

BAB 2

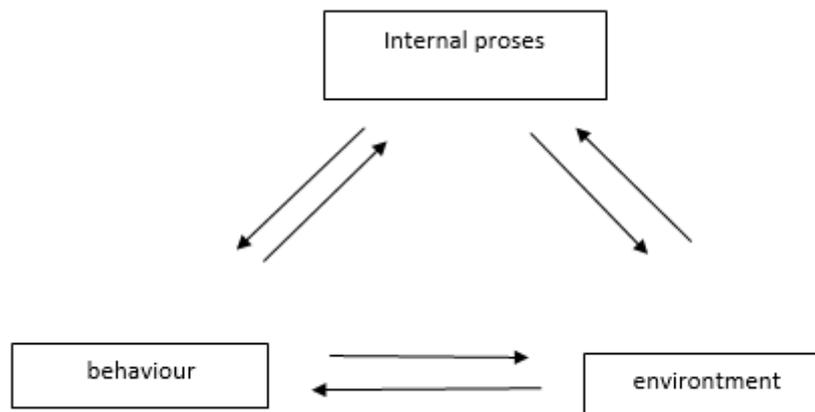
TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Self Efficacy*

2.1.1 Teori *self efficacy*

Teori *self efficacy* menurut Bandura adalah harapan penguasaan pribadi (*Self efficacy*) dan kesuksesan (*Expectacy outcomes*) yang menentukan individu terlibat dalam perilaku tertentu (Lenz & Baggett, 2002). *Expectacy outcomes* adalah keyakinan individu tentang hasil dari perilaku yang ditampilkan. Hasil ini dapat berupa bentuk, efek evaluasi diri dan sosial. Sedangkan *self efficacy* yang berfokus kepada kepercayaan diri akan menghasilkan kemampuan untuk perilaku yang mereka yakini akan mencapai hasil yang diinginkan, sehingga *self efficacy* memprediksi penampilan perilaku lebih baik dibandingkan *expectacy outcomes* (Lenz & Baggett, 2002).

Model *The triadic relationship* adalah teori kognitif sosial meliputi perilaku individu, proses internal/karakteristik individu, dan lingkungan. Ketiga komponen tersebut akan berinteraksi secara konstan untuk membentuk perilaku. Perubahan salah satu komponen akan mempengaruhi komponen yang lain. *Self efficacy* merupakan komponen utama dari teori kognitif sosial. (Lenz & Baggett, 2002; Quigley, 2005). Hubungan dari ketiga komponen tersebut (*The Triadic Relationship*) dapat dilihat pada gambar 2.4 di bawah ini. Gambar tersebut menjelaskan adanya keterkaitan komponen satu dengan komponen lainnya (Quigley, 2005).



Gambar 2.1 *The Triadic Relationship*

Sumber: Quigley, (2005).

Hubungan triadic relationship dengan self efficacy menurut Bandura (1986) bahwa kognitif, sosial dan perilaku harus diorganisir kedalam tindakan yang terintegrasi. Belajar untuk mengontrol sikap/perilaku dalam Setiap kejadian kehidupan. Terdapat hubungan yang kuat antara personal efficacy dalam berperilaku yang dipengaruhi oleh lingkungan (Lenz & Baggett, 2002)

2.1.2 Fungsi *Self Efficacy*

Bandura menyatakan bahwa *self efficacy* akan berkombinasi dengan lingkungan yang responsif dan tidak responsif untuk dapat menghasilkan empat variabel yang paling dapat diprediksi yaitu: a) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu tinggi dan lingkungan responsif, maka hasil yang dapat diperkirakan adalah kesuksesan, b) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu rendah dan lingkungan responsif, maka individu tersebut dapat menjadi depresi saat mereka mengamati orang lain, yang berhasil menyelesaikan tugas yang menurutnya sulit, c) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu tinggi

dan situasi lingkungan yang tidak responsif, maka individu tersebut biasanya akan berusaha keras mengubah lingkungan, d) bila *self efficacy* yang dimiliki seorang individu rendah berkombinasi dengan lingkungan yang tidak responsif, maka individu tersebut akan merasa apatis, mudah menyerah dan merasa tidak berdaya (Feist & Feist, 2008)

Bandura juga menjelaskan bahwa *self efficacy* yang tinggi, akan mendorong individu untuk giat dan gigih melakukan upayanya. Sebaliknya individu dengan *self efficacy* yang rendah, akan diliputi perasaan keragu-raguan akan kemampuannya. Jika individu tersebut dihadapkan pada kesulitan, maka akan memperlambat dan melonggarkan upayanya, bahkan dapat menyerah (Pajares & Urdan, 2006).

2.1.3 Dimensi Self Efficacy

Bandura menyatakan bahwa ada 3 (tiga) dimensi *self efficacy*. Dimensi-dimensi tersebut yaitu *magnitude*, *strength* dan *generally* (Lenz & Baggett, 2002; Pajares & Urdan, 2006). *Magnitude* merupakan dimensi *self efficacy* yang mengacu pada tingkat kesulitan tugas yang diyakini seseorang dapat diselesaikannya. Individu dengan *magnitude self efficacy* yang tinggi, akan mampu menyelesaikan tugas yang sulit. Sedangkan individu dengan *magnitude self efficacy* yang rendah akan menilai dirinya hanya mampu melaksanakan perilaku yang mudah dan sederhana *generally* (Lenz & Bagget, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

Strength self efficacy yang tinggi akan tetap bertahan menghadapi hambatan dan masalah. Sedangkan individu dengan *strength self efficacy* yang

rendah akan lebih mudah frustrasi ketika menghadapi hambatan atau masalah dalam menyelesaikan tugasnya *generally* (Lenz & Baggett, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

Generally merupakan dimensi *self efficacy* yang mengacu pada tingkat kesempurnaan *self efficacy* dalam situasi tertentu. Beberapa individu mampu beradaptasi dengan berbagai kondisi. Namun ada juga individu yang percaya bahwa mereka hanya mampu menghasilkan beberapa perilaku tertentu dalam keadaan tertentu saja *generally* (Lenz & Baggett, 2002; Pajares & Urdan, 2006).

2.1.4 Sumber-sumber *Self Efficacy*

Bandura (Lenz & Baggett, 2002) menyatakan ada empat sumber penting yang mempengaruhi *self efficacy*. Sumber-sumber tersebut yaitu: pencapaian kinerja (*performance accomplishment*), pengalaman tak terduga (*vicarious experiences*), bujukan verbal (*verbal persuasion*) dan keadaan fisik dan emosional (*Physiological information*).

Pencapaian kinerja (*performance accomplishment*) terdiri atas berlatih dan pengalaman sebelumnya. Berlatih adalah sumber yang paling penting, karena didasarkan kepada pengalaman individu itu sendiri. Satu kali seseorang memiliki *self efficacy* yang kuat, maka satu kesalahan tidak akan begitu berpengaruh. Pengalaman dengan perilaku dan atribusi kesuksesan dan kesalahan merupakan sumber yang sangat penting dalam pengembangan *self efficacy* (Lenz & Baggett, 2002).

Pengalaman tak terduga (*vicarious experiences*) dalam hal ini yaitu observasi terhadap orang lain. Melihat orang lain mencapai kesuksesan juga

penting sebagai sumber *self efficacy*. Orang lain dapat menjadi *role models* dan memberikan informasi tentang kesulitan dalam perilaku tertentu. Seseorang akan menggunakan indikator observasi, yang dapat mengukur kemampuan sendiri dan memperkirakan kesuksesan mereka. Observasi terhadap orang lain merupakan sumber yang lebih membangunkan *self efficacy* dibandingkan dengan pengalaman langsung (Lenz & Baggett, 2002).

Bujukan verbal (*verbal persuasion*) sering digunakan sebagai sumber *self efficacy*, namun ini tidak mudah digunakan. Pemberian instruksi, nasehat dan saran, mencoba untuk meyakinkan seseorang bahwa mereka dapat sukses dalam tugas yang sulit. Hal penting dalam ini adalah kredibilitas, keahlian, kepercayaan dan prestise dari seseorang yang melakukan bujukan. Upaya-upaya secara verbal dalam meyakinkan seseorang bahwa mereka memiliki kemampuan untuk menampilkan perilaku tertentu adalah lebih membangun. Jika seseorang yakin akan kemampuan mereka sendiri, maka mereka akan lebih cenderung bertahan dan tidak akan mudah menyerah (Lenz & Baggett, 2002).

Aktivitas yang membutuhkan kekuatan dan pertahanan, membuat mereka mengalami kelemahan, nyeri, hipokalemi yang merupakan indikator *physical efficacy* yang rendah. Seseorang akan mencapai kesuksesan ketika mereka tidak dalam keadaan stress. Stress memberikan pengaruh yang negatif terhadap *self efficacy*. *Self efficacy* dari berbagai sumber butuh diproses secara kognitif. Banyak faktor yang keadaan fisik dan emosional (*physiological information*) merupakan evaluasi diri terhadap status fisiologis dan emosional. Kondisi tubuh dapat mempengaruhi perkiraan seseorang terhadap kemampuan untuk menampilkan

perilaku tertentu. Adanya pengalaman tekanan, cemas, dan depresi adalah tanda-tanda defisiensi atau berkurangnya ketahanan seseorang mempengaruhi pengalaman kognitif, misalnya kepribadian, situasi, sosial dan faktor waktu. Oleh karena itu, dalam membangun *self efficacy* harus mempertimbangkan dan mengintegrasikan informasi informasi dari sumber yang berbeda (Lenz & Baggett, 2002).

Ada hirarki tertentu dari keempat sumber *self efficacy*. Sumber yang pertama adalah sumber yang paling kuat karena berdasarkan kepada informasi langsung yaitu pengalaman sukses atau gagal. Sedangkan ketiga sumber lainnya adalah berdasarkan informasi yang tidak langsung. Model, melihat orang lain memperlihatkan perilaku yang diinginkan dapat menawarkan sumber *self efficacy* yang penting, tetapi tidak berdasarkan kepada pengalaman diri seseorang. Bujukan merupakan sumber yang membangunkan. Sumber ini digunakan untuk mendukung sumber lain. Sumber yang terakhir merupakan sebagai beton. Seseorang akan mengandalkan status fisik dan emosi mereka untuk meyakinkan kemampuan mereka (Lenz & Baggett, 2002).

2.2 Konsep Resiliensi

2.2.1 Definisi Resiliensi

Menurut Rutter (2006) resiliensi adalah kemampuan individu dalam mengatasi stres atau penderitaan, dan kemampuan beradaptasi kendati memiliki pengalaman hidup yang berisiko. Resiliensi harus dipandang sebagai sebuah proses bukan sebagai atribut tetap individu. Seseorang dianggap resilien apabila memenuhi dua kondisi yakni adanya ancaman yang signifikan

terhadap perkembangannya atau berada dalam penderitaan (adversity) serta adanya adaptasi positif (Masten, 2001). Sehingga resiliensi selalu melibatkan adanya penderitaan (adversity) dan adaptasi positif.

Reivich dan Shatte (2002) mendefinisikan resiliensi sebagai kemampuan untuk mengatasi dan beradaptasi terhadap kejadian yang berat atau masalah yang terjadi dalam kehidupan, bertahan dalam keadaan tertekan, penderitaan (adversity) atau trauma yang dialami dalam kehidupan. Hal senada juga diungkapkan oleh Connor dan Davidson (2003) bahwa resiliensi dapat dilihat sebagai sebuah ukuran akan kemampuan individu dalam mengatasi stres serta kualitas individu yang memungkinkannya untuk berkembang dalam kondisi sulit sekalipun. Individu yang resilien menganggap bahwa kesulitan dan kegagalan dalam hidup bukanlah penghambat dalam mencapai kesuksesan melainkan suatu pelajaran hidup yang dapat digunakan sebagai bekal dalam mencapai kesuksesan. Kualitas resiliensi antar individu tidak sama, dipengaruhi oleh tingkat usia, taraf perkembangan, intensitas seseorang dalam menghadapi situasi-situasi yang sulit, serta seberapa besar dukungan dalam pembentukan resiliensi tersebut (Grotberg, 1995).

Dari beberapa definisi diatas, secara garis besar resiliensi melibatkan adanya penderitaan (adversity) sebagai anteseden utama dan adaptasi positif sebagai konsekuensi atau hasil dari resiliensi yang terbentuk. Penulis menggunakan definisi resiliensi milik Connor dan Davidson (2003) yang memandang resiliensi sebagai sebuah ukuran akan kemampuan individu dalam mengatasi stres

sertakualitas individu yang memungkinkannya untuk berkembang dalam kondisi sulit sekalipun.

2.2.2 Sumber Resiliensi

Menurut Grotberg 1998 (dalam Schoon, 2006) ada tiga sumber dari resiliensi yaitu sebagai berikut :

1. *I Have* (Sumber dukungan eksternal)

“*I Have*” merupakan dukungan dari lingkungan di sekitar individu. Dukungan ini berupa hubungan yang baik dengan keluarga, atau hubungan dengan orang lain diluar keluarga. Melalui “*I Have*”, seseorang merasa memiliki hubungan yang penuh kepercayaan. Hubungan seperti ini diperoleh dari orang tua, anggota keluarga lain, dan teman-teman yang mencintai dan menerima diri anak tersebut. Individu yang resilien juga memperoleh dukungan untuk mandiri dan dapat mengambil keputusan berdasarkan pemikiran serta inisiatifnya sendiri. Dukungan yang diberikan oleh orangtua ataupun anggota keluarga lainnya akan sangat membantu dalam membentuk sikap mandiri dalam diri seseorang. Orangtua akan mendukung serta melatih anak untuk dapat berinisiatif dan “berkuasa” atas dirinya sendiri untuk mengambil keputusan tanpa harus bergantung pada orang lain.

2. *I Am* (kemampuan Individu)

“*I Am*”, merupakan kekuatan yang terdapat dalam diri seseorang, kekuatan tersebut meliputi perasaan, tingkah laku, dan kepercayaan yang ada dalam dirinya. Mereka merasa bahwa mereka memiliki empati dan

sikap kepedulian terhadap sesama. Perasaan ini ditunjukkan melalui sikap peduli mereka terhadap peristiwa yang terjadi pada orang lain. Individu yang resilien juga merasakan kebanggaan akan diri mereka sendiri. Mereka bangga terhadap apa yang telah mereka capai. Ketika mereka mendapatkan masalah atau kesulitan, rasa percaya dan harga diri yang tinggi akan membantu mereka dalam mengatasi kesulitan tersebut. Mereka merasa mandiri dan cukup bertanggung jawab. Mereka dapat melakukan banyak hal dengan kemampuan mereka sendiri. Mereka juga bertanggung jawab atas pekerjaan yang telah mereka lakukan serta berani menanggung segala konsekuensinya.

3. *I Can* (kemampuan sosial dan interpersonal)

“*I Can*” merupakan kemampuan anak untuk melakukan hubungan sosial dan interpersonal. Kemampuan ini didapat melalui interaksinya dengan semua orang yang ada disekitar mereka. Individu tersebut juga memiliki kemampuan untuk berkomunikasi serta memecahkan masalah dengan baik. Mereka mampu mengekspresikan pikiran dan perasaan mereka dengan baik. Kemampuan untuk mengendalikan perasaan dan dorongan dalam hati juga dimiliki oleh individu yang resilien. Mereka mampu menyadari perasaan mereka dan mengekspresikannya dalam kata-kata dan perilaku yang tidak mengancam perasaan dan hak orang lain. Individu yang resilien juga dapat menemukan seseorang untuk meminta bantuan, untuk menceritakan perasaan dan masalah, serta mencari cara untuk menyelesaikan masalah pribadi dan interpersonal.

2.2.3 Teori Resiliensi

Selama 3 dekade terakhir, lebih dari 12 teori resiliensi telah diajukan oleh berbagai peneliti. Hampir semua teori sepakat bahwa resiliensi adalah sebuah proses dinamis yang berubah dari waktu ke waktu (Fletcher & Sarkar, 2013). Selanjutnya peneliti terdahulu mengakui bahwa dalam proses tersebut terdapat interaksi berbagai faktor yang menentukan apakah individu resilien atau tidak resilien. Faktor yang muncul seringkali bervariasi, contohnya konsep resiliensi milik Brennan (2008 dalam Fletcher & Sarkar, 2013) menekankan pentingnya dukungan sosial sedangkan konsep resiliensi lainnya menyoroti faktor kepribadian dan tempramen sebagai dasar resiliensi (Dunn dkk., 2008 dalam Fletcher & Sarkar, 2013). Sehingga penjelasan teoritis tentang resiliensi sering berkaitan dengan berbagai konstruk psikososial. Kerangka teori dalam penelitian ini menggunakan aspek resiliensi milik Connor dan Davidson (2003) yang mengacu pada teori resiliensi milik Richardson (2002). Teori yang dikembangkan oleh Richardson telah banyak dikutip dalam literatur resiliensi salah satunya oleh Connor dan Davidson. Teori dan model resiliensi Richardson (2002) dapat diterapkan pada berbagai jenis stres, penderitaan (adversity), berbagai kejadian hidup dan pada berbagai level analisis seperti individu, keluarga dan masyarakat (Fletcher & Sarkar, 2013). Teori resiliensi Richardson menjadi satu-satunya metateori yang mencakup berbagai gagasan teoritis dari ilmu fisika, psikologi dan kedokteran (White dkk., 2008 dalam Fletcher & Sarkar, 2013).

Richardson (2002) mengemukakan bahwa penelitian resiliensi dapat dikategorikan menjadi 3 sub area atau yang ia sebut gelombang (waves). Gelombang pertama penelitian dilakukan untuk mengidentifikasi kualitas atau faktor protektif yang membantu individu untuk tumbuh dalam situasi sulit contohnya harga diri, efikasi diri, dan dukungan. Gelombang kedua penelitian menjelaskan bahwa resiliensi adalah proses mengatasi stres, penderitaan (adversity), perubahan atau peluang. Gelombang ketiga penelitian dilakukan untuk mengidentifikasi dorongan motivasi di dalam diri individu dan kelompok yang mendorong mereka mengaktualisasikan diri.

Richardson (2002) mengungkapkan bahwa resiliensi dimulai saat individu berhasil beradaptasi dengan situasi dalam hidupnya. Ia menggunakan istilah “biopsychospiritual homeostasis” atau zona nyaman untuk menjelaskan keadaan individu (baik atau buruk) dimana mereka telah beradaptasi secara fisik, mental dan spiritual terhadap serangkaian kondisi. Zona nyaman dapat mengalami gangguan apabila individu tidak memiliki faktor protektif yang mencukupi untuk melawan stres atau penderitaan. Pada akhirnya individu akan mengalami gangguan dan memulai proses reintegrasi. Proses ini mengarah pada 4 hasil berikut ini:

1. *Resilient reintegration* (gangguan mengarah pada penambahan faktor protektif dan tingkat yang lebih tinggi pada homeostatis baru)
2. *Homeostatic reintegration* (gangguan mengarah untuk tetap berada di zona nyaman atau individu hanya berusaha untuk lepas dari gangguan)

3. *Reintegration with loss* (gangguan menyebabkan hilangnya faktor protektif dan tingkat yang lebih rendah pada homeostatis baru)
4. *Dysfunctional reintegration* (gangguan menyebabkan individu memunculkan perilaku destruktif atau merusak seperti penyalahgunaan zat)

Connor dan Davidson (2003) sepakat dengan model resiliensi yang dikembangkan oleh Richardson (2002) bahwa resiliensi dimulai ketika individu berada pada titik keseimbangan biopsikospiritual homeostatis atau telah beradaptasi secara fisik, mental dan spiritual terhadap keadaan hidupnya. Ada kalanya individu tidak berhasil beradaptasi dan gagal mengatasi stressor atau kejadian hidup yang menekan sehingga menghasilkan gangguan pada biopsikospiritual homeostatis. Akibatnya individu memulai proses reintegrasi yang mengarah pada salah satu dari 4 hasil di atas. Dari sinilah Connor dan Davidson (2003) melihat resiliensi sebagai sebuah ukuran akan kemampuan individu dalam mengatasi stres.

Alat ukur yang dikembangkan oleh Connor dan Davidson (2003) menggunakan skema yang digariskan oleh Richardson. Setelah melalui faktor analisis dihasilkan 5 aspek dalam resiliensi yakni:

1. *Personal competence, high standards, and tenacity*
2. *Trust in one's instincts, tolerance of negative affect and strengthening effects of stress.*

3. Positive acceptance of change and secure relationships

4. Control

5. Spiritual influences

2.2.4 Aspek-Aspek dalam Resiliensi

Berdasarkan hasil analisis faktor dalam teori resiliensi yang dikemukakan oleh Connor dan Davidson (2003), terdapat 5 aspek dalam resiliensi yaitu:

1. Personal competence, high standards, and tenacity

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

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

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

3. Positive acceptance of change and secure relationships

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

4. Control

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

5. *Spiritual influences*

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

Keterampilan (*skills*) dalam meningkatkan resiliensi individu

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

1. Regulasi Emosi

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

2. Pengendalian Impuls

Pengendalian impuls adalah kemampuan individu untuk mengendalikan tindakan, perilaku, dan emosi secara realistis saat situasi sulit muncul. Bagi sebagian orang berada dalam situasi yang tidak pasti membuat mereka bertindak dengan cara yang tidak membantu namun, individu yang

resilien mampu mentolerir ambiguitas dan mengurangi resiko membuat keputusan yang impulsif. Resiliensi bukan menghilangkan tindakan impulsif (cepat bertindak secara tiba-tiba menurut gerak hati), tapi mengharuskan individu untuk berpikir sebelum melakukan tindakan impulsif. Hal ini dapat dipelajari dari waktu ke waktu.

3. Optimis

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

4. Berpikir fleksibel untuk menyelesaikan masalah

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

5. Empati

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

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

6. Efikasi diri (*self-efficacy*)

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

7. *Reaching out*

Reaching out adalah kemampuan dimana individu dapat memberi tahu orang lain dan meminta dukungan saat membutuhkan. Selain itu, individu memiliki kemampuan untuk mendelegasikan pekerjaan dan wewenangnya, mengambil resiko yang telah diperhitungkan, dan menstimulasi rasa ingin tahu dalam hidup. Individu yang resilien cenderung menghadapi tantangan baru sekaligus belajar dari pengalaman sebelumnya. Menguasai sedikitnya dua atau tiga keterampilan diatas dapat meningkatkan produktivitas, energi, dan kesejahteraan individu (Reivich & Shatte, 2002).

2.2.5 Fungsi Resiliensi

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

1. *Overcoming* (Mengatasi)

Manusia membutuhkan resiliensi untuk menghindar dari kerugian-kerugian yang menjadi akibat dari hal-hal yang tidak menguntungkan karena menemui kesengsaraan, masalah-masalah yang menimbulkan stress yang tidak dapat dihindari. Hal ini dapat dilakukan dengan cara menganalisa dan mengubah cara pandang menjadi lebih positif dan meningkatkan kemampuan untuk mengontrol kehidupannya sendiri. Agar dapat tetap merasa termotivasi, produktif, terlibat, dan bahagia meskipun dihadapkan pada berbagai tekanan kehidupan.

2. *Steering through* (Menghadapi)

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

seseorang dapat menguasai lingkungan secara efektif dan dapat memecahkan berbagai masalah yang muncul.

3. *Bouncing back* (Memantau ulang)

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

4. *Reaching out* (Menjangkau)

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

disimpulkan bahwa resiliensi dapat berfungsi untuk menghadapi faktor resiko, mengatasi, menghadapi, memantau ulang dan menjangkau.

2.2.6 Faktor yang mempengaruhi resiliensi

Menurut Southwick (2012) ada tiga faktor yang mempengaruhi resiliensi antara lain:

1. Social support

Yaitu dukungan yang diberikan dari kelompok sekitar lingkungan tempat tinggal, seperti: dukungan keluarga, community support, personal support, teman dekat, kerabat, serta budaya dan komunitas dimana individu tinggal.

2. Cognitive

Yaitu kemampuan yang cerdas dalam memecahkan masalah yang dihadapi, kemampuan dalam menghindari dari menyalahkan diri sendiri, control pribadi dan spiritualitas.

3. Psychological resources

Yaitu *locus of control internal*, empati dan rasa ingin tahu, cenderung mencari hikmah dari setiap pengalaman serta selalu fleksibel dalam setiap situasi.

2.2.7 Faktor Risiko dalam Resiliensi

Faktor risiko merupakan mediator munculnya permasalahan perilaku (Luthar, 1999 dalam Kalil, 2003). Faktor risiko utama yang pernah ada dalam literatur mencakup kemiskinan, kehilangan pekerjaan, perceraian, kematian, penyakit kronis, serta ketidaksuburan (Kalil, 2003). Faktor risiko

lainnya menurut Grotberg (1995) yakni: kematian orangtua, kecelakaan yang menyebabkanseseorang terluka, kekerasan seksual, kesehatan yang buruk, anggota keluarga yang disabilitas dll. Risiko-risiko tersebut ada pada level individu, keluarga, komunitas dan masyarakat luas (Kalil, 2003).

2.2.8 Faktor Protektif dalam Resiliensi

Agar individu menjadi resilien, dibutuhkan faktor-faktor protektif yang dapat mengatasi faktor risiko. Rutter (1990 dalam Kalil, 2003) mengajukan empat cara dimana faktor protektif dapat mengubah efek negatif dari faktor risiko, yaitu (1) mengurangi pengaruh yang kuat dari faktor risiko; (2) mengurangi rangkaian peristiwa negatif; (3) mengembangkan atau memelihara harga diri/efikasi diri; dan(4) membuka peluang baru. Hal yang sama juga diungkapkan oleh (Cowan dkk., 1996) bahwa individu yang resilien menggunakan faktor protektif untuk membatalkan efek negatif dari faktor risiko. Faktor protektif dapat berasal dari dalam (internal) dan luar (eksternal) individu. Faktor protektif internal merupakan faktor protektif yang bersumber dari diri individu seperti harga diri, efikasi diri, kemampuan mengatasi masalah dan rasa tanggung jawab (McCubbin, 2001). Sedangkan faktor protektif eksternal merupakan faktor protektif yang berasal dari luar individu, misalnya dukungan dari keluarga dan lingkungan (McCubbin, 2001). (Banne, 2014) juga menyebutkan bahwa salah satu faktor protektif eksternal dalam resiliensi adalah dukungan keluarga dan teman atau dapat disebut dengan dukungan sosial.

2.3 Konsep Kualitas Hidup

2.3.1 Pengertian kualitas hidup

Secara awam, kualitas hidup berkaitan dengan pencapaian kehidupan manusia yang ideal atau sesuai dengan yang diinginkan). (O'Connor, 1993) mengemukakan defenisi kualitas hidup sebagai derajat kepuasan atas penerimaan suasana kehidupan saat ini. Calman memberikan satu definisi dari kualitas hidup yang dapat diterima secara umum, yakni perasaan subjektif seseorang mengenai kesejahteraan dirinya, berdasarkan pengalaman hidupnya saat ini secara keseluruhan (O'Connor, 1993). Kualitas hidup diperkenalkan sebagai salah satu *middle range theory* (Meleis, 1997) yang menggambarkan sebuah fenomena spesifik dengan batasan yang berhubungan dengan konsep yang digunakan dalam praktik (Peterson dan Bredow, 2013). (Ferrans dan Powers, 1992) mengembangkan sebuah teori yang menyatakan bahwa kualitas hidup adalah perasaan bahagia berdasar kepuasan atau ketidakpuasan pada area kehidupan yang dianggap penting.

The World Organization (WHO) (2002) mendefinisikan bahwa kualitas hidup adalah persepsi individual mengenai posisi mereka dalam kehidupan, dalam konteks budaya, sistem nilai dimana mereka hidup dan kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan perhatian mereka (Nursalam, 2014).

2.3.2 Pengukuran kualitas hidup

Pengukuran kualitas hidup pada *caregiver* dengan salah satu anggota yang terdiagnosa skizofrenia sangat diperlukan. Keterlibatan *caregiver* sangat penting untuk kesembuhan dan kestabilan kesehatan penderita skizofrenia. Kepatuhan

pengobatan, kontinuitas perawatan dan dukungan sosial merupakan peran *caregiver* dalam perawatan penderita skizofrenia. Beberapa studi telah menunjukkan bahwa kurangnya keterlibatan *caregiver* keluarga dalam perencanaan pengobatan berhubungan dengan masalah kepatuhan pengobatan (skizofrenia). Menilai dan memelihara kualitas hidup *caregiver* keluarga sangat penting untuk menjaga kestabilan kesehatan fisik psikis *caregiver* secara langsung dan kesehatan penderita skizofrenia secara tidak langsung. Instrumen kuesioner S-CGQoL adalah suatu instrument untuk mengukur kualitas hidup *caregiver* penderita skizofrenia. S-CGQoL Terdiri dari 25 item dan menggambarkan 7 dimensi terdiri dari Psikologis dan kesejahteraan fisik (6 item), Beban psikologis dan kehidupan sehari hari (7 item), Hubungan dengan pasangan (3 item), Hubungan dengan team psikiatri (3 item), Hubungan dengan keluarga (2 item), Hubungan dengan teman (2 item), Beban material (3 item). S-CGQoL adalah instrument kualitas hidup yang bersifat psikometrik memuaskan dan dapat diselesaikan dengan cepat.

2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi Kualitas Hidup

(Moons dkk, 2014) menyatakan bahwa gender, usia, dan pendidikan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. (Riff dan Singer, 1998) mengatakan bahwa kesejahteraan laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda, dimana perempuan kesejahteraannya lebih ke aspek hubungannya yang positif sedangkan laki-laki lebih ke aspek pendidikan dan pekerjaan. Usia salah satu faktor yang menentukan kualitas hidup.

(Ruggerri, 2001) mengatakan bahwa responden yang berusia tua

cenderung akan mengevaluasi hidupnya dengan hal yang positif dibandingkan saat mudanya. pendidikan juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. (Wahl dkk, 2004) menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin meningkatnya kualitas hidupnya. (Moons dkk, 2004) mengatakan bahwa pekerjaan status pernikahan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Dimana terdapat perbedaan kualitas hidup seorang pelajar, individu yang bekerja maupun yang tidak bekerja, serta penduduk yang tidak mampu bekerja dan terdapat perbedaan kualitas hidup antara seseorang yang tidak menikah, individu yang bercerai atau janda / duda , dan individu yang sudah menikah. (Wahl dkk, 2004) mengatakan bahwa pria dan wanita dengan status menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi. (Noghani, 2007) mengatakan bahwa adanya faktor penghasilan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak dan hubungan dengan orang lain merupakan salah satu faktor yang berkontribusi dalam menentukan kualitas hidup secara subjektif.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup adalah :

1. Jenis kelamin. (Fadda dan Jiron, 1999) mengatakan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki perbedaan dalam peran serta akses dan kendali terhadap berbagai sumber sehingga kebutuhan atau hal-hal yang penting bagi laki-laki dan perempuan juga akan berbeda. Hal ini mengindikasikan adanya perbedaan aspek-aspek kehidupan dalam hubungannya dengan kualitas hidup pada laki-laki dan perempuan. (Ryff dan Singer, 1998) mengatakan bahwa secara umum, kesejahteraan laki-laki dan perempuan

tidak jauh berbeda, namun perempuan lebih banyak terkait dengan aspek hubungan yang bersifat positif sedangkan kesejahteraan tinggi pada pria lebih terkait dengan aspek pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik.

2. Usia. (Wagner, Abbot, dan Lett, 2004) menemukan terdapat perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh (Ryff dan Singer, 1998) individu dewasa mengekspresikan kesejahteraan yang lebih tinggi pada usia dewasa madya.
3. Pendidikan. Pendidikan juga merupakan faktor kualitas hidup, senada dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wahl dkk, 2004) menemukan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Barbareschi, Sanderman, Leegte, Veldhuisen dan Jaarsma (2011) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup, hasil penelitian menunjukkan bahwa tingginya signifikansi perbandingan dari pasien yang berpendidikan tinggi meningkat dalam keterbatasan fungsional yang berkaitan dengan masalah emosional dari waktu ke waktu dibandingkan dengan pasien yang berpendidikan rendah serta menemukan kualitas hidup yang lebih baik bagi pasien berpendidikan tinggi dalam domain fisik dan fungsional, khususnya dalam fungsi fisik, energi/kelelahan, social fungsi, dan keterbatasan dalam peran berfungsi terkait dengan masalah emosional.
4. Pekerjaan. Hultman, Hemlin, dan H'ornquist (2006) menunjukkan dalam

hal kualitas hidup juga diperoleh hasil penelitian yang tidak jauh berbeda dimana individu yang bekerja memiliki kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan individu yang tidak bekerja.

5. Status pernikahan. Glenn dan Weaver melakukan penelitian empiris di Amerika secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dari pada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda atau duda akibat pasangan meninggal (Veenhoven, 1989).
6. Finansial. Pada penelitian Hultman, Hemlin, dan H'ornquist (2006) menunjukkan bahwa aspek finansial merupakan salah satu aspek yang berperan penting mempengaruhi kualitas hidup individu yang tidak bekerja.
7. Standar referensi. Menurut (O'Connor, 1993) mengatakan bahwa kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh standar referensi yang digunakan seseorang seperti harapan, aspirasi, perasaan mengenai persamaan antara diri individu dengan orang lain. Hal ini sesuai dengan definisi kualitas hidup yang dikemukakan oleh WHOQOL (Power, 2004) bahwa kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, dan standard dari masing-masing individu.

2.4 Konsep Keluarga sebagai *Caregiver*

2.4.1 Definisi *Caregiver*

Caregiver adalah individu yang memberikan bantuan informal berupa dukungan dan perawatan kepada individu lain yang memerlukan bantuan baik secara fisik maupun emosional (Ambarsari and Sari, 2012). *Caregiver* adalah seseorang baik yang dibayar ataupun yang sukarela bersedia memberikan

perawatan kepada orang lain yang memiliki masalah kesehatan dan keterbatasan dalam merawat dirinya sendiri, dimana bantuan tersebut meliputi bantuan untuk kehidupan sehari-hari, perawatan kesehatan, finansial, bimbingan, persahabatan serta interaksi sosial (Nainggolan, 2013).

Menurut Isnaeni (2015) *Caregiver* adalah seseorang yang melaksanakan tugas-tugas untuk *recipient* atau penerima, dikarenakan penerima tidak dapat melaksanakannya sendiri. Menurut (Merriam-Webster, 2017) *caregiver*/pengasuh adalah seseorang yang memberikan perawatan langsung (seperti untuk anak-anak, orang lanjut usia, atau orang sakit kronis). Saat ini istilah pengasuh keluarga/*family caregiver* sering digunakan secara bergantian dengan *informal caregiver*, yaitu seseorang yang memberikan perawatan tanpa mendapat bayaran dan biasanya memiliki hubungan pribadi dengan penerima perawatan. *Caregiver* keluarga didefinisikan sebagai ibu, ayah, anak yang sudah dewasa, ibu tiri, ayah tiri, suami, istri, saudara, eyang, paman, bibi atau keponakan yang bertanggungjawab menyediakan perawatan sehari-hari pada anggota keluarga yang mengalami gangguan fisik / mental kronis. Cinta, tugas, ataupun kewajiban sering menjadi motivasi *caregiver* keluarga dan sangat mempengaruhi kesediaan *caregiver* keluarga untuk menerima peran tersebut. Selain itu adanya ekspektasi terhadap diri sendiri dan orang lain, pelatihan keagamaan, pengalaman spiritual dan pemodelan peran juga ditemukan menjadi alasan bagi *caregiver* keluarga menjalankan perannya (Lubkin and Larsen, 2013).

Jadi dapat disimpulkan bahwa *caregiver* individu yang memberikan bantuan kepada individu lain berupa bantuan secara fisik maupun emosional seperti bantuan hidup sehari-hari dan perawatan kesehatan

2.4.2 Tugas Caregiver

Secara umum tugas dari *caregiver* adalah (Senior, 2017):

1. Menjadi bagian dari tim kesehatan , termasuk didalamnya perawat, dokter, *social worker*, dan profesional kesehatan lain;
2. Menyediakan dukungan emosional;
3. Membantu membuat keputusan;
4. Membantu menemukan pertolongan yang tepat;
5. Memberikan perawatan kepada individu.

Isnaeni (2015) menyebutkan tugas *caregiver* pada pasien skizofrenia adalah menjaga keselamatan recipient; berurusan (*deal*) dengan perilaku agresif atau yang tidak diterima secara sosial; mendorong recipient untuk mengusahakan kesehatan pribadi; memastikan bahwa pengobatan yang dilakukan tepat; mengatur atau menyediakan keuangan; memastikan adanya dukungan dari lingkungan; bertindak sebagai penghubung dengan profesional kesehatan dan lainnya; mengedukasi keluarga dan teman-teman recipient; serta memberikan perawatan, akomodasi, dan advokasi

2.4.3 Konsep Caregiver Support

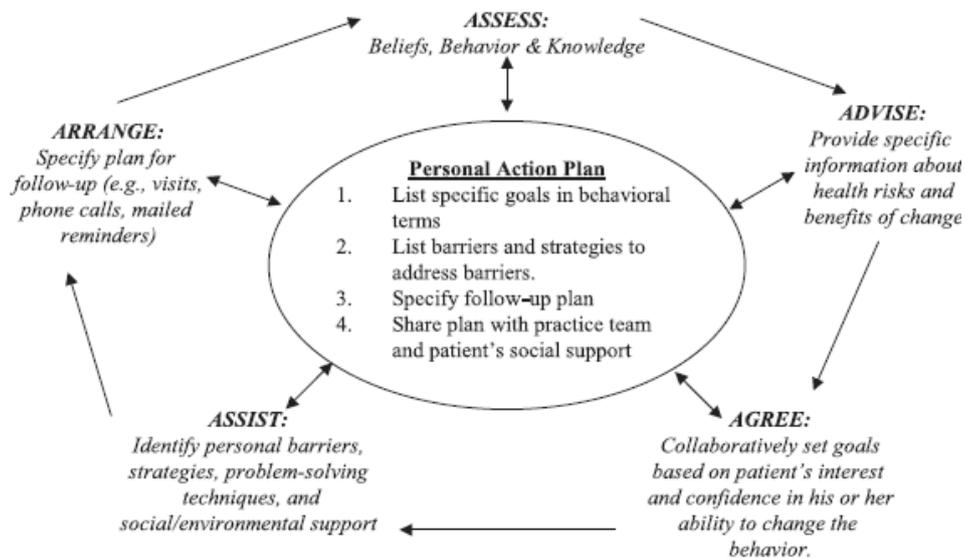
Caregiver didefinisikan sebagai individu yang memiliki tugas untuk membantu individu lain yang memiliki keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan membantu perawatan diri. Taylor (1999) menyebutkan bahwa

caregiver dapat berasal dari keluarga, pasangan, maupun penyedia layanan kesehatan. Dukungan manajemen diri adalah kemampuan untuk memungkinkan pasien terlibat dalam penyakit yang dialami dan dapat mandiri semaksimal mungkin dalam perawatan (van Hooft *et al.*, 2016).

Caregiver support merupakan salah satu komponen penting dalam perawatan penyakit kronis dimana tidak hanya berhubungan dengan penyediaan informasi dan mengajarkan keterampilan, namun dukungan ini juga menyediakan keterampilan pemecahan masalah bagi penderita agar dapat mengintegrasikan penyakit yang dialami dengan kehidupan sehari-hari serta memfasilitasi penderita untuk berperan dalam manajemen perawatan (Duprez *et al.*, 2017). Jadi dapat disimpulkan bahwa *caregiver support* adalah kemampuan merawat untuk membantu penderita mengintegrasikan penyakit yang dialami sehingga dapat memandirikan penderita memajemen dan berperan aktif dalam perawatan.

2.4.4 Aspek Caregiver Support

Caregiver support dikembangkan dalam bentuk model *five's A* yang membantu pasien dengan kondisi kronis untk mengembangkan rencana aksi pribadi (Glasgow *et al.*, 2003)



Gambar 2.2 *Self Management Support Five A Model* (Glasgow *et al.*, 2003)

Sistem yang didesain dalam *five A's model* dukungan manajemen diri diawali *Assess*, yaitu penilaian pasien mengenai pengetahuan, perilaku, dan kepercayaan serta data klinis pasien yang berfungsi sebagai umpan balik dalam memberikan perawatan yang sesuai. Kemudian pasien mendapat informasi terkini mengenai penyakitnya disertai dengan tanda-tanda klinis yang menunjang kemudian dihubungkan dengan status kesehatan dan perilaku manajemen diri pasien, fase ini disebut dengan *advise*. Langkah selanjutnya *agree*, pasien menetapkan sasaran dari perubahan perilaku atas dasar minat dan dan kepercayaan serta bernegosiasi rencana manajemen untuk meningkatkan keterampilan manajemen diri. Langkah ke empat adalah mengidentifikasi dan mengimplementasikan strategi pemecahan masalah untuk membantu mempraktekkan dukungan manajemen diri yang berpusat pada pasien (*patient-centered care*). Langkah terakhir adalah *arange* yang ditujukan untuk mengevaluasi dari strategi yang telah diimplementasikan (Glasgow *et al.*, 2003)

Secara singkat aspek dalam *cargiver support* yang diberikan pada perawatan penyakit adalah (Kawi, 2012):

1. *Antecedent*

Prinsip utama dari *antecedent* adalah keberadaan dari kebutuhan dalam manajemen perawatan penyakit;

2. *Attribute*

a. *Patient-centered Attribute*, yang terdiri dari

- 1) Melibatkan pasien sebagai partner, sebuah kolaborasi dan komunikasi antara penyedia dukungan dengan pasien termasuk didalamnya mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah, menetapkan tujuan yang berpusat pada pasien, dan rencana tindakan;
- 2) Menyediakan keragaman dan inovasi dalam penyebaran informasi berdasarkan kebutuhan pasien tertentu;
- 3) Individual, perawatan yang berpusat pada pasien dengan kemungkinan untuk dukungan jangka panjang.

b. *Provider Attributes*

Penyedia dukungan memiliki pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang memadai dalam memberikan perawatan;

c. *Organizational Attributes*

Menempatkan sistem perawatan yang terorganisir, menggabungkan pendekatan multidisiplin, dan memobilisasi instrumen dan dukungan sosial emosional.

2.4.5 Faktor yang Mempengaruhi *Caregiver Support*

Setiap perilaku individu dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor yang mempengaruhi adanya dukungan adalah:

1. Faktor Internal

Merupakan faktor yang berasal dari dalam diri individu, yaitu:

a. Biofisik

Faktor biofisik yang mempengaruhi individu dalam memberikan dukungan diantaranya usia dan jenis kelamin (van Hooft *et al.*, 2016). Penelitian menunjukkan bahwa usia mempengaruhi individu memahami respon dari kondisi perawatan. Faktor ini juga mempengaruhi faktor-faktor internal yang lain dalam pemberian dukungan. Usia akan mempengaruhi cara individu membuat keputusan, semakin bertambah usia seseorang biasanya semakin menambah keyakinan untuk mencari pertolongan ke petugas kesehatan. Usia yang matang biasanya dicapai pada usia 25-44 tahun. Setelah usia tersebut maka dapat terjadi penurunan kepercayaan terhadap sesuatu. Hal ini diakibatkan pengalaman hidup dan kematangan jiwa seseorang;

b. Kognitif

Tingkat pendidikan dan pengetahuan merupakan faktor kognitif yang mempengaruhi dukungan. Kemampuan kognitif mempengaruhi cara berfikir untuk memecahkan permasalahan dan pengambilan keputusan dalam perawatan pasien (Purnawan dalam Rahayu, 2006). Beberapa studi menjelaskan pentingnya pendidikan sebagai sumber coping dan pencegahan terhadap gangguan jiwa.

Individu dengan pendidikan tinggi lebih sering menggunakan kesehatan jiwa di banding pendidikan rendah;

c. Psikologis

Sikap merupakan salah satu faktor pembentuk dukungan yang berasal dari pikiran dan perasaan. Sikap yang menganggap bahwa sebuah perawatan penting untuk dilakukan akan membentuk perilaku mendukung bagi perawatan pasien serta pemahaman terhadap tugas yang harus dilakukan (van Hooft *et al.*, 2016). Sikap yang berasal dari pasien juga mempengaruhi dukungan yang diberikan seperti pasien termotivasi untuk melakukan perawatan, pasien memiliki kemampuan, pasien membutuhkan dukungan untuk perawatan manajemen diri (Duprez *et al.*, 2017). Faktor psikologis lain adalah efikasi diri. Santrock (2007) menjelaskan efikasi diri adalah kepercayaan seseorang atas kemampuannya dalam menguasai situasi dan menghasilkan sesuatu yang menguntungkan. Efikasi diri yang dalam kemampuan melakukan dukungan memberikan kepercayaan diri untuk melakukan dukungan (van Hooft *et al.*, 2016)

2.Faktor Eksternal

a. Sosio-ekonomi-kultural

Faktor sosial termasuk didalamnya faktor dukungan dari lingkungan, dan faktor ekonomi yang juga berhubungan dengan pekerjaan. Faktor sosial mempengaruhi untuk mendefinisikan permasalahan ekonomi sedangkan faktor ekonomi dapat mempengaruhi cepatnya respon dukungan yang diberikan (Purnaman dalam Rahayu, 2006). Faktor kultural dilihat dari keyakinan, nilai, dan kebiasaan yang dianut tentang dukungan. Sistem keyakinan yang adaptif dapat meningkatkan

kesejahteraan dan kualitas hidup, sedangkan sistem keyakinan yang maladaptif dapat berperan terhadap perubahan status kesehatan dan penolakan terhadap intervensi yang dianjurkan

2.5 Konsep Skizofrenia

2.5.1 Definisi Skizofrenia

Skizofrenia digambarkan sebagai suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, afek, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Sadock, 2003). Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecahkan masalah (Stuart, 2007). Individu dengan skizofrenia digambarkan sebagai orang yang kehilangan kontak dengan kehidupan realita dan memiliki gejala yang berbeda dengan gangguan mental yang lain.

Dapat disimpulkan bahwa skizofrenia adalah gangguan psikiatrik yang mengakibatkan gangguan pada perilaku, pemikiran realita, komunikasi, dan hubungan interpersonal

2.5.2 Penyebab Skizofrenia

Luana (dalam Prabowo, 2014), menjelaskan penyebab dari skizofrenia, yakni:

1. Faktor Biologis
 - a. Komplikasi kelahiran

Bayi laki-laki yang memiliki komplikasi saat dilahirkan sering mengalami skizofrenia, hipoksia perinatal akan meningkatkan kerentanan seseorang terhadap skizofrenia.

b. Infeksi

Perubahan anatomi pada susunan syaraf pusat akibat infeksi virus pernah dilaporkan pada orang dengan skizofrenia. Penelitian mengatakan bahwa terpapar infeksi virus pada trisemester kedua kehamilan akan meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami skizofrenia.

c. Hipotesis dopamine

Dopamine merupakan neurotransmitter pertama yang berkontribusi terhadap gejala skizofrenia. Hampir semua obat antipsikotik baik tipikal maupun atipikal menyekat reseptor dopamine D2, dengan terhalangnya transmisi sinyal di sistem dopaminergik maka gejala psikotik diredakan.

d. Hipotesis Serotonin

Gaddum, Wooley, dan Show tahun 1954 mengobservasi efek lysergic acid diethylamide (LSD) yaitu suatu zat yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT. Ternyata zat tersebut menyebabkan keadaan psikosis berat pada orang normal.

e. Struktur Otak

Daerah otak yang mendapatkan banyak perhatian adalah system limbik dan ganglia basalis. Otak pada penderita skizofrenia terlihat sedikit berbeda dengan orang normal, ventrikel terlihat melebar, penurunan massa abu-abu dan beberapa area terjadi peningkatan maupun penurunan aktifitas

metabolic. Pemeriksaan mikroskopis dan jaringan otak ditemukan sedikit perubahan dalam distribusi sel otak yang timbul pada masa prenatal karena tidak ditemukannya sel gila, biasa timbul pada trauma otak setelah lahir.

2. Faktor Genetik

Para ilmuwan sudah lama mengetahui bahwa skizofrenia diturunkan, 1% populasi umum tetapi 10% pada masyarakat yang mempunyai hubungan derajat pertama seperti orang tua, kakak laki-laki ataupun perempuan dengan skizofrenia. Masyarakat yang mempunyai hubungan derajat kedua seperti paman, bibi, kakek/nenek, dan sepupu dikatakan lebih sering dibandingkan populasi umum. Kembar identik 40% sampai 65% berpeluang menderita skizofrenia, sedangkan kembar dizigotik sebanyak 12%. Anak dan kedua orangtua yang skizofrenia berpeluang 40%, satu orang tua 12%.

2.5.3 Manifestasi Klinis Skizofrenia

Gejala klinis yang muncul pada skizofrenia adalah (Stewart, 2018):

1. Gejala psikotik positif: Halusinasi, seperti mendengar suara, delusi paranoid, dan persepsi, keyakinan dan perilaku yang berlebihan atau terdistorsi;
2. Gejala negatif: Kerugian atau penurunan kemampuan untuk memulai rencana, berbicara, mengekspresikan emosi atau menemukan kesenangan;
3. Gejala disorganisasi: berpikir dan berbicara yang kacau dan tidak teratur, masalah dengan pemikiran logis dan perilaku aneh atau gerakan abnormal;
4. Gangguan kognisi: Masalah dengan perhatian, konsentrasi, memori dan penurunan kinerja pendidikan.

2.5.4 Kriteria Diagnostik Skizofrenia

Kriteria diagnostik Skizofrenia di dalam DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2013) adalah:

1. Karakteristik simtom

Terdapat dua atau lebih dari kriteria, masing-masing ditemukan secara signifikan selama periode satu bulan (atau kurang, bila berhasil ditangani) :

- a. Delusi (waham);
- b. Halusinasi;
- c. Pembicaraan yang tidak terorganisasi;
- d. Perilaku yang tidak terorganisasi secara luas atau munculnya perilaku katatonik yang jelas;
- e. Simtom negatif; yaitu adanya afek yang datar, alogia atau avolisi (tidak adanya kemauan).

2. Ketidakberfungsian sosial atau pekerjaan

Ketidakberfungsian sosial atau pekerjaan terjadi untuk kurun waktu yang signifikan sejak munculnya onset gangguan, ketidakberfungsian meliputi satu atau lebih fungsi utama seperti pekerjaan, hubungan interpersonal, atau perawatan diri dibawah tingkat yang dicapai sebelum onset.

3. Durasi

Durasi yang dimaksud adalah adanya tanda-tanda gangguan yang terus menerus menetap selama sekurangnya enam bulan. Pada periode enam bulan ini, harus termasuk sekurangnya satu bulan gejala (atau kurang, bila berhasil ditangani) yang memenuhi kriteria a (yaitu fase aktif simtom) dan mungkin juga termasuk

periode gejala prodromal atau residual. Selama periode prodromal atau residual ini, tanda-tanda dari gangguan mungkin hanya dimanifestasikan oleh simtom negatif atau dua atau lebih simtom yang dituliskan dalam kriteria a dalam bentuk yang lemah (misalnya, keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim)

4. Di luar gangguan Skizoafektif dan gangguan Mood

Gangguan-gangguan lain dengan ciri psikotik tidak dimasukkan, dikarenakan:

- a. Selama fase aktif simtom, tidak ada episode depresif mayor, manik atau episode campuran yang terjadi secara bersamaan;
- b. jika episode mood terjadi selama simtom fase aktif, maka durasi totalnya akan relatif lebih singkat bila dibandingkan dengan durasi periode aktif atau residual.

5. Di luar kondisi di bawah pengaruh zat atau kondisi medis umum

Gangguan tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari suatu zat (penyalahgunaan obat, pengaruh medikasi) atau kondisi medis umum

6. Hubungan dengan perkembangan pervasif

Jika terdapat riwayat gangguan autistik atau gangguan perkembangan pervasif lainnya, diagnosis tambahan skizofrenia digunakan apabila muncul delusi atau halusinasi secara menonjol untuk sekurang-kurangnya selama satu bulan (atau kurang jika berhasil ditangani)

2.5.5 Tipe Skizofrenia

Tipe dari skizofrenia berdasarkan DSM IV TR adalah (American Psychiatric Association, 2013):

1. Tipe Paranoid

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga. Ciri lain yang menyertai diantaranya ansietas, kemarahan, menjaga jarak dan suka berargumentasi, serta agresi

2. Tipe *Disorganized* (tidak terorganisasi)

Ciri utama skizofrenia tipe *disorganized* adalah pembicaraan kacau, tingkah laku kacau dan afek yang datar atau *inappropriate*. Disorganisasi tingkah laku yang terjadi dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dari pasien.

3. Tipe Katatonik

Ciri utama skizofrenia tipe ini adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidakbergerakan motorik (*waxy flexibility*). Aktivitas motorik yang berlebihan, negativism yang ekstrim, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi (mutism), gerakan-gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain (echolalia) atau mengikuti tingkah laku orang lain (echopraxia).

4. Tipe *Undifferentiated*

Tipe *Undifferentiated* merupakan tipe skizofrenia yang menampilkan perubahan pola gejala-gejala yang cepat menyangkut semua indikator skizofrenia.

5. Tipe Residual

Tipe ini merupakan kategori yang dianggap telah terlepas dari skizofrenia tetapi masih memperlihatkan gejala-gejala residual atau sisa. Gejala-gejala residual itu dapat meliputi menarik diri secara sosial, pikiran-pikiran ganjil, inaktivitas, dan afek datar.

2.5.6 Penatalaksanaan Skizofrenia

Manajemen skizofrenia harus komprehensif yang mencakup obat yang dirancang secara individual, intervensi tingkat psikososial dan layanan yang tepat. Dengan perawatan yang memadai, dalam banyak kasus skizofrenia gejala akan hilang. Namun, gejala negatif seperti afek datar, alogia dan avolisi dapat bertahan. Penatalaksanaan pada pasien skizofrenia antara lain (Kadir *et al.*, 2011):

1. Penatalaksanaan Farmakologi

Antipsikotik (AP) adalah obat utama yang digunakan dalam pengobatan di skizofrenia. AP konvensional harus digunakan sebagai opsi pertama seperti haloperidol, perphenazine atau sulpiride. Sebagai pilihan, atipikal antipsikotik (AAP) seperti amisulpride (AMS) atau olanzapine (OLZ) juga dapat dipertimbangkan. Berikut tabel obat yang digunakan oleh pasien skizofrenia dengan dosis beserta efek samping yang ditimbulkan

Tabel 2.1 Dosis Antipsikotik dan Efek Samping yang Ditimbulkan

OBAT	DOSIS AWAL	TARGET DOSIS RATA-RATA	JADWAL	EFEK SAMPING
Amisulpride (Solian)	50 mg/hari	50-300mg untuk gejala negative	Sekali sehari jika lebih dari	Insomni, cemas, mu ntah, samnolen, mulut

		400-800 untuk gejala positive	400mg dua kali sehari	kering,dystonia acut,galactorrhoea
Aripipazole (abilify)	10-15 mg/ha	10-30 mg/hari	Sehari sekali	Konstipasi,oloept,insomnia,muntah,samenolen,agitasi.
Olanzapine (Zyprexa)	5-10mg/hari	10-20mg/hari	Sehari sekali	Konstipasi,mulut kering,gangguan toleransi glucose(IGT),hyperlipidemia,meningkatnya nafsu makan dan berat badan,sedasi,orthostatic hipotensi
Quetiapine (Seroquel)	50 mg/hari	300-800 mg/hari	Dua kali sehari	Mulut kering ,IGT,sakit kepala,hyperlipidemia,meningkatnya nafsu makan dan berat badan,orthostatic hipotensi,sedasi
Paliperidone (Invega)	3mg/hari	6-12 mg/hari	Setiap pagi hari	EPS,igt,galactorrhoe,hyperlipidemia, mens tidak teratur,orthostic hipotensi,sedasi,disfungsi seksual,tardivedyskinesia,kenaikan berat badan
Risperidone (risperdal)tersedia generik	1-2mg /hari	2-6 mg/hari	Sehari sekali	
Risperidone microspherelong acting injeksi (consta)	25mg/2 minggu	25-50mg per 2minggu sekali	Setiap 2 minggu	
Clozapine (Clozaril) tersedia generik	12,5mg/hari	300-900 mg/hari (serum level for dosis>600mg/hari)	Dua kali sehari	Agranulosis,saliva berlebihan,panas, ,IGT,hyperlipidemia,meningkatnya nafsu makan dan berat badan,orthostatic hipotensi,sedasi,tac

				hicardi
Perphenazine	4-8mg/hari	16-64mg/hari	Tiga kali sehari	
Chlorpromazine (CPZ)	50-100mg/hari	300-1000mg/hari	Tiga kali sehari	Konstipasi,mulut kering,EPS,orthostatic hipotensi,photoneersitivity,sedasi,takikardi,tardive dyskinesia
Fluphenazine depot(modecate) tersedia generik	12,5-25mg(IM) 1-3 minggu	6,25-50mgIM setiap 2-4 minggu	Setiap 1-3 minggu	
Flupenthixol decanoate(flunaxol)	10-20mg/IM setiap 1—3 minggu	10-40mg/IM setiap 2-4 minggu	Setiap 1-3 minggu	Konstipasi,mulut kering,EPS,orthostatic hipotensi,photoneersitivity,sedasi,takikardi,tardive dyskinesia
Haloperidol	2-5mg/hari	2-20mg/hari	1-3 kali sehari	
Sulpride Tersedia generik	200-400mg/hari	400-800mg/hari	Dua hari sekali	
Zuclopenthixol acetate (acuphase)	50-100mg/IM 2-3 hari sekali	50-200mg/hari 3 hari sekali		
Zuclopenthixol adecanoate (clopixol depot)	100-200mg IM/1-3 minggu	100-400mg/1-3 minggu	Setiap 3 minggu sekali	

2. Intervensi Psikososial

Intervensi psikososial bertujuan untuk meningkatkan kemampuan individu untuk menghadapi peristiwa kehidupan yang penuh stres, meningkatkan kepatuhan terhadap obat-obatan, membantu manajemen diri penyakit, meningkatkan komunikasi yang lebih baik dan keterampilan mengatasi,

meningkatkan kualitas hidup, mendorong pemulihan dan reintegrasi Intervensi psikososial yang efektif untuk skizofrenia termasuk intervensi keluarga, psikoedukasi, sosial pelatihan keterampilan dan terapi remediasi kognitif (Kadir *et al.*, 2011). Salah satu intervensi psikososial yang digunakan adalah terapi psikososial yang terdiri dari dua terapi yaitu terapi kelompok dan terapi keluarga (Durant, 2007). Terapi kelompok merupakan salah satu jenis terapi humanistik. Pada terapi ini, beberapa pasien berkumpul dan saling berkomunikasi dan terapist berperan sebagai fasilitator dan sebagai pemberi arah di dalamnya. Para peserta terapi saling memberikan *feedback* tentang pikiran dan perasaan yang dialami. Pada terapi keluarga merupakan suatu bentuk khusus dari terapi kelompok. Terapi ini digunakan untuk pasien yang telah keluar dari rumah sakit jiwa dan tinggal bersama keluarganya.

3. Intervensi Tingkat Pelayanan

Intervensi di tingkat pelayanan yang saat ini perlu dijalankan adalah dalam proses pengembangan rumah sakit yang lebih komprehensif, layanan psikiatri komunitas dan layanan kesehatan mental di tingkat perawatan primer. Sangat penting bahwa layanan berikut ini.

2.6 Keaslian Penelitian

Tabel 2.2 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Desain	Sampel	Variabel	Instrumen	Hasil
1	<i>Quality of life in family caregivers of</i>	<i>Cross sectional</i>	100 key caregivers (70% parents, 8%	Dependen: <i>Family Care giver dan perawat</i> Independen :	Kuesioner	Jenis kelamin, usia dan pendidikan berpenga

	<i>schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support</i>		spouses, 17% siblings and 5% children)	<i>Quality of life</i>		ruh pada QoL
2	<i>Quality of life in persons with Schizophrenia (Duprez et al., 2017)</i>	Studi korelasi	477 penderita	Dependen: <i>skizofrenia</i> Independen: <i>associated factors</i>	Self-Efficacy and Performance in Self-management Support (SEPSS) instrument	Lama dirawat dan dukungan keluarga merupakan faktor yang berhubungan dengan QoL penderita
3	<i>The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions: A qualitative study (Whitehead et al.,</i>	Studi kualitatif	20 keluarga	Peran keluarga	Wawancara	Keluarga adalah kunci dalam membangun lingkungan yang kondusif keterlibatan dan dukungan keluarga.

	2018)					
4	<i>Self-management in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: A qualitative study on facilitators and barriers</i> (Zou et al., 2014)	Studi kualitatif	21 penderita skizofrenia dan 14 caregiver	<i>Self management</i>	Wawancara	sistem saat ini membutuhkan untuk memberikan lebih banyak program dukungan dan intervensi manajemen diri untuk orang dengan skizofrenia dan keluarga mereka
5	<i>Self-Management and Self-Management Support Outcomes: A Systematic Review and Mixed Research Synthesis of Stakeholder Views</i> (Boger et al., 2015)	Sistematis review	A mixed-research synthesis was adopted. Mixed-research synthesis allows both qualitative and quantitative findings	Untuk memfokuskan peninjauan, tiga contoh kondisi, di mana fitur SM sebagai komponen utama dan yang mencerminkan berbagai faktor yang relevan dengan SM	Pencarian menggunakan mesin pencari PubMed, CINAHL, Embase, Scopus, Cochrane, ClinicalTrials.gov.	manajemen diri penting belum diketahui secara jelas. Sejauh untuk indikator bio-psikososial yang berhubungan dengan manajemen diri yang sukses dari perspektif dari semua kelompok pemangku kepentingan
6	<i>Self-Management Support</i>	Literature review	Penelitian RCT, Quasy, non	<i>self management support</i>	Pencarian database melalui: Ovid Technologies	SMS mengacu pada pendeka

	<i>in Chronic Illness Care: A Concept Analysis</i> (Kawi, 2012)		<i>eksperimen kualitatif, dan pendapat ahli mengenai Program self management support</i>		Databases, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medline, Cochrane, Academic Search Premier, Embase, PsycINFO, Health and Psychosocial Instruments (HaPI), ProQuest Dissertations and Theses (PQDT), OpenDOAR, Scopus, Education Resources Information Center (ERIC), and ISI Web of Knowledge	tan komprehensif menuju perubahan hasil penyakit kronis yang terdiri dari <i>patient-centered attributes provider attributes and organizational attributes</i>
7	<i>Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: a thematic synthesis of qualitative studies</i> (Dwarswaard et	<i>Systematic review</i>	Kualitatif studi mengeksplorasi kebutuhan <i>self management support</i> pada penyakit kronis	Kebutuhan dukungan dari perspektif penderita	Pencarian database melalui: MEDLINE OvidSP, Web of science, PubMed publisher, Cochranecentral, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and PsycINFO.	Dukungan relasional adalah pusat dari kebutuhan dukungan dan dasar dari semua jenis dukungan lainnya.

	<i>al., 2016)</i>					
8	<i>Chronic disease self-management interventions for adults with serious mental illness: a systematic review of the literature</i> (Siantz, Aranda and Ph, 2014)	<i>Systematic review</i>	Artikel dengan semua desain studi tentang <i>chronic disease self management</i>	Dependen: <i>Clinical outcomes</i> Independen : <i>chronic disease self management</i>	Pencarian database melalui: MEDLINE OvidSP, Web of science, PubMed publisher, Cochranecentral, the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) and PsycINFO.	<i>Chronic disease self management</i> dibutuhkan pada individu dengan <i>severe mental illness</i> untuk meningkatkan kualitas hidup
11	<i>What Works in a Nurse Led Self-Management Program for Patients with Serious Mental Illness (SMI) and Diabetes (DM)</i> (Blixen et al., 2018)	<i>Cross sectional qualitative study</i>	10 partisipan yang terlibat dalam penelitian RCT tentang <i>targeted training in illness management</i>	Persepsi penderita terhadap TTIM	Wawancara	proses sosial dan pendidikan yang disediakan oleh Intervensi TTIM memberikan kesempatan bagi individu dengan SMI dan DM untuk bertukar dukungan dengan orang lain untuk manajemen
9	<i>Effectiveness of a peer-led self-</i>	<i>stratified randomized control</i>	242 individu dewasa dengan	Dependen: <i>cognition, empowerment, functioning</i>	<i>clinician-rated scales and self-rated questionnaires</i>	Studi ini akan memberikan bukti

	<i>management programme for people with schizophrenia: protocol for a randomized control led trial</i> (Wai et al., 2013)	<i>led trial</i>	skizofrenia	<i>level, medication adherence, perceived recovery, quality of life, social support, symptom severity, hospital readmission and psychiatric consultation.</i> Independen: <i>peer-led self-management programme</i>		pada efektivitas program manajemen diri yang dipimpin rekan untuk pemulihan penderita
10	<i>The Roles of Social Support and Health Literacy in Self-Management Among Patients With Chronic Kidney Disease</i> (Chen et al., 2018)	<i>Cross-sectional study</i>	410 pasien di klinik nefrologi	Dependen: <i>Self management</i> Independen : <i>Health literacy and social support</i>	Kuesioner terstruktur termasuk item mengenai variabel independen (yaitu, karakteristik pribadi, kondisi kesehatan subjektif, dukungan sosial, dan literasi kesehatan) dan variabel dependen (yaitu, perilaku manajemen diri)	Literasi kesehatan dan dukungan sosial berperan positif dalam perilaku manajemen diri pasien dengan CKD,
11	<i>The role of primary care providers in patient activation and</i>	<i>Cross-sectional study</i>	181 <i>primary care provider</i>	Dependen: Keterlibatan dokter dalam mendukung perilaku manajemen penyakit kronis Independen : <i>Clinician</i>	the Patient Assessment for Chronic Illness Care (PACIC), CS-PAM	memainkan peran penting dalam meningkatkan keterlibatan pasien dalam

engagement in self-management: a cross-sectional analysis (Alvarez et al., 2016)

Support for patient activation

perawatan mereka