

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Resilience keluarga

2.1.1 Definisi

Pada sejumlah studi yang menelaah resiliensi individu, keluarga menjadi salah satu faktor penting baik bersifat sebagai faktor protektif maupun faktor risikodalam pembentukan resiliensi (Greene, 2002; Downie, Hay, Horner, Wichmann & Hilshop, 2009; Magid & Boothby, 2013; Mc Adam, 2013; Bates, Johnson, & Rana, 2013). Resiliensi keluarga berangkat dari resiliensi individual dalam sistem keluarga yang berfokus pada ketahanan relasional dalam keluarga sebagai unit fungsional.

Konsep awal resiliensi keluarga dikembangkan berdasarkan paradigma salutogenesis oleh Antonovsky pada tahun 1988 yang menyebutkan bahwa stresor merupakan bagian dari eksistensi manusia, dan keberhasilan coping penting untuk kesehatan. Resiliensi diasosiasikan dengan salutogenesis yang berorientasi pada kesehatan psikologis (Hawley dan DeHaan, 2013). Perspektif ini lebih mementingkan faktor yang berkontribusi pada keberfungsian sehat dalam keluarga karena keluarga dipandang memiliki kemampuan untuk memperbaiki dirinya sendiri. Resiliensi keluarga merupakan kombinasi karakteristik individu, pola hubungan dan interaksi antar anggota dalam keluarga sehingga resiliensi terbentuk dari relasi yang kuat dan positif dalam keluarga (Patterson, 2002; Walsh, 2006).

Munculnya istilah resiliensi keluarga dibangun berdasarkan teori dan penelitian tentang stres, koping, dan adaptasi keluarga (Walsh, 2003). Para peneliti terdahulu memulai studi mengenai stres keluarga dengan asumsi 1) anggota keluarga berinteraksi dan mendukung satu sama lain, 2) adanya stresor menuntut keluarga untuk mampu beradaptasi dan melakukan penyesuaian, dan 3) aturan tertentu dan komunitas akan mendorong koping dan adaptasi keluarga (McCubbin & McCubbin dalam Nichols, 2013).

Kalil (2003) menyebutkan perbedaan mendasar antara resiliensi individu dan resiliensi keluarga terletak pada akar dan sumber konsep resiliensi. Resiliensi individu berakar pada perspektif perkembangan kehidupan manusia dan berfokus pada bagaimana individu menjadi resilien dalam menghadapi kesulitan atau tantangan dalam hidup. Resiliensi keluarga berakar pada perspektif positif dan melihat keluarga sebagai unit kolektif dari sejumlah individu yang berinteraksi dan memiliki kekuatan tersendiri. Resiliensi keluarga berkembang dengan menempatkan keluarga sebagai unit fungsional yang menjadi sumber bagi anggota keluarga untuk menjadi resilien (Walsh, 2003).

2.1.2 Aspek-aspek resilience

Menurut Reivich dan Shatte (2002) terdapat tujuh aspek psikologis yang membangun kemampuan resiliensi seseorang, tujuh aspek tersebut adalah :

2.1.2.1 Regulasi Emosi

Regulasi emosi adalah kemampuan untuk tetap tenang di bawah tekanan. Individu yang memiliki kemampuan regulasi emosi yang baik dapat mengembangkan kemampuan dan mampu menolong diri sendiri dalam

mengendalikan emosi, perhatian, dan tingkah laku mereka. Individu yang memiliki kemampuan regulasi emosi dapat mengendalikan dirinya saat sedang kesal dan dapat mengatasi rasa cemas, sedih atau marah sehingga mempercepat pemecahan masalah. Reivich dan Shatte (2002) menyatakan bahwa individu yang resilien adalah individu yang mampu menampilkan emosi negatif maupun positif sesuai dengan tempatnya. Regulasi emosi ini sangat penting dalam membentuk hubungan yang intim, sukses dalam pekerjaan, dan mempertahankan kesehatan fisik. Reivich dan Shatte (2002), mengatakan bahwa tidak semua emosi itu harus dan bisa dikendalikan karena pengekspresian emosi merupakan hal yang sehat dan konstruktif asalkan hal itu dilakukan sesuai dengan konteks yang terjadi. Seseorang yang memiliki kesulitan dalam meregulasi emosi, akan cenderung menjadi kurang efektif dalam mengatasi kesulitan dan pemecahan masalah serta sulit dalam mempertahankan dan membangun hubungan dengan orang lain serta sulit berkonsentrasi dalam kerja. Dua hal penting yang terkait regulasi emosi, yaitu ketenangan (*calming*) dan fokus (*focusing*).

Hal yang diasumsikan mempengaruhi resiliensi keluarga adalah kemampuan individu dalam keluarga melakukan regulasi emosi. Strategi regulasi tersebut akan meningkatkan emosi positif dan dapat mengurangi pengaruh emosi negatif ketika menghadapi stress (Tugade & Frederikson, 2011).

Regulasi dapat mempengaruhi perilaku dan pengalaman seseorang. Hasil dari regulasi dapat berupa perilaku yang ditingkatkan, dikurangi, atau dihambat, dalam ekspresinya. Menurut pandangan psikologi evolusi, regulasi emosi sangat diperlukan karena beberapa bagian dari otak manusia menginginkan untuk melakukan sesuatu pada situasi tertentu, sedangkan bagian yang lainnya menilai

bahwa rangsangan emosional ini tidak sesuai dengan situasi saat itu, sehingga membuat seseorang melakukan sesuatu pun (Gross, 2007). Reiss dan Patrick (1996 dalam King dan Sloan, 2010) menyatakan bahwa ada perbedaan individual dalam reaksi emosional yang mempengaruhi bagaimana seseorang bisa mencapai keadaan emosi yang sejahtera setiap harinya. Menurut Reiss dan Patrick (1996 dalam King dan Sloan, 2010), regulasi emosi yang ditampilkan oleh setiap individu dapat menentukan kesejahteraan emosi dalam interaksi sosial.

2.1.2.2 Pengendalian Impuls

Reivich dan Shatte (2002) mendefinisikan pengendalian impuls sebagai kemampuan untuk mengendalikan keinginan, dorongan, kesukaan serta tekanan yang muncul dalam diri seseorang. Pengendalian impuls berhubungan dengan regulasi diri, yaitu apabila pengendalian impuls tinggi maka regulasi emosi juga cenderung tinggi. Pengendalian impuls ini juga berhubungan dengan kebutuhan atau keinginan tertentu yang dapat mengganggu ataupun menghambat perkembangan. Individu yang memiliki pengendalian impuls yang rendah pada umumnya percaya pada pemikiran impulsnya mengenai situasi sebagai kenyataan dan bertindak sesuai dengan situasi tersebut. Reivich dan Shatte (2002) juga menyebutkan bahwa individu dengan pengendalian impuls yang rendah sering mengalami perubahan emosi dengan cepat yang cenderung mengendalikan perilaku dan pikiran mereka.

Hal ini mengakibatkan individu seringkali kehilangan kesabaran, mudah marah, impulsif dan berlaku agresif pada situasi-situasi kecil yang tidak terlalu penting, sehingga nantinya akan muncul masalah pada hubungan sosial dan akan meluas pada lingkungan sosial. Individu dapat mengendalikan impulsivitas

dengan mencegah terjadinya kesalahan pemikiran, sehingga dapat memberikan respon yang tepat pada permasalahan yang ada. Kemampuan individu untuk mengendalikan impuls sangat terkait dengan kemampuan regulasi emosi yang ia miliki. Seorang individu yang memiliki skor resilience quotient yang tinggi pada faktor regulasi emosi cenderung memiliki skor resilience quotient pada pengendalian impuls (Reivich & Shatte, 2002)

2.1.2.3 Optimisme

Individu yang resilien adalah individu yang optimis. Ia percaya bahwa suatu hal yang mereka hadapi dapat berubah menjadi baik. Mereka memiliki harapan untuk masa depan bahwa mereka mampu mengontrol hidupnya. Optimisme dapat diartikan sebagai kemampuan untuk mengatasi kesulitan-kesulitan yang menghadang.

Individu yang optimis yakin bahwa dirinya mampu mengatasi masalah-masalah yang muncul di masa datang. Hal ini berhubungan dengan *self efficacy*, yaitu keyakinan bahwa diri ini sanggup mengatasi masalah dan bisa menggapai kesuksesan. Optimisme individu ini, nantinya akan menggerakkan diri untuk mencari jalan keluar secara terus menerus dan bekerja keras untuk memperbaiki situasi yang buruk menjadi lebih baik lagi (Reivich dan Shatte, 2002).

2.1.2.4 Analisis Kausal

Analisis kausal adalah kemampuan mengidentifikasi secara akurat mengenai penyebab dari suatu masalah (Reivich dan Shatte, 2002).

2.1.2.5 Empati

Empati mengacu pada kemampuan individu untuk merasakan apa yang orang lain rasakan. Reivich dan Shatte (2002), menjelaskan bahwa empati adalah kemampuan individu untuk membaca keadaan psikologis dan emosional, yang terjadi pada orang lain.

2.1.2.6 Self-Efficacy

Reivich dan Shatte (2002) menyatakan bahwa *self-efficacy* adalah keyakinan bahwa diri ini mampu menghadapi dan memecahkan masalah dengan efektif. Individu dengan *self-efficacy* yang tinggi memiliki komitmen dalam memecahkan masalah dan tidak akan menyerah untuk menemukan solusi atau strategi-strategi yang bisa membuat dirinya berhasil memecahkan masalah.

2.1.2.7 Reaching Out

Adalah kemampuan seseorang untuk menemukan dan membentuk suatu hubungan yang baik dengan orang lain, seperti berbagi cerita dan perasaan, meminta bantuan, untuk saling membantu dalam menyelesaikan masalah personal, interpersonal maupun dalam memecahkan konflik dengan berdiskusi dengan keluarga.

Sementara itu Conor dan Davidson (dalam Yu dan Zhang, 2007) mengungkapkan bahwa resiliensi memiliki lima indikator sebagai berikut:

1. Kompetensi pribadi, standard yang tinggi dan ketahanan, menyokong kekuatan seseorang untuk kuat dan setia pada satu tujuan ketika dihadapkan pada situasi yang traumatik.

2. Kepercayaan seseorang pada naluri, toleransi pada pengaruh negatif, memiliki kekuatan dari pengaruh stres.
3. Penerimaan diri yang positif terhadap perubahan dan hubungan aman dengan orang lain.
4. Kontrol, termasuk kontrol seseorang yang mengarah pada tujuan dan usaha untuk memperoleh dukungan orang lain.
5. Pengaruh spiritual dan kepercayaan seseorang pada Tuhan dan takdir

2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Resiliensi

Banyak penelitian yang berusaha untuk mengidentifikasi faktor yang berpengaruh terhadap resiliensi seseorang. Faktor tersebut meliputi dukungan eksternal dan sumber-sumber yang ada pada diri seseorang (misalnya keluarga, lembaga-lembaga pemerhati, dan sebagainya), kekuatan personal yang berkembang dalam diri seseorang (seperti *self-esteem*, *capacity for selfmonitoring*, spiritualitas dan *altruism*), dan kemampuan sosial (seperti mengatasi konflik dan kemampuan berkomunikasi). Grotberg (1995), mengemukakan faktor-faktor resiliensi yang diidentifikasi berdasarkan sumber-sumber yang berbeda. Untuk kekuatan individu, dalam diri pribadi digunakan istilah '*I Am*', untuk dukungan eksternal dan sumber-sumbernya, digunakan istilah '*I Have*', sedangkan untuk kemampuan interpersonal digunakan istilah '*I Can*'. Berikut ini akan dijelaskan mengenai faktor-faktor resiliensi yang dapat menggambarkan resiliensi pada individu. *I Am*, *I Have*, *I Can* merupakan karakteristik untuk meningkatkan resiliensi dari *the principal investigator of the internasional resilience project* (Grotberg, 1995).

2.1.3.1 Faktor Kekuatan Individu

Faktor kekuatan individu disebut Grotberg sebagai faktor '*I Am*', merupakan kekuatan yang berasal dari dalam diri, seperti perasaan, tingkah laku dan kepercayaan yang terdapat dalam diri seseorang. Faktor ini terdiri dari beberapa bagian antara lain; bangga pada diri sendiri, perasaan dicintai dan sikap yang menarik, individu dipenuhi harapan, iman, dan kepercayaan, mencintai, empati dan *altruistic*, yang terakhir adalah mandiri dan bertanggung jawab. Berikut ini, akan dijelaskan satu persatu mengenai bagian-bagian dari faktor kekuatan individu: Bangga pada diri sendiri; individu tahu bahwa mereka adalah seorang yang penting dan merasa bangga akan siapakah mereka itu dan apapun yang mereka lakukan atau akan dicapai. Individu itu tidak akan membiarkan orang lain meremehkan atau merendahkan mereka. Ketika individu mempunyai masalah dalam hidup, kepercayaan diri dan *self esteem* membantu mereka untuk dapat bertahan dan mengatasi masalah tersebut.

Perasaan dicintai dan sikap yang menarik; Individu pasti mempunyai orang yang menyukai dan mencintainya. Individu akan bersikap baik terhadap orang-orang yang menyukai dan mencintainya. Seseorang dapat mengatur sikap dan perilakunya jika menghadapi respon-respon yang berbeda ketika berbicara dengan orang lain. Bagian yang lain adalah dipenuhi harapan, iman, dan kepercayaan. Individu percaya ada harapan bagi mereka, serta orang lain dan institusi yang dapat dipercaya.

Individu merasakan mana yang benar maupun salah, dan ingin ikut serta didalamnya. Individu mempunyai kepercayaan diri dan iman dalam moral dan kebaikan, serta dapat mengekspresikannya sebagai kepercayaan terhadap Tuhan

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

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

2.1.3.2 Faktor Dukungan Eksternal

Faktor dukungan eksternal ini disebut Grothberg sebagai faktor '*I Have*', merupakan bantuan dan sumber dari luar yang meningkatkan resiliensi. Sumber-sumbernya adalah memberi semangat agar mandiri, dimana individu baik yang independen maupun masih tergantung dengan keluarga, secara konsisten bisa mendapatkan pelayanan seperti rumah sakit, dokter, atau pelayanan lain yang sejenis.

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

mematuhi aturan tersebut maka akan diberikan pujian. *Role models* juga merupakan sumber dari faktor dukungan eksternal yaitu orang-orang yang dapat menunjukkan apa yang individu harus lakukan seperti informasi terhadap sesuatu dan memberi semangat agar individu mengikutinya. Sumber yang terakhir adalah mempunyai hubungan. Orang-orang terdekat dari individu seperti suami, anak, orang tua merupakan orang yang mencintai dan menerima individu tersebut. Tetapi individu juga membutuhkan cinta dan dukungan dari orang lain yang kadangkala dapat memenuhi kebutuhan kasih sayang yang kurang dari orang terdekat mereka.

2.1.3.3 Keterampilan Sosial dan Penyelesaian Masalah

Faktor keterampilan sosial dan penyelesaian masalah disebut Grothberg sebagai faktor '*I Can*', merupakan kompetensi sosial dan interpersonal seseorang. Bagian-bagian dari faktor ini adalah mengatur berbagai perasaan dan rangsangan dimana individu dapat mengenali perasaan mereka, mengenali berbagai jenis emosi, dan mengekspresikannya dalam kata-kata dan tingkah laku namun tidak menggunakan kekerasan terhadap perasaan dan hak orang lain maupun diri sendiri. Individu juga dapat mengatur rangsangan untuk memukul, kabur, merusak barang, atau melakukan berbagai tindakan yang tidak menyenangkan. Mencari hubungan yang dapat dipercaya dimana individu dapat menemukan seseorang misalnya orang tua, saudara, teman sebaya untuk meminta pertolongan, berbagi perasaan dan perhatian, guna mencari cara terbaik untuk mendiskusikan dan menyelesaikan masalah personal dan interpersonal. Sumber yang lain adalah keterampilan berkomunikasi dimana individu mampu mengekspresikan berbagai

macam pikiran dan perasaan kepada orang lain dan dapat mendengar apa yang orang lain katakan serta merasakan perasaan orang lain.

Mengukur temperamen diri sendiri dan orang lain dimana individu memahami temperamen mereka sendiri (bagaimana bertingkah, merangsang, dan mengambil resiko atau diam, reflek dan berhati-hati) dan juga terhadap temperamen orang lain. Hal ini menolong individu untuk mengetahui berapa lama waktu yang diperlukan untuk berkomunikasi, membantu individu untuk mengetahui kecepatan untuk bereaksi, dan berapa banyak individu mampu sukses dalam berbagai situasi. Bagian yang terakhir adalah kemampuan memecahkan masalah. Individu dapat menilai suatu masalah secara alami serta mengetahui apa yang mereka butuhkan agar dapat memecahkan masalah dan bantuan apa yang mereka butuhkan dari orang lain. Individu dapat membicarakan berbagai masalah dengan orang lain dan menemukan penyelesaian masalah yang paling tepat dan menyenangkan. Individu terus-menerus bertahan dengan suatu masalah sampai masalah tersebut terpecahkan. Setiap faktor dari *I Am*, *I Have*, *I Can* memberikan kontribusi pada berbagai macam tindakan yang dapat meningkatkan potensi resiliensi.

Individu yang resilien tidak membutuhkan semua sumber-sumber dari setiap faktor, tetapi apabila individu hanya memiliki satu faktor individu tersebut tidak dapat dikatakan sebagai individu yang beresiliensi, misalnya individu yang mampu berkomunikasi dengan baik (*I Can*) tetapi ia tidak mempunyai hubungan yang dekat dengan orang lain (*I Have*) dan tidak dapat mencintai orang lain (*I Am*), ia tidak termasuk orang yang memiliki resiliensi.

2.2 Skizofrenia

2.2.1 Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia merupakan penyakit otak persisten dan serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, dan kesulitan dalam memproses informasi, hubungan interpersonal, serta memecahkan masalah (Stuart dan Sundeen, 2007).

Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikosis fungsional dengan gejala terpecahnya unsur-unsur kepribadian seperti proses berfikir, afek emosi, kemauan dan psikomotor yang timbul pada usia kurang dari 45 tahun.

Akhirnya timbul pendapat bahwa skizofrenia itu suatu gangguan psikomatis, gejala-gejala pada badan hanya sekunder karena gangguan dasar yang psikogenik atau merupakan manifeastasi somatik dari gangguan psikogenik. Tetapi pada skizofrenia justru kesukarannya adalah untuk menentukan mana yang primer dan mana yang sekunder, mana yang merupakan penyebab dan mana yang merupakan akibatnya saja (Maramis, 2010).

2.2.2 Etiologi Skizofrenia

Penyebab skizofrenia sampai saat ini belum diketahui dengan pasti. Ada beberapa teori yang menyebabkan terjadinya *skizofrenia*. Menurut Maramis (2010) beberapa teori antara lain :

1. Teori somatogenik
 - 1) Faktor keturunan

Dapat dipastikan bahwa ada faktor keturunan yang juga menentukan timbulnya *skizofrenia*, diturunkan melalui gen yang resesif. Hal ini telah

dibuktikan terutama pada anak-anak kembar satutelur. Angka kesakitan bagi saudara tiri adalah 0,9% - 1,8% bagi saudara kandung 7% - 15%, bagi anak dengan salah satu orang tua yang menderita *skizofrenia* 7% - 16%, bila kedua orang tua menderita *skizofrenia* 40% - 68%, bayi kembar 2 telur atau heterozigot 2% - 15%, bayi kembar 1 telur atau monozigot 61% - 86% (Maramis, 2010).

2) Endokrin

Dahulu dikira bahwa *skizofrenia* mungkin disebabkan oleh suatu gangguan endokrin, teori ini dikemukakan berhubung sering timbulnya *skizofrenia* pada waktu pubertas, kehamilan, atau puerperium dan waktu klimakterium (Maramis,2010).

3) Metabolisme

Ada orang menyangka bahwa *skizofrenia* disebabkan suatu gangguan metabolisme, karena penderita tampak pucat dan tidak sehat, ujung ekstremitas sianosis, nafsu makan berkurang dan berat badan menurun. Hipotesis ini tidak ditemukan kebenarannya oleh para sarjana (Maramis, 2010).

4) Susunan syaraf pusat

Ada yang mencari penyebab *skizofrenia* ke arah kelainan susunan syaraf pusat, yaitu diensefalon atau kortek otak. Tapi kelainan patologis yang ditemukan mungkin disebabkan oleh perubahan post moilem (Maramis, 2010).

2. Teori psikogenik

Teori tersebut adalah:

1) Susunan syaraf pusat

Skizofrenia tidak disebabkan oleh suatu penyakit badaniah. Penyakit badaniah bisa mempengaruhi timbulnya *skizofrenia*. *Skizofrenia* merupakan suatu reaksi yang salah, suatu maladaptasi, oleh karena itu timbul suatu disorganisasi kepribadian dan lama kelamaan orang itu menjauhkan diri dari kenyataan, hipotesis ini dinamai dengan reaksi skizofrenik.

2) Teori Sigmund Freud

Skizofrenia terjadi karena ada kelemahan ego. Superego dikesampingkan sehingga tidak bertenaga lagi dan id yang berkuasa serta terjadi suatu regresi ke fase nasisisme.

3) Eugen Bleuler (1857-1938)

Nama *skizofrenia* bisa juga dipengaruhi adanya hubungan yang kurang baik dalam keluarga, pekerjaan dan masyarakat. *Skizofrenia* juga persaingan antar saudara kandung bisa menjadi pencetus terjadinya *skizofrenia*.

3. Teori sosiogenik

1) Keadaan sosial ekonomi

2) Pengaruh keagamaan

3) Nilai-nilai moral (Maramis, 2010)

2.2.3 Gejala Skizofrenia

Menurut Bleuler (1857-1938) membagi 2 kelompok gejala *skizofrenia*, yaitu:

1. Gejala primer

- 1) Gangguan proses pikiran meliputi bentuk, langkah dan isi pikiran, inti gangguan terdapat pada proses pikiran.
- 2) Gangguan afek emosi
- 3) Gangguan kemauan

- 4) Gangguan psikomotor.
2. Gejala sekunder
 - 1) Waham
 - 2) Halusinasi
 - 3) Gejala katatonik atau gangguan psikomotor yang lain (Maramis, 2010)
Sedangkan Hawari (2011) membagi gejala *skizofrenia* menjadi gejala positif dan negatif, yaitu:
 - a. Gejala positif
 - 1) Delusi yaitu suatu keyakinan yang tak rasional atau tidak masuk akal tetapi diyakini kebenarannya.
 - 2) Kekacauan alam pikiran.
 - 3) Halusinasi yaitu pengalaman panca indera tanpa rangsangan atau stimulus.
 - 4) Gaduh gelisah, tidak dapat diam, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan.
 - 5) Merasa dirinya orang besar, merasa serba mampu.
 - 6) Pikirannya penuh dengan kecurigaan, merasa ada ancaman.
 - 7) Menyimpan rasa permusuhan.
 - b. Gejala negatif
 - 1) Alam perasaannya atau afek yang tumpul dan mendatar, wajah yang tak menunjukkan ekspresi.
 - 2) Menarik diri, tak mau bergaul atau kontak dengan orang lain, suka melamun.
 - 3) Kontak emosional amat miskin, sukar di ajak bicara, pendiam.
 - 4) Pasif dan apatis, menarik diri dari pergaulan sosial.

- 5) Kesulitan dalam berpikir abstrak.
- 6) Tidak ada upaya dan usaha, tidak ada inisiatif, monoton, dan tidak ingin apa-apa.
- 7) Pola pikir stereotipe.

2.2.4 Penggolongan Jenis Penyakit

Pembagian jenis penyakit *skizofrenia* sebagai berikut :

1. Skizofrenia simplek

Sering timbul pada masa pertama kali pubertas, timbulnya perlahan-lahan sekali, pada awalnya klien kurang memperhatikan keluarganya, menarik diri dari pergaulan, makin lama makin mundur dalam pekerjaan dan pelajaran. Gejala yang menonjol kadang kala emosi dan kemunduran kemauan.

2. Skizofrenia hebifrenik

Sering timbul pada masa remaja antara usia 15 – 25 tahun. Gejala yang mencolok ialah perilaku kekanak-kanakan, waham dan halusinasi, juga adanya gangguan proses berfikir, gangguan kemauan dan depersonalisasi.

3. Skizofrenia katatonik

Timbul pertama kali antara umur 25-30 tahun. Biasanya akut serta didahului oleh stres emosional. *Skizofrenia* katatonik dibedakan menjadi 2 jenis yaitu katatonik stupor dengan gejala menonjol klien tidak menunjukkan perhatian sama sekali terhadap lingkungan, dan katatonik gaduh gelisah yang terdapat gejala hiperaktifitas motorik tetapi tidak disertai emosi yang semestinya.

4. Skizofrenia paranoid

Skizofrenia paranoid agak berbeda dengan yang lainnya, timbul diatas usia 30 tahun, dengan gejala yang mencolok ialah waham primer disertai waham

sekunder dan halusinasi, bila pemeriksaan lebih teliti maka akan ditemukan gangguan proses berfikir, gangguan afek emosi dan kemauan.

5. *Skizofrenia akut*

Gejala *skizofrenia* yang timbul mendadak sekali, klien seperti dalam keadaan mimpi, kesadaran berkabut seakan-akan dunia luar dan dirinya berubah, prognosa baik, biasanya dalam beberapa minggu atau kurang dari 6 bulan klien sudah baik.

6. *Skizofrenia residual*

Keadaan *skizofrenia* dengan gejala primer menurut Bleurer yaitu adanya gangguan proses pikir, gangguan afek emosi, gangguan kemauan, dan gangguan psikomotor, sedangkan gejala sekunder yang meliputi waham dan halusinasi tidak jelas. Biasanya timbul sesudah beberapa kali serangan.

7. *Skizofrenia skizoafektif*

Gejala *skizofrenia* dan depresi yang timbul secara bersamaan, jenis ini bisa sembuh tanpa ada efek atau mungkin timbul lagi serangan (Maramis,2010).

2.2.5 Penatalaksanaan skizofrenia

Pengobatan harus secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama kemungkinan lebih besar menuju ke kemunduran mental. Terapis jangan melihat klien *skizofrenia* sebagai penderita yang tidak dapat disembuhkan lagi, atau sebagai suatu makhluk yang aneh dan inferior. Bila sudah dapat diadakan kontak, maka dilakukan bimbingan tentang hal-hal yang praktis. Walaupun penderita mungkin tidak sempurna sembuh, tetapi dengan pengobatan dan bimbingan yang baik penderita dapat ditolong untuk berfungsi terus, bekerja sederhana dirumah ataupun diluar rumah (Maramis, 2010).

Beberapa usaha pengobatan yang diberikan yakni :

1. Farmakoterapi

Neroleptika dengan dosis efektif rendah lebih bermanfaat pada penderita dengan *skizofrenia* yang menahun, yang dengan dosis efektif tinggi lebih berfaedah pada penderita dengan psikomotorik yang meningkat. Pada penderita paranoid trifloperazin rupanya lebih berhasil. Dengan fenotiazin biasanya waham dan halusinasi hilang dalam waktu 2-3 minggu. Bila tetap masih ada waham dan halusinasi, maka penderita tidak begitu terpengaruh lagi dan menjadi lebih kooperatif, mau ikut serta dengan kegiatan lingkungannya dan mau ikut terapi kerja. Jika serangan itu baru yang pertama kali, maka sesudah gejala-gejala menghilang, dosis dipertahankan selama beberapa bulan lagi. Jika serangan *skizofrenia* itu sudah lebih dari satu kali, maka sesudah gejala mereda, obat diberi terus selama satu atau dua tahun. Untuk pasien dengan *skizofrenia* menahun, neroleptika diberikan dalam jangka waktu yang tidak ditentukan lamanya dengan dosis yang naik turun sesuai dengan keadaan pasien. Senantiasa kita harus waspada terhadap efek samping yang terjadi. Hasilnya lebih baik bila neroleptika mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit. Tidak ada dosis standart untuk obat ini, tetapi dosis ditetapkan secara individual (Maramis, 2010). Dosis neroleptika disesuaikan sehingga tercapai dosis terapeutik. Dapat dimulai dengan dosis yang rendah lalu pelan pelan dinaikkan, dapat juga langsung diberi dosis tinggi, tergantung pada keadaan pasien dan kemungkinan timbulnya efek samping. Bila sebelumnya pasien pernah memakai suatu neroleptika dengan hasil yang baik dan sekarang memerlukan lagi medikasi neroleptik, maka sebaiknya diberi neroleptika yang sama seperti dahulu karena sensitivitas pasien terhadap

berbagai neuroleptika berbeda. Belum ada neuroleptika yang paling unggul terhadap *skizofrenia* (Maramis, 2010).

2. Terapi elektro konvulsi

Seperti juga dengan terapi konvulsi yang lain, cara bekerjanya elektrokonvulsi belum diketahui dengan jelas. Dapat dikatakan bahwa terapi konvulsi dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita. Akan tetapi terapi ini tidak dapat mencegah serangan yang akan datang.

Bila dibandingkan dengan terapi koma insulin, maka dengan TEK lebih sering terjadi serangan ulangan. Akan tetapi TEK lebih mudah diberikan, bahaya lebih kurang, lebih murah dan tidak memerlukan tenaga yang khusus seperti pada terapi koma insulin.

3. Terapi koma insulin

Meskipun pengobatan ini tidak khusus, bila diberikan pada permulaan penyakit, hasilnya memuaskan. Presentasi kesembuhan lebih besar bila dimulai dalam waktu 6 bulan sesudah penderita jatuh sakit.

4. Psikoterapi dan rehabilitasi

Psikoterapi dalam bentuk psikoanalisa tidak membawa hasil yang diharapkan, bahkan ada yang berpendapat tidak boleh dilakukan pada penderita skizofrenia karena justru dapat menambah isolasi dan otisme. Yang dapat membantu penderita ialah psikoterapi suportif individual atau kelompok, serta bimbingan yang praktis dengan maksud untuk mengembalikan penderita ke masyarakat.

Terapi kerja baik sekali untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain (penderita lain, perawat, dan dokter). Maksudnya supaya ia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama. Pemikiran masalah falsafat atau kesenian bebas dalam bentuk melukis bebas atau bermain musik bebas tidak dianjurkan sebab dapat menambah otisme. Bila dilakukan juga, maka harus ada pemimpin dan ada tujuan yang lebih dahulu sudah ditentukan.

Perlu juga diperhatikan lingkungan penderita. Bila mungkin diatur sedemikian rupa sehingga ia tidak mengalami stress terlalu banyak (Maramis, 2010).

5. Lobotomi prefrontal

Dapat dilakukan bila terapi lain secara intensif tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya. Jadi prognosa skizofrenia tidak begitu buruk seperti dikira orang sampai dengan pertengahan abad ini. Lebih-lebih dengan neuroleptika, lebih banyak penderita dapat dirawat diluar rumah sakit jiwa. Dan memang seharusnya demikian, Sedapat-dapatnya penderita harus tinggal dilingkungannya sendiri, harus tetap melakukan hubungan dengan keluarganya untuk memudahkan proses rehabilitasi (Maramis,2010)

Terapi skizofrenia terdiri dari pemberian obat obatan, psikoterapi dan rehabilitasi (Hawari,2011). Dasar pengobatan yang diberikan meliputi :

1. Somatoterapi

Bertujuan untuk memperbaiki keadaan umum, terapi elektro konfusi diberikan bila diperlukan saja.

2. Psikoterapi

Bertujuan untuk memperkuat fungsi ego dengan cara psikoterapi suportif, diharapkan penderita bisa bersosialisasi.

3. Manipulasi lingkungan

Diharapkan lingkungan dapat menerima keadaan klien, membimbing kehidupan sehari-hari, memberikan kesibukan dan mengawasi saat minum obat.

2.3 Kekambuhan

2.3.1 Pengertian kekambuhan

Kekambuhan adalah suatu keadaan dimana bila pasien *skizofrenia* yang telah menjalani rawat inap di rumah sakit jiwa dan diperbolehkan pulang kemudian kembali menunjukkan gejala seperti sebelum dirawat inap (Amelia, 2013).

Menurut E.Bleurer *skizofrenia* adalah suatu penyakit tanpa kausa dengan angka kekambuhan yang tinggi, dalam penyelidikannya kurang lebih 60% klien *skizofrenia* dapat disembuhkan secara sempurna bila diobati secara dini dan kurang lebih 20-30% dari yang mengalami sembuh tadi akan mengalami kekambuhan dan eksaserbasi, 40% lainnya menjurus ke cacat mental (Maramis, 2010).

Sedangkan menurut Sulinger menyatakan klien *skizofrenia* diperkirakan akan kambuh 50% pada tahun pertama, 70% pada tahun kedua, dan Karson & Ros

menyatakan klien *skizofrenia* akan mengalami kambuh 100% pada tahun kelima (Keliat, 2010).

2.3.2 Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan

Hasil penelitian Sulinger (1988) mengidentifikasi 4 faktor penyebab kekambuhan dan klien perlu kembali dirawat di rumah sakit yaitu:

1. Klien

Klien yang gagal minum obat dengan teratur mempunyai kecenderungan untuk kambuh, khususnya pasien *skizofrenia* sukar mengikuti aturan minum obat karena adanya gangguan realitas dan ketidak mampuan mengambil keputusan.

2. Dokter

Minum obat secara teratur mengurangi kekambuhan, namun pengobatan bneuroleptik yang lama dapat menimbulkan efek samping yang dapat mengganggu hubungan sosial seperti gerakan yang tidak terkontrol. Dokter yang memberi resep diharapkan tetap waspada untuk mengidentifikasi dosis terapeutik yang dapat mencegah kekambuhan dan efek samping.

3. Perawat

Setelah klien pulang kerumah perawat tetap bertanggung jawab atas program adaptasi klien dirumah sehingga dapat mengidentifikasi gejala dini dan segera mengambil tindakan.

4. Keluarga

Tidak tahunya keluarga menangani perilaku dan merawat klien dirumah sehingga dapat menjadi kambuh. Umumnya perilaku keluarga tidak melakukan kegiatan apapun untuk mengatasi masalah kesehatan, karena belum mengganggu

aktifitasnya, atau melakukan pengobatan sendiri secara tradisional atau melalui cara adat. (Keliat, 2010).

2.3.3 Gejala-Gejala Kambuh

Herz dan Menville (1980, dikutip oleh Sullinger, 1988) dalam Keliat 2010, mengkaji gejala kambuh yang diidentifikasi oleh klien dan keluarganya yaitu

1. Menjadi ragu-ragu dan serba takut (nervous),
2. Tidak nafsu makan,
3. Sukar konsentrasi,
4. sulit tidur,
5. Depresi,
6. Tidak ada minat dan menarik diri.

2.3.4 Tahap-Tahap Kekambuhan

Menurut Hertz Oit Stuart dan Sundeen (2007), kekambuhan dibagi menjadi 5 tahap, yaitu :

1. Overextension

Tahap ini menunjukkan ketegangan yang berlebihan. Pasien mengeluh perasaannya terbebani. Gejala dari cemas intensif dan energi yang besar digunakan untuk mengatasi hal ini.

2. Restricted Consciousnes

Tahap ini menunjukkan pada kesadaran yang terbatas. Gejala yang sebelumnya cemas, digantikan oleh depresi.

3. Disinhibition

Penampilan pertama pada tahap ini adalah adanya hipomania dan biasanya meliputi munculnya halusinasi (halusinasi tahap I dan II) dan delusi, dimana pasien tidak lagi mengontrol defense mekanisme sebelumnya telah gagal disini. Hipomania awal ditandai dengan mood yang tinggi. Kegembiraan optimisme dan percaya diri. Gejala lain dari hipomania ini adalah rasa percaya diri yang berlebihan, waham kebesaran, mudah marah, senang bersukaria dan menghamburkan uang, euforia.

4. Psikotic disorganization

Pada saat ini gejala psikotik sangat jelas dilihat. Tahap ini diuraikan sebagai berikut :

- a. Pasien tidak lagi mengenal lingkungan / orang yang familiar dan mungkin menuduh anggota keluarga menjadi penipu. Agitasi yang ekstrim mungkin terjadi, fase ini dikenal sebagai penghancuran dari dunia luar.
- b. Pasien kehilangan identitas personal dan mungkin melihat dirinya sendiri sebagai orang ke-3. Fase ini menunjukkan kehancuran pada diri.
- c. Total fragmentation adalah kehilangan kemampuan untuk membedakan realitas dari psikosis dan kemungkinan dikenal sebagai loudly psychotic.

5. Psychotic Resolution

Tahap ini biasanya terjadi di rumah sakit. pasien diobati dan masih mengalami psikosis tetapi gejalanya berhenti atau diam.

Kekambuhan pada pasien skizofrenia merugikan dan membahayakan pasien, keluarga dan masyarakat. Ketika tanda-tanda kekambuhan muncul kembali setelah sembuh pasien bisa saja berperilaku menyimpang seperti

mengamuk, bertindak kekerasan seperti menghancurkan barang-barang dan yang lebih parah lagi pasien akan melukai bahkan membunuh orang lain atau dirinya sendiri (Amelia, 2013).

2.3.5 Strategi Yang Dapat Membantu Keluarga Dalam Mencegah Kekambuhan

1. Mengenal tanda kambuh
2. Menjalani pengobatan yang sesuai
3. Menghindari situasi yang mungkin memicu timbulnya gejala. Seperti film-film atau program di televisi, pengalaman baru
4. Mempelajari tentang keadaan sakit yang diderita anggota keluarganya
5. Melaksanakan latihan teknik management stres. Contoh meditasi, berpikir positif, dan nafas dalam
6. Melaksanakan aktivitas secara terstruktur

2.4 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka Konseptual Penelitian hubungan Antara *Family Resilience* Dengan Kekambuhan Pada Penderita Skizofrenia Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Penjelasan :

Family resillience dipengaruhi faktor dukungan eksternal dan sumber-sumber yang ada pada diri seseorang (misalnya keluarga, lembaga-lembaga pemerhati,

dan sebagainya), kekuatan personal yang berkembang dalam diri seseorang (seperti *self-esteem*, *capacity for selfmonitoring*, spritualitas dan *altruism*), dan kemampuan sosial (seperti mengatasi konflik dan kemampuan berkomunikasi). Terdapat tujuh aspek psikologis (regulasi emosi, pengendalian impuls, optimisme, analisis kausal, empati, *self efficacy*, *reaching out*) yang akan membangun kemampuan resilience keluarga. Keluarga Mampu mengendalikan emosi perhatian dan tingkah laku, mengendalikan keinginan, dorongan, kesukaan serta tekanan yang muncul dalam diri sehingga meningkatkan *family resilience*. Ada 4 faktor yang menyebabkan kekambuhan salah satunya adalah keluarga, keluarga yang memiliki resiliensi keluarga yang baik akan mengurangi kekambuhan pada pasien skizofrenia.

2.5 Hipotesis Penelitian

Dari kerangka konseptual diatas maka hipotesisnya sebagai berikut :

Ada hubungan *familiy resilience* dengan kekambuhan pasien skizofrenia di Rumah sakit Jiwa Menur.