang terdaftar di pusat pemulihan. Model regresi efek campuran digunakan untuk menguji dampak program VEP pada faktor ekstrinsik (pendaftaran dalam layanan pekerjaan dan tingkat pekerjaan) dan intrinsik (harapan kerja, motivasi dan *self efficacy*, identitas kejuruan, pemberdayaan keseluruhan dan stigma internal) hasil kerja terkait. Partisipasi dalam program VEP dikaitkan dengan tingkat keterlibatan yang secara signifikan lebih tinggi dalam layanan ketenagakerjaan. Selama intervensi dan dengan pemberdayaan keseluruhan secara signifikan lebih tinggi dan penurunan stigma internal yang berkelanjutan melalui penilaian tindak lanjut selama 3 bulan. Keterlibatan yang

lebih kuat dalam program VEP dikaitkan dengan peningkatan harapan kerja, *self efficacy* dan rasa identitas kejuruan (Russinova, et al., 2018).

Bukti adanya peningkatan *self efficacy* dan kualitas hidup dengan intervensi *empowerment* juga dilakukan pada 70 *family caregivers* pasien multiple sklerosis, yang dibagi dalam 35 *caregiver* dalam kelompok perlakuan dan 35 *caregiver* dalam kelompok kontrol. 8 sesi program pendidikan berdasarkan kebutuhan pendidikan *caregiver* dilakukan selama 3 bulan, dan hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan dalam *self efficacy* dan kualitas hidup *caregiver* kelompok perlakuan dan kelompok kontrol setelah intervensi selama 3 bulan. Dan pada kelompok kontrol tidak mengalami perubahan dengan intervensi rutin setelah 3 bulan (Masoodi, et al, 2013).

Untuk mengeksplorasi dan mengembangkan proses dari *self empowerment* untuk *family caregiver* pada orangtua dengan demensia, maka penelitian yang dilakukan adalah kualitatif dengan jumlah sample 9 pengasuh keluarga. Dengan tehnik wawancara mendalam yang direkam dengan tape dan transkrip verbatim. Metode *Grounded Theory* digunakan untuk analisa data dengan 6 komponen utama : *Filial piety, feeling of out of control, inner awareness, care ability, emotion reconstruction, dan life management*. Model ini dimulai dari *filial piety* dan *feeling of out of control*, kemudian membangkitkan *inner awareness* pengasuh. *Inner awareness* sangat mempengaruhi *care ability* pengasuh, *emotion reconstruction* dan *life management* yang menjelaskan tiga bagian mekanisme dalam pengalaman pengasuhan mereka. Setiap bagian terdiri dari tiga tahap yang

dipengaruhi oleh *inner awareness*. Tahap yang lebih rendah dari setiap bagian mendukung tahap yang lebih tinggi berikutnya. Tahapan yang sama di semua bagian sejajar satu sama lain, dan saling mempengaruhi dengan memberikan dukungan atau menciptakan hambatan. Di sisi lain, persaingan antara dukungan dan hambatan dari lingkungan luar menentukan penyelesaian proses pemberdayaan diri ini. Dengan demikian temuan ini dapat memperluas pengetahuan dalam memahami proses psikologis yang berhubungan dengan perawatan pada usia lanjut yang demensia (Lien Chi, Lee Yeh, and Mei Whu, 2006).

Penelitian dengan desain *randomized controlled trial* dengan sampel 464 usia lanjut yang berusia diatas 60 tahun. Tehnik sampling nya dengan *two-stage cluster sampling*, 232 usia lanjut dalam kelompok perlakuan dan 232 usia lanjut adalah kelompok kontrol. Intervensi dilakukan dalam 20 sesi dan tiap sesi pelatihan 45 menit sampai dengan 60 menit selama 6 bulan dengan metode pengajaran, tanya jawab dan *problem solving*. Setelah dilakukan intervensi tingkat pengetahuan tinggi tentang penyalahgunaan lansia (94,8%), *self efficacy* tinggi (82,8%), dukungan sosial yang tinggi (97,0%) dan gaya hidup meningkatkan kesehatan yang tinggi (97,0%), frekuensi risiko penyalahgunaan lansia menurun (28,0%). Dengan analisis SEM standar beta ($S\beta$) menunjukkan bahwa intervensi memiliki dampak tertinggi pada peningkatan dukungan sosial, *self efficacy* dan perilaku meningkatkan kesehatan (Estebarsari F., et al., 2018).

Penelitian deskriptif *cross sectional* untuk menilai *empowerment* dan *self efficacy* pasien penyakit jantung setelah kejadian penyakit 6 sampai 12 bulan. pada pasien 6-12 bulan setelah kejadian penyakit jantung. Jumlah sampel 157 pasien jantung, pemberdayaan pasien diukur menggunakan SWE-CES-10 (*Swedish Coronary Empowerment Scale 10*), *self efficacy* dengan *general self efficacy* dan kesejahteraan umum (EQ5D/*Euro Quality of Life 5 Dimension dan Ladder of Life*). Hubungan antara pemberdayaan pasien dan *general self efficacy* adalah lemah, dalam regresi linier sederhana pemberdayaan pasien dan *general self efficacy* berkorelasi secara signifikan dengan status perkawinan, kesehatan saat ini dan kesejahteraan masa depan. Multiple regresi linier pada pemberdayaan pasien dan *general self efficacy* menunjukkan hubungan yang signifikan independen antara pemberdayaan pasien dan kesehatan saat ini dinilai sendiri. *General self efficacy* tidak terkait secara independen dengan salah satu variabel. Variabel klinis dan demografi tidak independen terkait dengan pemberdayaan atau *general self efficacy* yang rendah (Kohler, et al., 2018).

Untuk memvalidasi model hipotesis eksplorasi sebagai jalur yang mempengaruhi persepsi pemberdayaan, literasi kesehatan, *self efficacy*, dan perilaku perawatan diri untuk tingkat glikosilasi hemoglobin pada pasien dengan diabetes tipe 2. Teknik sampling dengan *convenience sampling* dengan jumlah sampel 295 pasien diabetes tipe 2, skala ukur yang digunakan karakteristik pribadi, persepsi pemberdayaan, literasi kesehatan, *self efficacy*, perilaku perawatan diri, dan tingkat glikosilasi. Pemodelan persamaan struktural digunakan untuk memvalidasi hipotesis model. Jalur langsung yang signifikan ditentukan

dari persepsi pemberdayaan terhadap literasi kesehatan, dari literasi kesehatan ke *self efficacy*, dari *self efficacy* ke perilaku perawatan diri, dan dari perilaku perawatan diri ke tingkat glikosilasi. Persepsi pemberdayaan dan literasi kesehatan relatif mempengaruhi *self efficacy* dan perilaku perawatan diri. *Self efficacy* dan perilaku perawatan diri relatif mempengaruhi kontrol glikemik pada pasien dengan diabetes tipe 2 (Junn Lee, et al., 2016).

Penelitian *cross sectional* dilakukan untuk menganalisis efek dari *self efficacy* terhadap kualitas hidup pada *caregiver* dan anak-anak asma dengan jumlah sampel 176 pasien berusia 6 sampai 14 tahun, dan mengelompokkan mereka dalam 3 kelompok *self efficacy* yaitu rendah, sedang dan tinggi. Skala ukur menggunakan *paediatric asthma quality of life questionnaires (PAQLQ)* dan *Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ)*. Terdapat perbedaan yang signifikan dalam kualitas hidup menurut tingkat *self efficacy* rendah, sedang, dan tinggi, terkait dengan domain yang spesifik yaitu emosi dan gejala pada anak. Dengan demikian tingkat *self efficacy* yang tinggi dikaitkan dengan kualitas hidup yang lebih baik untuk anak-anak dan *caregiver* nya, maka pengukuran *self efficacy* dapat dimasukkan dalam penilaian intervensi pendidikan dalam manajemen diri yang ditargetkan pada kualitas hidup pasien dan keluarganya (Melgarejo V., et al., 2019).

Tujuan dari penelitian ini untuk investigasi *self efficacy* dan faktor prediktor dari penyakit kronis, dengan desain *cross sectional* dan jumlah sampel 400 pasien dengan penyakit jantung, ginjal kronis, diabetes, dan tekanan darah tinggi. Teknik

sampling acak sederhana, menggunakan skala ukur *Chronic Disease Self efficacy Scale*(CDSSES) dan analisis data dengan regresi linier berganda. Hasil penelitian menunjukkan beberapa variabel antara lain usia, tingkat pendidikan, dan tingkat pendapatan sebagai prediktor *self efficacy* pada pasien penyakit kronis. Mayoritas pasien dengan penyakit kronis memiliki tingkat *self efficacy* yang moderat (Hatef,et al,2018).

Systematic Review Untuk Menilai keadaan dari bukti mengenai dampak program *empowerment* pada anak muda terhadap *self efficacy* dan harga diri remaja, serta hasil sosial, emosional, dan perilaku lainnya. Pencarian basis data yang sistematis dikombinasikan dengan jangkauan internasional untuk mengidentifikasi percobaan eksperimental atau kuasi eksperimental dari intervensi masyarakat yang secara teratur melibatkan kaum muda dalam pengambilan keputusan. Dari 8.789 kutipan yang diidentifikasi, 3 studi memenuhi kriteria inklusi. Tidak ada yang melaporkan efek signifikan pada hasil ulasan utama. Dari data hanya dua studi tentang *self efficacy* dapat dianalisis secara meta (gabungan N = 167). Hasil tidak ditemukan efek intervensi yang signifikan pada *self efficacy*. Efek signifikan ditemukan untuk beberapa hasil sekunder, tetapi ini tidak konsisten di seluruh studi (Morton M.&Montgomery P., 2012).

Penelitian *Randomized Controlled Trial* dilakukan untuk menentukan keefektifan intervensi dalam pencegahan perilaku berbasis budaya, berbasis pemberdayaan, dan kelompok disampaikan untuk mengurangi risiko penularan seksual dan penularan HIV pada *Young Transgender Women* berusia 16-29

tahun. *Project LifeSkills* disampaikan secara kelompok, intervensi pencegahan perilaku HIV, dibandingkan dengan standar perawatan dilakukan di antara 190 *Young Transgender Women* yang aktif secara seksual, untuk mengurangi risiko seksual terhadap akuisisi atau transmisi HIV. Analisis data dilakukan dengan pendekatan intention to treat yang dimodifikasi. Sampel diacak untuk intervensi LifeSkills (n = 116), standar perawatan (n = 74), atau kontrol waktu dan perhatian terhadap diet (kontrol perhatian) (n = 43). Kelompok kontrol perhatian dijatuhkan selama pendaftaran aktif sesuai rekomendasi dewan keselamatan dan pengawasan data. Intervensi *Life Skills* dilakukan dalam enam sesi 2 jam yang mencakup periode 3 minggu. Perubahan jumlah tindakan seks anal atau vaginal tanpa kondom yang dilaporkan sendiri dalam 4 bulan sebelum penilaian awal dan yang dilaporkan pada kunjungan 4, 8, dan 12 bulan. Dari awal sampai 4 bulan, kelompok *LifeSkills* memiliki pengurangan rata-rata 30,8% lebih besar dalam tindakan seks tanpa kondom dibandingkan dengan kelompok perawatan standar. Demikian pula, kelompok *LifeSkills* memiliki 39,8% lebih besar dalam tindakan seks tanpa kondom pada kunjungan follow up 12 bulan dibandingkan dengan kelompok perawatan standar. Dengan demikian diantara *Young Transgender Women* pada risiko seksual dari penularan atau transmisi HIV, intervensi *LifeSkills* menghasilkan pengurangan 39,8% lebih besar dalam tindakan seks tanpa kondom selama 12 bulan follow up dibandingkan dengan standar kelompok perawatan (Garofalo, et al, 2018)

Penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional* dengan tujuan untuk menganalisa hubungan antara pemberdayaan guru dan *self efficacy*. Jumlah

sampel terdiri dari 60 guru di sekolah menengah. Skala ukur yang digunakan adalah kuesioner Skala Pemberdayaan Peserta Sekolah (Short dan Rinehart, 1992). Skala *Sense of Efficacy Teacher* (Tschannen-Moran & Woolfolk Hoy, 2001) Analisa data yang digunakan Korelasi Pearson Product Moment. Hasil penelitian menunjukkan korelasi positif yang signifikan antara pemberdayaan guru dan *self efficacy*. Dengan Uji t sampel independen mengungkapkan tidak ada perbedaan yang signifikan secara statistik pada pemberdayaan atau *self efficacy* berdasarkan usia dan pemberdayaan berdasarkan tahun pengalaman mengajar atau jenis kelamin. Selain itu, perbedaan yang signifikan secara statistik ditemukan antara *self efficacy* guru dan jenis kelamin (Veisia S., et al, 2015).

Penelitian *cross sectional* dengan tujuan untuk mengeksplorasi hubungan antara pemberdayaan struktural, perilaku inovatif, *self efficacy*, dan kesuksesan karir perawat di Cina daratan. Jumlah sampel 460 perawat yang direkrut dari 6 rumah sakit tersier di Tianjin, Cina dengan analisis data pemodelan persamaan struktural. Perilaku inovatif secara positif terkait dengan kesuksesan karir dan *self efficacy*, yang pada gilirannya memediasi hubungan antara pemberdayaan struktural dan kesuksesan karir. Pemberdayaan struktural secara positif terkait dengan perilaku inovatif dan kesuksesan karir. *Self efficacy* berhubungan positif dengan kesuksesan karir dan memediasi hubungan antara perilaku inovatif dan kesuksesan karir. Dengan demikian pemberdayaan struktural yang dirasakan lebih tinggi, perilaku inovatif, dan *self efficacy* dapat meningkatkan keberhasilan karir perawat Cina (Dan X., et al, 2018).

Penelitian *randomized controlled trial* bertujuan untuk menentukan dampak dari intervensi pemberdayaan pada *self efficacy*, kualitas hidup, indikator klinis tekanan darah dan kenaikan berat badan selama dialisis dan hasil laboratorium. Jumlah sample 48 pasien hemodialisis, pre test menggunakan data demografi dan kuesioner *self efficacy* serta kualitas hidup. Pengukuran tekanan darah, penambahan berat badan selama dialisis, ekstraksi data laboratorium dari grafik pasien. Intervensi pemberdayaan dilakukan selama 6 minggu dengan 4 sesi konseling. Data post test diukur sebagaimana pre test. Analisis data menggunakan ANOVA. Skor rata-rata untuk data demografi, *self efficacy*, kualitas hidup, tekanan darah, penambahan berat badan selama dialisis tidak ada perbedaan antara dua kelompok saat pre test. Sedangkan pada post test ditemukan terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok eksperimen dan kontrol setelah dilakukan tindakan pemberdayaan dalam *self efficacy*, kualitas hidup, tekanan darah, dan penambahan berat badan selama dialisis (Moattari , et al, 2012).

Pengembangan *empowerment model* berdasarkan Promosi Kesehatan dan Literasi Kesehatan dengan pendekatan intervensi keperawatan dalam upaya meningkatkan otonomi pasien TB paru DOT, di mana ini merupakan penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel multistage random adalah pasien DOT *pulmonary tuberculosis* untuk memutuskan distrik dan simple random sampling ditugaskan untuk memilih peserta, total 253 pasien *pulmonary tuberculosis* DOT kasus baru dengan basil tahan asam positif pada fase lanjutan. Studi dilakukan di lima kabupaten di Kota Surabaya (tengah, utara, selatan, timur dan barat). Data dikumpulkan dengan kuesioner pada variabel

pribadi, kognitif dan afektif, intervensi keperawatan, komitmen, dukungan keluarga, literasi kesehatan dan DOT autonomy. Analisa data menggunakan *Structural Equation Modeling* (SEM) dengan LISREL digunakan untuk membangun model prediksi. Studi ini menemukan model baru yang dikembangkan berdasarkan kombinasi *Health Promotion Model* (HPM) dan *Health Literacy* (HL). Hasil statistik mengkonfirmasi bahwa personal, kognitif dan afektif, literasi kesehatan dan dukungan keluarga dianggap sebagai faktor penting dalam meningkatkan otonomi DOT. Otonomi DOT akan meningkat dengan mempertimbangkan empat faktor utama, personal, kognitif dan afektif, literasi kesehatan, serta dukungan keluarga (Khariroh, Soedirham & Abdullah, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Jessica A.E., et al, 2014 untuk mengeksplorasi hubungan antara ideologi feminisme, *empowerment* dan *self efficacy* relatif terhadap citra tubuh dan perilaku makan. Jumlah sampel wanita 318 berpendidikan S1 dengan analisis regresi berganda ditemukan bahwa dukungan ideologi feminisme memprediksikan bahwa persepsi citra tubuh positif, tetapi tidak memprediksi terjadinya gangguan makan. *Self efficacy* muncul sebagai prediktor kuat citra tubuh positif dan gangguan makan yang lebih rendah bahkan setelah mengendalikan persepsi, *self empowerment* dan feminisme. Dibatasi oleh data korelasional, menunjukkan bahwa *self efficacy* dapat melindungi wanita usia kuliah dari gangguan makan dan citra tubuh yang negatif.

Penelitian Tucker M., et al. 2018 dengan tujuan untuk menguji integritas teoritis dari teori *self empowerment* kesehatan dan manfaatnya untuk memprediksi

perilaku yang meningkatkan kesehatan dan indeks massa tubuh. Survei dilakukan pada 189 responden terutama yang berpenghasilan rendah, kelebihan berat badan / obesitas, dan orang dewasa dengan beragam budaya menunjukkan bahwa sebagian besar teori *self empowerment* berkorelasi positif. Pemodelan persamaan struktural menunjukkan bahwa 4 variabel secara signifikan memprediksi adanya keterlibatan dalam perilaku yang meningkatkan kesehatan, yang menjadi perantara hubungan antara indeks massa tubuh dan motivasi, *self efficacy* terhadap kesehatan, dan *self praise*. Hasil penelitian mendukung dalam menghasilkan intervensi psikologis yang mampu meningkatkan keterlibatan dalam perilaku yang meningkatkan kesehatan dan menurunkan indeks massa tubuh pada orang dewasa berpenghasilan rendah, terutama ras / etnis minoritas, yang berisiko mengalami masalah kesehatan yang terkait dengan obesitas.

Tujuan dari penelitian ini untuk menggambarkan *self efficacy* parenting dan *family empowerment* di antara ibu hamil dengan gangguan penggunaan narkoba. Penelitian kuantitatif cross sectional dengan jumlah sampel 71 wanita hamil dengan gangguan penggunaan narkoba memasuki gender khusus, gangguan penggunaan narkoba, fasilitas pengobatan tempat tinggal. Skala ukur meliputi data demografis, Skala Pengasuhan Orang Tua, Indeks Kecanduan, dan Skala *family empowerment*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita hamil di trimester ketiga diperoleh tingkat pengasuhan diri dan *family empowerment* secara statistik signifikan lebih tinggi daripada wanita hamil di trimester pertama (Zand H., et al, 2017).

2.6 Self Efficacy

2.6.1 Definisi *Self Efficacy*

Bandura mendefinisikan *self efficacy* sebagai penilaian seseorang atas kemampuannya untuk merencanakan dan melaksanakan tindakan yang mengarah pada pencapaian tujuan tertentu. Bandura menggunakan istilah *self efficacy* mengacu pada keyakinan tentang kemampuan seseorang untuk mengorganisasikan dan melaksanakan tindakan dalam pencapaian hasil (Bandura A.,1994). *Self efficacy* adalah kemampuan generatif yang dimiliki individu meliputi kognitif, sosial dan emosi (Bandura A.,1997). Menurut Bandura, *self efficacy* merupakan faktor kunci sumber tindakan, apa yang dipikirkan, dipercaya dan dirasakan akan mempengaruhi bagaimana bertindak. Dengan kata lain, *self efficacy* adalah keyakinan terhadap penilaian diri sendiri yang berhubungan dengan kompetensi seseorang untuk sukses dalam menjalankan tugas-tugasnya (Bandura A.,1994). Kemampuan individu tersebut harus dilatih dan di atur secara efektif untuk mencapai tujuan individu (Bandura A.,1997).

2.6.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi *self-efficacy*

Menurut Bandura (1997) ada beberapa faktor penting yang mempengaruhi *self efficacy*:

a. Pengalaman keberhasilan (*Mastery Experience*)

Pengalaman keberhasilan merupakan sumber yang sangat berpengaruh dalam *self efficacy*, karena hal tersebut memberikan bukti

secara otentik apakah seseorang akan sukses atau tidak. Pengalaman positif dan negatif dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan tugas yang diberikan. Jika seseorang telah melakukan dengan baik pada tugas sebelumnya, dia mungkin merasa lebih kompeten dan berkinerja baik pada tugas yang sama berikutnya (Bandura, 1977). Sehingga pengalaman keberhasilan yang didapatkan oleh individu akan meningkatkan *self efficacy* individu tersebut sedangkan kegagalan dapat menurunkan *self efficacy*. Keberhasilan menghasilkan kekuatan dan kepercayaan diri. Pengalaman keberhasilan individu lain tidak dapat mempengaruhi *self efficacy* pada diri sendiri, tetapi apabila pengalaman keberhasilan itu dari dirinya maka akan mempengaruhi peningkatan *self efficacy* (Bandura A., 1997).

b. Pengalaman orang lain (*Vicarious Experience or Modeling*)

Seseorang dapat mengembangkan *self efficacy* tinggi atau rendah melalui penampilan orang lain. Seseorang dapat melihat seseorang dalam posisi yang sama saat melakukan, dan kemudian membandingkan kompetensinya sendiri dengan kompetensi individu lain (Bandura, 1977). Jika seseorang melihat seseorang yang mirip dengan mereka berhasil, itu dapat meningkatkan *self efficacy* mereka. Namun sebaliknya jika melihat seseorang yang mirip mengalami kegagalan maka dapat menurunkan *self efficacy*. Penilaian *self efficacy* merupakan bagian yang dipengaruhi oleh pengalaman orang lain sebagai contoh untuk mencapai keberhasilan. *Modelling* merupakan cara lain yang efektif untuk

menunjukkan kemampuan *self efficacy* individu. Kemampuan individu dinilai dari aktifitas yang dihasilkan dengan indikator memuaskan (Bandura A.,1997).

c. Persuasi verbal (*Verbal Persuasion*)

Menurut Redmond (2010), *self efficacy* juga dipengaruhi oleh dorongan dan keputusan yang berkaitan dengan kinerja atau kemampuan seseorang untuk melakukan sesuatu. Tingkat kredibilitas secara langsung mempengaruhi efektivitas persuasi verbal, dimana ada lebih banyak kredibilitas akan ada pengaruh yang lebih besar. Meskipun persuasi verbal juga cenderung menjadi sumber keyakinan *self efficacy* yang lebih lemah daripada hasil kinerja, ini secara luas digunakan karena kemudahan dan ketersediaannya yang siap (Redmond, 2010).

Menurut Bandura (1997) persuasi verbal berfungsi sebagai sarana untuk memperkuat keyakinan mengenai kemampuan yang dimiliki individu dalam mencapai tujuan. Individu yang diyakinkan secara verbal bahwa mereka memiliki kemampuan untuk menguasai tugas-tugas yang diberikan cenderung berusaha secara maksimal dan mempertahankannya. Menurut Chambliss & Murray (1979) keberhasilan persuasif secara verbal memiliki dampak positif pada individu yaitu meningkatkan rasa percaya bahwa mereka menghasilkan prestasi .

d. Keadaan Fisiologis dan Afektif (*Physiological and Affective State*)

Orang mengalami sensasi dari tubuh mereka dan bagaimana mereka merasakan gairah emosional ini akan mempengaruhi keyakinan

mereka tentang keberhasilan (Bandura A.,1977). Informasi kemampuan individu sebagian besar didapatkan dari somatik yang diteruskan ke fisiologis dan afektif. Indikator somatik individu sangat relevan dalam kesehatan fisik, fungsi kesehatan, dan *coping* dengan stress. Menurut Bandura *Treatment* yang menghilangkan reaksi emosional melalui pengalaman keberhasilan dapat meningkatkan keyakinan keberhasilan dengan memperbaiki perilaku yang sesuai pada kinerja.

Stres dapat mengurangi *self efficacy* pada diri individu, jika tingkat stres individu rendah maka tinggi *self efficacy* sebaliknya jika stres tinggi maka *self efficacy* pada individu rendah. Ada empat hal dalam meningkatkan keyakinan efikasi yaitu, meningkatkan status fisik, mengurangi tingkat stres dan kecenderungan emosi negatif, serta memperhatikan kesehatan tubuh (Bandura 1991; Cioffi 1991). Meskipun sumber ini yang paling tidak berpengaruh di antara keempatnya, penting untuk dicatat bahwa jika seseorang lebih nyaman dengan tugas yang ada di tangan, mereka akan merasa lebih mampu dan memiliki keyakinan yang lebih tinggi tentang *self efficacy*.

2.6.3 Dimensi *Self Efficacy*

Self efficacy memiliki beberapa dimensi yang mempunyai implikasi penting pada kinerja, artinya *self efficacy* bersifat spesifik dalam tugas dan situasi yang dihadapi. Menurut Bandura (1997) dimensi *self efficacy* ada tiga yaitu *magnitude* atau *level*, *generality*, dan *strength*.

a. *Magnitude* atau *Level*

Magnitude atau *level* yaitu persepsi individu mengenai kemampuannya yang menghasilkan tingkah laku yang akan diukur melalui tingkat tugas yang menunjukkan variasi kesulitan tugas. Tingkatan kesulitan tugas tersebut mengungkapkan dimensi kecerdikan, tenaga, akurasi, produktivitas, atau regulasi diri yang diperlukan untuk menyebutkan beberapa dimensi perilaku kinerja. Individu yang memiliki tingkat yang tinggi memiliki keyakinan bahwa ia mampu mengerjakan tugas-tugas yang sukar juga memiliki *self efficacy* yang tinggi sedangkan individu dengan tingkat yang rendah memiliki keyakinan bahwa dirinya hanya mampu mengerjakan tugas-tugas yang mudah serta memiliki *self efficacy* yang rendah.

b. *Generality*

Self efficacy juga berbeda pada generalisasi artinya individu menilai keyakinan mereka berfungsi di berbagai kegiatan tertentu. Generalisasi memiliki perbedaan dimensi yang bervariasi yaitu:

- 1) Derajat kesamaan aktivitas.
- 2) Modal kemampuan ditunjukkan (tingkah laku, kognitif, afektif).
- 3) Menggambarkan secara nyata mengenai situasi.
- 4) Karakteristik perilaku individu yang ditunjukkan.

Penilaian ini terkait pada aktivitas dan konteks situasi yang mengungkapkan pola dan tingkatan umum dari keyakinan orang

terhadap keberhasilan mereka. Keyakinan diri yang paling mendasar adalah orang yang berada disekitarnya dan mengatur hidup mereka.

c. *Strength*

Strength artinya kekuatan, keyakinan diri yang lemah disebabkan tidak terhubung oleh pengalaman, sedangkan orang-orang yang memiliki keyakinan yang kuat, mereka akan bertahan dengan usaha mereka meskipun ada banyak kesulitan dan hambatan. Individu tersebut tidak akan kalah oleh kesulitan, karena kekuatan pada *self efficacy* tidak selalu berhubungan terhadap pilihan tingkah laku. Individu dengan tingkat kekuatan tinggi akan memiliki keyakinan yang kuat akan kompetensi diri sehingga tidak mudah menyerah atau frustrasi dalam menghadapi rintangan dan memiliki kecenderungan untuk berhasil lebih besar dari pada individu dengan kekuatan yang rendah.

2.7 *Caregiver Self Efficacy (CSE)*

Dalam merawat, emosi positif dan negatif dapat hidup berdampingan (Lawton, Moss, Kleban, Glicksman, & Rovine, 1991, hal. 182). Campuran valensi ini telah diakui secara luas dalam beberapa tahun terakhir. Pengalaman positif dapat bermanfaat bagi kesehatan mental dan fisik *caregiver*, dan memperkuat kesejahteraan (McIntyre, 2003; Pinquart & Sorensen, 2004). Ini termasuk kenikmatan menjalankan peran, pengaruh positifkepuasan, peningkatan peran, penghargaan, pencapaian pertumbuhan dan makna (Cohen, Gold, Shulman, & Zuccherro, 1994; Farran, 1997; Farran,

Miller, Kaufman, Donner, & Fogg, 1999; Kramer, 1997; Lawton et al., 1991; Mowat & Laschinger, 1994; Tarlow et al., 2004). Para peneliti telah menyarankan bahwa aspek-aspek positif ini mungkin independen dari aspek negatif dari perawatan (Rapp & Chao, 2000). Faktor-faktor yang berkaitan dengan aspek positif dari perawatan, dan hubungan antara aspek positif dan kesejahteraan sangat dalam untuk diteliti.

Self-efficacy (SE) dikonseptualisasikan sebagai keyakinan bahwa seseorang dapat melakukan dengan percaya diri dan cakap dalam situasi tertentu (Bandura, 1977). Ini adalah penentu penting respon emosional dan perilaku terhadap stresor (Bandura, 1997). Teori SE dapat membantu menjelaskan variabilitas dalam kemampuan *caregiver* keluarga untuk mengatasi stresor. Penelitian telah menemukan SE memiliki implikasi positif untuk kualitas hidup *caregiver* keluarga, kesehatan mental dan fisik (Gilliam & Steffen, 2006). SE bukan sifat yang tetap, tetapi bervariasi dengan suasana hati dan pengalaman dan dapat dimodifikasi melalui intervensi. Oleh karena itu, SE mungkin memberikan jalan yang kuat untuk mempengaruhi kualitas hidup terkait kesehatan *caregiver* keluarga (Bandura, 1997). Dalam literatur perawatan, SE telah dikonseptualisasikan secara global, khusus untuk perawatan, atau khusus untuk domain / tugas perawatan tertentu. Saat ini, konseptualisasi yang terakhir lebih disukai karena kepercayaan SE dirumuskan dari situasi tertentu dan bervariasi dengan faktor kontekstual (Bandura, 1997 ; Crellin, et al., 2014).

2.7.1 Skala Ukur *Caregiver Self Efficacy*

Caregiving Self Efficacy Scale (CSES). Zeiss et al 1999 telah mengembangkan langkah-langkah awal untuk menilai keyakinan tentang kemampuan yang paling menonjol bagi *caregiver* dalam berbagai situasi. Zeiss et al mengidentifikasi dua domain penting *caregiving*. Domain pertama adalah *Self Care Self Efficacy*, yaitu perilaku *caregiver* untuk memulai atau berpartisipasi dengan tujuan mengurangi tekanan mereka sendiri dan meningkatkan kesejahteraan (misal dengan kegiatan sosial, hobi dan istirahat). Domain kedua membahas perilaku *caregiver* dalam menggunakan keterampilan pemecahan masalah yang telah dikaitkan dengan penyesuaian psikologis (Heppner dan Anderson, 1985). Domain ini disebut *Problem Solving Self Efficacy*. Item untuk dua domain *self efficacy* dikembangkan oleh Zeiss et al.,1999 dari pengalaman mereka sebelumnya bekerja dengan *caregiver*, dengan pretest agar sesuai dengan dua domain *self efficacy* dalam format yang akan dimengerti oleh *caregiver* lanjut usia (Steffen AM.,et al.,2002).

Pengembangan skala pendahuluan oleh Zeiss et al.,1999 mengungkapkan keuntungan dari melihat kekuatan dan kebutuhan *caregiver* dari perspektif *self efficacy*. Hasil dari analisis item menunjukkan bahwa dua domain mencerminkan domain pengasuhan yang berbeda dan dapat diukur dengan akurat. Pemeriksaan kekhawatiran validitas menunjukkan bahwa skala *self efficacy* terkait dengan indeks kesusahan *caregiver*. Namun, ada batasan yang meningkatkan kebutuhan untuk

perbaiki skala lebih lanjut. Zeiss et al., 1999 menyarankan agar revisi skala ukuran di masa depan mencakup serangkaian item yang lebih luas yang lebih baik mencerminkan tantangan perilaku dan emosional yang sulit (Steffen AM., et al., 2002).

14 item dari *Self Care Self Efficacy Scale* dan *Problem Solving Self Efficacy* (Zeiss et al. 1999) digabungkan, 37 item tambahan dikembangkan dan ditambahkan. Revisi ini dilakukan untuk memperluas jumlah situasi pengasuhan dan untuk menambahkan dimensi baru yang mencerminkan kemampuan *caregiver* untuk mengendalikan pikiran yang tidak menyenangkan terhadap tugas-tugas *caregiving*. Terkumpul 51 item dan didistribusikan dalam 3 domain pengasuhan yang dihipotesiskan: (a) perawatan diri dan mendapatkan kelonggaran, (b) menanggapi perilaku pasien yang mengganggu, dan (c) mengendalikan pikiran yang mengganggu yang berhubungan dengan tugas-tugas pengasuhan. Untuk setiap item, *caregiver* diminta untuk menilai tingkat kepercayaan mereka (dari 0% hingga 100%) bahwa mereka dapat melakukan aktivitas jika mereka memberikan upaya terbaik mereka (Steffen AM., et al., 2002).

2.8 Skizofrenia

Skizofrenia merupakan suatu penyakit otak yang persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi yang masuk, sehingga mengakibatkan kesulitan dalam pemecahan masalah dan gangguan dalam hubungan interpersonal

(Stuart,2007). Banyak teori yang berusaha untuk menjelaskan tentang apa itu skizofrenia, penyebab dari skizofrenia maupun bagaimana pengobatan skizofrenia. Sampai sekarangpun masih belum ada kesepakatan tentang psikogenesis skizofrenia, berbagai teori yang ada kadang kontradiktif dan memicu perdebatan di antara para ahli. Dahulu skizofrenia dikira disebabkan oleh gangguan endokrin, hal ini dikarenakan skizofrenia sering ditemukan pada saat masa pubertas, sedang hamil, saat puerperium maupun klimakterium, akan tetapi hal ini tidak dapat dibuktikan kebenarannya. Skizofrenia juga pernah diduga disebabkan oleh adanya gangguan metabolisme, hal ini karena penderita skizofrenia sering ditemukan kondisinya pucat, lemah dan tidak sehat,nafsu makan berkurang dan berat badan menurun. Hipotesis ini banyak dibenarkan oleh para ahli, dan akhir-akhir ini teori karena metabolisme mulai mendapat perhatian kembali (Willy F.dan Albert A.Maramis,2009).

Dalam perspektif psikologis, khususnya psikodinamika meyakini bahwa skizofrenia terbentuk bukanlah terjadi secara tiba-tiba, tetapi merupakan hasil suatu proses yang lama. Proses ini dimulai sejak masa awal dalam kehidupan individu,yang berakar pada gangguan dalam relasi paling awal antara bayi dengan *caretaker*. Oleh karena itu jika membahas psikogenesis skizofrenia maka harus membahas perkembangan kepribadian (Arif S,2006). Seperti halnya menurut teori Adolf Meyer, skizofrenia bukan disebabkan oleh gangguan secara fisik, karena sejak dahulu para ahli tidak pernah menemukan adanya kelainan patologis anatomis

maupun fisiologis pada susunan syaraf. Sebaliknya Meyer mengakui bahwa adanya penyakit fisik dapat mempengaruhi munculnya skizofrenia, oleh karena itu skizofrenia merupakan suatu reaksi yang salah atau suatu maladaptasi (Maramis, 2009).

Teori Freud menjelaskan pada skizofrenia terdapat kelemahan ego yang dapat timbul karena penyebab psikogenik ataupun somatis, superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi, id menjadi berkuasa dan terjadi regresi ke fase narsisisme (Maramis, 2009). Sebagaimana secara fisik orang dilahirkan kemudian terus berkembang sehingga mencapai kematangannya, demikian halnya dengan kepribadian manusia. Adanya hambatan di fase perkembangan terutama di fase awal akan membuat perkembangan terhambat dan terjadilah fiksasi pada fase perkembangan tersebut. Individu akan menjalani kehidupannya dengan kepribadian yang rentan dan dengan energi mental yang makin lama makin lemah dan rentan terhadap stress, dan menjadi regresi ke fase perkembangan di mana terjadi fiksasi (Arif S, 2006).

Menurut Eugen Bleuler menganjurkan memakai istilah skizofrenia yang menonjolkan gejala utama penyakit ini yaitu jiwa yang terpecah belah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berpikir, perasaan dan perbuatan. Bleuler membagi gejala skizofrenia menjadi dua kelompok yaitu gejala primer dan gejala sekunder. Bleuler menganggap bahwa gejala primer merupakan manifestasi dari penyakit fisik dan gejala sekunder merupakan manifestasi dari upaya pasien untuk menyesuaikan dirinya terhadap gejala primer (Maramis, 2009). Adanya abnormalitas perkembangan sistem saraf

yang berhubungan dengan respon neurobiologis yang maladaptif baru mulai dipahami. Hal ini dapat ditunjukkan oleh penelitian pencitraan otak adanya lesi pada beberapa area otak, pembesaran ventrikel dan penurunan massa kortikal. Serta adanya ketidakseimbangan neurotransmitter di otak berhubungan dengan skizofrenia (Stuart, 2007).

Pada akhirnya muncul pendapat bahwa skizofrenia merupakan suatu sindrom yang dapat disebabkan oleh banyak penyebab diantaranya adalah genetik, pola asuh yang salah, tekanan jiwa, maladaptasi, penyakit fisik serta penyakit lain yang belum diketahui. Skizofrenia merupakan gangguan psikosomatis, di mana gejala-gejala pada fisik hanya sekunder karena gangguan dasarnya adalah psikogenik. Oleh karena itu sampai sekarang permasalahan tentang penyebab skizofrenia masih belum jelas, masih belum diketahui dasar dari penyebab skizofrenia.

2.8.1 Jenis-jenis skizofrenia

Skizofrenia paranoid merupakan skizofrenia yang agak berbeda dalam perjalanan penyakitnya dengan jenis skizofrenia lainnya. Perjalanan skizofrenia paranoid agak konstan, dengan gejala yang menonjol adalah waham primer, disertai dengan waham sekunder dan halusinasi. Jenis skizofrenia ini sering mulai sesudah umur 30 tahun, permulaannya subakut dan juga akut, kepribadian penderita sebelum sakit sering digolongkan skizoid, mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak, dan kurang percaya pada orang lain (Maramis, 2009).

Skizofrenia hebefrenik permulaan sakitnya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja dengan umur antara 15 sampai 25 tahun. Dengan gejala yang mencolok adalah gangguan proses pikir, gangguan kemauan dan adanya depersonalisasi atau *double personality*, gangguan psikomotor seperti neologisme atau perilaku kekanak-kanakan, waham dan halusinasi juga banyak sekali (Maramis, 2009).

Skizofrenia katatonik mulai timbul pertama kali umur antara 15 sampai 30 tahun, dan biasanya akut serta sering diawali dengan stress emosional. Mungkin terjadi gaduh gelisah katatonik atau stupor katatonik, penderita tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungannya, serta emosinya sangat dangkal. Gejala yang terpenting dari skizofrenia katatonik adalah gejala psikomotor seperti mutisme, muka tanpa mimik, negativisme, menolak makanan karena air ludah terkumpul di mulut, terdapat grimace dan katalepsi. Secara tiba-tiba atau pelan-pelan penderita keluar dari keadaan stupor ini dan mulai bicara serta bergerak (Maramis, 2009).

Skizofrenia simplex sering muncul pertama kali pada saat pubertas, dengan gejala utama kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan, gangguan proses pikir biasanya sulit ditemukan, waham dan halusinasi jarang ada. Skizofrenia ini munculnya perlahan-lahan sekali, dengan permulaan mungkin penderita mulai menarik diri dari lingkungan

sosialnya dan kurang memperhatikan keluarganya. Makin lama ia makin mengalami kemunduran dalam pekerjaan atau pendidikannya dan akhirnya menjadi pengangguran (Maramis, 2009).

Skizofrenia residual adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dengan gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif ini antara lain kelambatan psikomotor, penurunan aktifitas, afek yang tumpul dan tidak ada inisiatif, miskin dalam pembicaraan, penurunan perawatan diri dan hubungan sosialisasi (Maramis, 2009).

2.8.2 Onset Usia Skizofrenia

Onset usia skizofrenia diklasifikasikan menjadi tiga, yaitu : *First-episode* skizofrenia (setelah umur 40 tahun), *youth onset* skizofrenia (maksimal umur 19 tahun), dan *late onset* skizofrenia (di atas 40 tahun) atau *very late onset* skizofrenia (diatas umur 60 tahun). Pada *youth onset* skizofrenia mengalami penurunan IQ, fungsi psikomotor, dan memori verbal lebih besar daripada late onset skizofrenia (Rajji et al., 2009). Kualitas hidup adalah tingkatan tertinggi yang dicapai seseorang dalam hidupnya secara menyeluruh yang sering dihubungkan dengan kepuasan hidup, kebahagiaan, moral dan kesehatan (Renwick et al., 1996 cit. Setyawati, 2007). Orang yang sehat secara umum memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibanding dengan orang yang sakit, apalagi yang disertai dengan kecacatan (Joseph & Rao, 1999).

Kesehatan sering didefinisikan sebagai faktor yang sangat menentukan kualitas hidup seseorang, tetapi sebaliknya kualitas hidup juga menentukan status kesehatan. Sehat sering berhubungan dengan sesuatu yang nyata, seperti tingkat aktivitas, kemampuan fungsional serta bebas dari kesakitan dan nyeri (Renwick et al., 1996 cit. Setyawati, 2007). Penderita skizofrenia yang mengalami penurunan IQ, fungsi psikomotor, atau *memory* verbal membuat penderita mengalami penurunan kemampuan fungsional dan keterbatasan dalam beraktivitas, sehingga kualitas hidupnya mengalami penurunan (Joseph & Rao, 1999).

Berdasarkan kesimpulan penelitian Rajji, dkk (2009), tentang *Age at onset and cognition in schizophrenia* bahwa semakin muda onset usia skizofrenia maka semakin besar penurunan IQ, kemampuan psikomotor, dan memori verbal.

2.8.3 Pengobatan skizofrenia

Pengobatan untuk skizofrenia harus dilakukan secepat mungkin, karena jika kondisi psikotik terlalu lama maka kemungkinannya sangat besar menuju kemunduran mental. Meskipun skizofrenia mempunyai kemungkinan yang cukup kecil untuk bisa sembuh, dengan pengobatan dan bimbingan yang baik penderita bisa berfungsi terus, melakukan pekerjaan yang sederhana di rumah maupun di luar rumah. Keluarga atau masyarakat sekitar diberikan pengertian agar bisa lebih sabar menghadapi penderita.

Pemberian obat antipsikotik ditujukan untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Strategi untuk pengobatan setiap penderita tidak sama, banyak faktor yang dipertimbangkan dalam pemberian pengobatan pada penderita skizofrenia dengan mengacu pada tujuan mengurangi gejala psikotik yang parah. Hasil dari pengobatan antipsikotik akan lebih baik jika diberikan dalam dua tahun pertama dari penyakitnya. Pada pasien yang baru pertama kali mengalami episode skizofrenia diupayakan obat yang diberikan tidak terlalu memberikan efek samping, karena pengalaman yang buruk dengan pengobatan dapat mengurangi ketaatan pengobatan (Maramis, 2009).

Terapi elektro konvulsi dapat dikatakan untuk memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita, akan tetapi terapi ini tidak mampu mencegah serangan yang datang. Terapi elektro konvulsi lebih baik hasilnya jika dilakukan pada skizofrenia katatonik terutama stupor, untuk skizofrenia simplex efeknya mengecewakan jika gejala hanya ringan kemudian diberikan terapi elektro konvulsi kadang-kadang gejala menjadi berat (Maramis, 2009).

Psikoterapi dan rehabilitasi yang dapat membantu untuk skizofrenia adalah psikoterapi suportif individual maupun kelompok. Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisis tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan. Terapi kerja sangat baik untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang

lain. Perlu juga diperhatikan lingkungan penderita, jika perlu diatur supaya penderita tidak mengalami stress terlalu banyak. Lingkungan sekitar yang tidak stabil serta hostilitas dan ikut campur emosional yang dialami pasien dari orang yang dekat dengannya atau biasanya keluarga akan membawa resiko tinggi untuk kekambuhan. Sehingga perlu diberikan terapi keluarga (Maramis, 2009).