

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Resiliensi.

1. Pengertian Resiliensi.

Penelitian awal mengenai resiliensi dimulai pada era 1970an dimana kekuatan dan kapasitas individu mulai dikenali pada anak-anak (Masten, 2001 dalam Kalil, 2003). Pandangan mengenai resiliensi dikembangkan semakin jauh oleh Ann Masten dan peneliti lainnya. Secara umum resiliensi dikarakteristikkan sebagai kesadaran akan hasil yang baik dalam menghadapi keadaan sulit, kemampuan yang menyokong ketika berada dibawah tekanan, atau penyembuhan dari trauma (Masten dan Coatsworth, 1998 dalam Kalil, 2003)

Dalam menjelaskan arti resiliensi, ada dua pandangan yang dikemukakan oleh beberapa peneliti, yaitu resiliensi sebagai kemampuan untuk keluar dari situasi sulit dan resiliensi sebagai proses yang terjadi ketika individu menghadapi situasi yang sulit. Berdasarkan *Oxford English Dictionary* resiliensi adalah kemampuan untuk memantul atau melenting kembali atau kekuatan sesuatu untuk kembali ke bentuk awal atau aslinya setelah adanya tekanan.

Definisi lain mengenai resiliensi, menurut Grotberg (1995), Menyatakan bahwa resiliensi adalah kemampuan seseorang untuk menilai, mengatasi, dan meningkatkan diri ataupun mengubah dirinya

dari keterpurukan atau kesengsaraan dalam hidup, karena setiap orang pasti mengalami kesulitan ataupun sebuah masalah dan tidak ada seseorang yang hidup di dunia tanpa suatu masalah ataupun kesulitan. Hal senada diungkap oleh Reivich dan Shatte (1999), bahwa resiliensi adalah kapasitas untuk merespon secara sehat dan produktif ketika menghadapi kesulitan atau trauma, dimana hal itu penting untuk mengelola tekanan hidup sehari-hari.

Istilah resiliensi diformulasikan pertama kali oleh Block (dalam Klohnen, 1996), Dengan nama *ego-resilience*, yang diartikan sebagai kemampuan umum yang melibatkan kemampuan penyesuaian diri yang tinggi dan luwes saat dihadapkan pada tekanan internal maupun eksternal, secara spesifik *ego-resilience is, A personality resource that allows individual to modify their characteristic level and habitual mode of expression of ego-control as the most adaptively encounter, function in and shape their immediate and long term environmental contex.*

Menurut desmita (2008), resiliensi (daya lentur) adalah kemampuan atau kapasitas yang dimiliki seseorang, kelompok atau masyarakat yang memungkinkan untuk menghadapi, mencegah, meminimalkan, bahkan menghilangkan dampak-dampak yang merugikan dari kondisi-kondisi yang tidak menyenangkan atau bahkan mengubah kondisi kehidupan yang menyengsarakan menjadi suatu hal yang wajar untuk diatasi bagi mereka yang resilien, resiliensi

mengubah hidupnya menjadi lebih kuat, artinya resiliensi membuat seseorang berhasil menyesuaikan diri dalam berhadapan dengan kondisi-kondisi yang tidak menyenangkan, dan bahkan tekanan hebat yang dapat membuat depresi.

Sedangkan menurut Henderson dan Milstein, 2003 (dalam Desmita, 2008), adalah suatu kemampuan yang sangat dibutuhkan dalam kehidupan setiap orang, karena kehidupan manusia senantiasa diwarnai oleh *adversity* (kondisi yang tidak menyenangkan), *adversity* ini menantang kemampuan manusia untuk mengatasinya, untuk belajar darinya, dan bahkan untuk merubah karenanya. Resiliensi tidak hanya dimiliki oleh seseorang atau sekelompok orang, melainkan setiap orang.

Menurut Grotberg (1995), kualitas resiliensi setiap orang tidaklah sama, sebab kualitas resiliensi seseorang sangat ditentukan oleh tingkat usia, taraf perkembangan, intensitas seseorang dalam menghadapi situasi-situasi yang tidak menyenangkan serta seberapa besar dukungan sosial dalam pembentukan resiliensi seseorang.

Dari pemaparan beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa resiliensi adalah kemampuan seseorang atau daya lentur seseorang yang mampu bangkit dari keterpurukan, tekanan hidup serta menerimanya dengan keadaan positif.

2. Aspek- Aspek Resiliensi.

Reivich dan Shatte (2002), memaparkan tujuh kemampuan yang membentuk resiliensi, yaitu regulasi emosi, pengendalian impuls, optimisme, empati, analisis kasus, *self efficacy*, dan *reachingout*.
Dibawah ini akan dijelaskan masing–masing aspek dari resiliensi

a. Regulasi Emosi.

Regulasi emosi adalah kemampuan untuk tetap tenang dibawah kondisi yang menekan. Emosi yang dirasakan oleh seseorang cenderung berpengaruh pada orang lain. Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang yang kurang memiliki kemampuan untuk mengatur emosi mengalami kesulitan dalam membangun dan menjaga hubungan baik dengan orang lain.

Tidak semua emosi yang dirasakan individu harus dikontrol. Hal ini dikarenakan mengekspresikan emosi baik positif maupun negatif merupakan hal yang konstruktif dan sehat, bahkan kemampuan untuk mengekspresikan emosi secara positif dan tepat merupakan bagian dari resiliensi (Reivich dan Shatte, 2002).

Reivich dan Shatte (2002), mengungkapkan dua buah keterampilan yang dapat memudahkan individu untuk melakukan regulasi emosi yaitu tenang dan fokus. Dalam keadaan tenang individu dapat mengontrol dan mengurangi stres yang dialami. Ada beberapa cara yang dapat digunakan untuk relaksasi dan membuat individu merasa dalam keadaan tenang, yaitu dengan mengontrol pernafasan,

relaksasi otot, dan membayangkan tempat tenang dan menyenangkan. Sedangkan untuk keterampilan fokus pada permasalahan yang ada akan mempermudah individu untuk menemukan solusi dari permasalahan yang ada.

Dua buah keterampilan ini akan membantu individu untuk mengontrol emosi yang tidak terkendali, menjaga fokus pikiran individu ketika banyak hal-hal yang mengganggu, serta mengurangi stres yang dialami oleh individu.

b. Pengendalian Impuls.

Pengendalian impuls adalah kemampuan individu untuk mengendalikan keinginan, dorongan, kesukaan, serta tekanan yang muncul dari dalam diri (Reivich dan Shatte, 2002). Individu yang memiliki kemampuan pengendalian impuls yang rendah, cepat mengalami perubahan emosi yang pada akhirnya mengendalikan pikiran dan perilaku mereka. Mereka menampilkan perilaku mudah marah, kehilangan kesabaran, impulsif, dan berlaku agresif. Tentunya perilaku yang ditampakkan ini akan membuat orang disekitarnya merasa kurang nyaman sehingga berakibat pada buruknya hubungan sosial individu dengan orang lain.

Menurut Reivich dan Shatte (2002), mengatakan bahwa individu dapat melakukan pencegahan terhadap impulsivitasnya, pencegahan ini dapat dilakukan dengan menguji keyakinan individu dan mengevaluasi kebermanfaatannya terhadap pemecahan masalah. Seperti memberikan

pertanyaan-pertanyaan pada diri sendiri ‘apakah benar apa yang saya lakukan’? ‘apakah manfaat dari semua ini’, dan lain-lain.

Kemampuan individu untuk mengendalikan impuls sangat terkait dengan kemampuan regulasi emosi yang dia miliki. Individu yang memiliki skor *resilience question* tinggi pada faktor regulasi emosi cenderung memiliki skor *resilience question* yang tinggi pula pada faktor pengendalian impuls (Revich dan Shatte, 2002).

c. Optimisme.

Optimisme adalah individu melihat bahwa masa depannya cemerlang (Revich dan Shatte, 2002). Optimisme yang dimiliki oleh individu menandakan bahwa individu tersebut percaya bahwa, dirinya memiliki kemampuan untuk mengatasi kemalangan yang mungkin terjadi dimasa depan. Mereka percaya bahwa situasi yang sulit dapat berubah menjadi situasi yang lebih baik. Mereka percaya bahwa mereka dapat memegang kendali dan arah hidupnya. Individu yang optimis memiliki kesehatan yang lebih baik dan produktivitas kerja yang lebih tinggi dari individu yang pesimis. Hal ini merefleksikan *self efficacy* yang dimiliki seseorang, yaitu kepercayaan individu bahwa dia mampu menyelesaikan permasalahan yang ada dan mengendalikan hidupnya. Dikarenakan dengan optimisme yang ada, seseorang individu terus didorong untuk menemukan solusi permasalahan dan terus bekerja keras demi kondisi yang lebih baik (Revich dan Shatte, 2002).

Optimisme yang dimaksud adalah optimisme yang realistis, yaitu sebuah kepercayaan akan masa depan yang lebih baik dengan segala usaha yang mewujudkan hal tersebut. Perpaduan antara optimisme yang realistis dan *self efficacy* merupakan kunci dari resiliensi dan kesuksesan.

d. Empati.

Empati adalah pemahaman pikiran dan perasaan orang lain dengan cara menempatkan diri ke dalam kerangka psikologis orang tersebut (Kartono dalam Nashori, 2008). Empati sangat erat kaitannya dengan kemampuan individu untuk membaca tanda-tanda kondisi emosional dan psikologis orang lain (Revich dan Shatte, 2002). Beberapa individu memiliki kemampuan yang cukup mahir dalam menginterpretasikan bahasa-bahasa nonverbal yang ditunjukkan oleh orang lain, seperti wajah, intonasi suara, bahasa tubuh, dan mampu menangkap apa yang dipikirkan dan dirasakan orang lain. Oleh karena itu, seseorang yang memiliki kemampuan berempati cenderung memiliki hubungan sosial yang positif (Revich dan Shatte, 2002).

Ketidakmampuan berempati berpotensi menimbulkan kesulitan dalam hubungan sosial, hal ini dikarenakan kebutuhan dasar manusia untuk dipahami dan dihargai. Individu yang tidak membangun kemampuan untuk peka terhadap tanda-tanda nonverbal tersebut, tidak mampu untuk menempatkan dirinya pada posisi orang lain, merasakan apa yang dirasakan orang lain dan memperkirakan maksud dari orang

lain. Ketidakmampuan individu untuk membaca tanda-tanda nonverbal orang lain, dapat sangat merugikan baik dalam konteks hubungan kerja maupun hubungan personal. Individu dengan empati yang rendah cenderung menyamaratakan semua keinginan dan emosi orang lain.

e. Analisis kasus.

Analisis kasus merujuk pada kemampuan individu untuk mengidentifikasi secara akurat penyebab dari permasalahan yang mereka hadapi. Individu yang tidak mampu mengidentifikasi penyebab dari permasalahan yang mereka hadapi secara tepat, akan terus menerus berbuat kesalahan.

Seligman (dalam Revich dan Shatte, 2002) mengidentifikasi gaya berfikir *explanatory* yang erat kaitanya dengan kemampuan *causal analysis* yang dimiliki individu. Gaya berfikir *explanatory* dapat dibagi dalam tiga dimensi. Personal (saya bukan saya), permanen (selalu tidak selalu), dan pervasive (semua tidak semua).

Individu dengan gaya berfikir “saya selalu semua” merefleksikan keyakinan bahwa penyebab permasalahan berasal dari individu tersebut (saya), hal ini selalu terjadi dan permasalahan yang ada tidak dapat diubah (selalu), serta permasalahan yang ada akan cenderung mempengaruhi seluruh aspek hidupnya (semua).

Sementara individu yang memiliki gaya berfikir “bukan saya, tidak selalu, tidak semua” meyakini bahwa permasalahan yang terjadi disebabkan oleh orang lain (bukan saya), di mana kondisi tersebut

masih memungkinkan untuk diubah (tidak selalu) dan permasalahan yang ada tidak akan mempengaruhi sebagian besar hidupnya (tidak semua).

Gaya berfikir *explanatory* memegang peranan penting dalam konsep resiliensi. Individu yang terfokus pada “selalu semua” tidak mampu melihat jalan keluar dari permasalahan yang mereka hadapi.

Sebaliknya individu yang cenderung menggunakan gaya berfikir “tidak selalu, tidak semua” dapat merumuskan solusi dan tindakan yang akan mereka lakukan untuk menyelesaikan permasalahan yang ada.

Individu yang resilien adalah individu yang memiliki fleksibilitas kognitif. Mereka mampu mengidentifikasi semua penyebab yang menyebabkan kemalangan yang menimpa mereka, tanpa terjebak pada salah satu gaya berfikir *explanatory*. Mereka tidak akan menyalahkan orang lain atas kesalahan yang mereka perbuat demi menjaga *self esteem* mereka atau membebaskan mereka dari rasa bersalah. Mereka tidak terlalu fokus pada faktor –faktor yang berada diluar kendali mereka, sebaliknya mereka memfokuskan dan memegang kendali penuh pada pemecahan masalah, perlahan mereka mulai mengatasi permasalahan yang ada, mengarahkan hidup mereka, bangkit dan meraih kesuksesan (Revich dan Shatte, 2002).

f. *Self Efficacy*.

Self efficacy adalah kepercayaan individu bahwa dia mampu menyelesaikan permasalahan yang ada dan mengendalikan hidupnya

atau hasil dari pemecahan permasalahan yang berhasil. *Self efficacy* mempresentasikan sebuah keyakinan bahwa kita mampu memecahkan masalah yang kita alami dan mencapai kesuksesan (Revich dan Shatte, 2002).

Self efficacy memiliki pengaruh terhadap prestasi yang diraih, kesehatan fisik dan mental, perkembangan karir, bahkan perilaku memilih dari seseorang. *Self efficacy* memiliki kedekatan dengan konsep *perceived control*, yaitu suatu keyakinan bahwa individu mampu mempengaruhi keberadaan suatu peristiwa yang mempengaruhi kehidupan individu tersebut.

g. *Reachingout*.

Pencapaian menggambarkan kemampuan individu untuk meningkatkan aspek-aspek yang positif dalam kehidupannya, yang mencakup pula keberanian seseorang untuk mengatasi segala ketakutan-ketakutan yang mengancam dalam kehidupannya.

Sebagaimana yang telah dipaparkan sebelumnya, bahwa resiliensi lebih dari sekedar bagaimana seorang individu memiliki kemampuan untuk mengatasi kemalangan dan bangkit dari keterpurukan, namun lebih dari itu resiliensi juga merupakan kemampuan individu meraih aspek positif dari kehidupan setelah kemalangan yang menimpa (Revich dan Shatte, 2002).

Namun banyak individu yang tidak mampu melakukan *reachingout*. Hal ini dikarenakan sejak kecil individu telah diajarkan

untuk sedapat mungkin menghindari kegagalan dan situasi yang memalukan. Mereka adalah individu-individu yang lebih memilih memiliki kehidupan standar dibandingkan harus meraih kesuksesan namun harus berhadapan dengan resiko kegagalan hidup dan hinaan masyarakat. Hal ini menunjukkan kecenderungan individu untuk berlebih-lebihan dalam memandang kemungkinan hal-hal buruk yang dapat terjadi dimasa yang akan datang. Mereka ini memiliki rasa ketakutan untuk mengoptimalkan kemampuan mereka hingga batas akhir.

B. Skizofrenia.

1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku pikiran yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis. Persepsi dan perhatian yang keliru, afek yang datar atau tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktifitas motorik yang bizzare (perilaku aneh), pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, sering kali masuk ke dalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi (Davison Dkk, 2010).

Orang-orang yang menderita skizofrenia umumnya mengalami beberapa episode akut simtom-simtom, diantara setiap episode mereka sering mengalami simtom-somtom yang tidak terlalu parah,namun tetap sangat mengganggu keberfungsian mereka. Komorbiditas dengan

penyalahgunaan zat merupakan masalah utama bagi para pasien skizofrenia, terjadi pada sekitar 50 persennya (Konsten dan Ziedonis, 1997. dalam Davison, 2010)

2. Simtom-Simtom Skizofrenia.

Simtom-simtom yang dialami pasien skizofrenia mencakup gangguan dalam beberapa hal penting pikiran, persepsi, dan perhatian. Perilaku motorik, afek, atau emosi, dan keberfungsian hidup. Rentang masalah orang-orang yang didiagnosis menderita skizofrenia sangat luas, meskipun dalam satu waktu pasien umumnya mengalami hanya beberapa dari masalah tersebut. Dalam hal ini akan diuraikan beberapa simtom-simtom utama skizofrenia dalam tiga kategori. Simtom positif, simtom negatif, simtom disorganisasi, dan simtom lain. (Davison Dkk, 2010).

a. Simtom Positif.

Davison dkk, (2010), Simtom-simtom positif mencakup hal-hal yang berlebihan dan distorsi, seperti halusinasi dan waham, simtom-simtom ini, sebagian terbesarnya, menjadi ciri suatu episode akut skizofrenia.

1. Delusi atau dikenal juga dengan istilah waham.

Tidak diragukan bahwa pada suatu saat kita semua pernah merasa khawatir karena kita yakin bahwa orang lain berpikiran buruk tentang kita. Kadang keyakinan tersebut benar. Pada akhirnya, adakah semua orang yang disukai oleh semua orang?,

Walaupun demikian, coba kita bayangkan kesedihan yang akan timbul jika anda sangat yakin bahwa banyak orang tidak menyukai anda secara pasti, bahwa mereka sangat tidak menyukai anda sampai-sampai mereka berkomplot untuk menyerang anda.

Waham (delusi), yaitu keyakinan yang berlawanan dengan kenyataan, semacam itu merupakan simtom-simtom positif yang umum pada skizofrenia. Meskipun waham terjadi pada lebih dari separuh orang yang menderita skizofrenia, namun juga terjadi di kalangan pasien dengan berbagai diagnosis lain, terutama mania, depresi delusional, dan gangguan waham. Meskipun demikian, waham yang dialami pasien skizofrenia sering kali lebih aneh dibanding delusi yang dialami para pasien berbagai kategori diagnostik lain tersebut (Jungunger, Barker dan Coe, 1992. Dalam Davison, 2010).

2. Halusinasi dan Gangguan Persepsi Lain.

Para pasien sering kali menuturkan bahwa dunia tampak berbeda dalam satu atau lain cara atau bahkan tidak nyata bagi mereka. Seorang pasien dapat menyebutkan berbagai perubahan dalam cara tubuh mereka merasakan sesuatu, atau tubuh pasien menjadi sangat tidak manusiawi sehingga seolah-olah terasa seperti mesin.

Distorsi persepsi yang paling dramatis adalah halusinasi, yaitu suatu pengalaman indrawi tanpa adanya stimulasi dari lingkungan. Yang paling sering terjadi adalah halusinasi auditori, bukan visual. 74 persen dari suatu sampel menuturkan mengalami halusinasi auditori (Sartorius dkk, 1974. Dalam Davison, 2010). Seperti halnya waham, halusinasi dapat menjadi pengalaman yang sangat menakutkan.

b. Simtom Negatif

Simtom-simtom negatif skizofrenia mencakup berbagai deviasi behavioral, seperti *avolition*, alogia, anhedonia, afek datar dan asosiolitas. Simtom-simtom ini cenderung bertahan melampaui suatu episode akut dan memiliki efek parah terhadap kehidupan para pasien skizofrenia. Simtom-simtom ini juga penting secara prognosis, banyaknya simtom negatif merupakan prediktor kuat terhadap kualitas hidup yang rendah.

Ketika mengukur simtom-simtom negatif, penting untuk memilah mana yang merupakan simtom-simtom skizofrenia yang sesungguhnya dan simtom-simtom yang disebabkan oleh beberapa faktor lain (Carpenter, Heinrichs, dan Wagman, 1988. Dalam Davison, 2010). Contohnya: afek datar (kurang ekspresifitas emosional) dapat merupakan efek samping dari obat antipsikotik. Mengobservasi pasien dalam kurun waktu

lama mungkin merupakan satu-satunya cara untuk mengatasi isu ini.

1. *Avolition.*

Apati atau *Avolition* merupakan kondisi kurangnya energi dan ketiadaan minat atau ketidakmampuan untuk tekun melakukan apa yang biasanya merupakan aktifitas rutin. Pasien dapat menjadi tidak tertarik untuk berdandan dan menjaga kebersihan diri, dengan rambut yang tidak tersisir, kuku kotor, gigi yang tidak disikat dan pakaian yang berantakan. Mereka mengalami kesulitan untuk tekun melakukan aktifitas sehari-hari dalam pekerjaan, sekolah, dan rumah tangga. Dan dapat menghabiskan sebagian besar waktu mereka dengan duduk tanpa melakukan apapun.

2. *Alogia.*

Merupakan suatu gangguan pikiran negatif, alogia dapat terwujud dalam beberapa bentuk. Dalam miskin percakapan, jumlah total percakapan, percakapan sangat jauh berkurang. Dalam miskin percakapan, jumlah percakapan memadai namun hanya mengandung sedikit informasi dan cenderung membingungkan serta di ulang-ulang.

3. Anhedonia.

Ketidakmampuan untuk merasakan kesenangan disebut anhedonia. Ini tercermin dalam kurangnya minat dalam berbagai aktivitas rekreasi, gagal untuk mengembangkan hubungan dekat dengan orang lain, dan kurangnya minat dalam hubungan seks. Pasien sadar akan simtom-somtom ini dan menuturkan bahwa apa yang biasanya dianggap aktivitas yang menyenangkan tidaklah demikian bagi mereka.

4. Afek datar.

Pada pasien yang memiliki afek datar hampir tidak ada stimulus yang dapat memunculkan respon emosional. Pasien menatap dengan pandangan kosong, otot-otot wajah kendur, mata mereka tidak hidup. Ketika diajak bicara pasien menjawab dengan suara datar dan tanpa nada.

Konsep afek datar hanya merujuk pada ekspresi emosi yang tampak dan tidak pada pengalaman dalam diri pasien, yang bisa saja sama sekali tidak mengalami pemiskinan, dalam suatu studi yang dilakukan Kring dan Naele (1996), para pasien skizofrenia dan peserta normal menonton cuplikan berbagai film. Setelah setiap potongan film, para peserta menuturkan mood yang disebabkan oleh film bersangkutan. Sebagaimana diharapkan, para pasien sangat kurang dalam ekspresi wajah dibanding orang-orang normal, namun mereka menuturkan

mengalami emosi yang hampir sama besarnya dan bahkan mengalami ketegangan fisiologis lebih besar.

5. Asosialitas.

Beberapa pasien skizofrenia mengalami ketidak mampuan parah dalam hubungan sosial, yang disebut asosialitas. Mereka hanya memiliki sedikit teman, keterampilan sosial yang rendah, dan sangat kurang berminat untuk berkumpul bersama orang lain. Memang, seperti apa yang kita lihat nanti, manifestasi skizofrenia ini sering kali merupakan yang pertama kali muncul, berawal pada masa kanak-kanak sebelum timbulnya simptom-simtom yang lebih psikotik.

c. **Simtom Disorganisasi.**

Simtom–simtom disorganisasi mencakup disorganisasi pembicaraan dan perilaku aneh (*bizarre*).

1. Disorganisasi pembicaraan.

Disorganisasi pembicaraan juga dikenal sebagai gangguan berfikir formal, disorganisasi pembicaraan merujuk pada masalah dalam mengorganisasi berbagai pemikiran dan dalam berbicara sehingga pendengar dapat memahaminya.

Bicara juga dapat terganggu karena suatu hal yang disebut asosiasi longgar, atau keluar jalur (*derailment*). Dalam hal ini pasien dapat lebih berhasil dalam berkomunikasi dengan seorang pendengar namun mengalami kesulitan untuk tetap

pada satu topik. Ia tampak seolah terbawa oleh aliran asosiasi yang muncul dalam pikiran yang berasal dari suatu pemikiran sebelumnya. Para pasien memberikan deskripsi atau kondisi tersebut.

Gangguan dalam pembicaraan pernah dianggap sebagai simptom klinis utama skizofrenia, dan tetap merupakan salah satu kriteria diagnosis. Namun, bukti mengindikasikan bahwa cara banyak pasien skizofrenia tidak mengalami disorganisasi, dan terjadinya disorganisasi bicara tidak membedakan dengan baik antara skizofrenia dan psikosis lainnya, misalnya beberapa gangguan mood (Andreasen, 1979 dalam Davison, 2010)

2. Perilaku Aneh.

Perilaku aneh terwujud dalam banyak bentuk, pasien dapat meledak dalam kemarahan atau konfrontasi singkat yang tidak dapat dimengerti, memakai pakaian yang tidak biasa, bertingkah seperti anak-anak, atau dengan gaya yang konyol, menyimpan makanan, mengumpulkan sampah atau melakukan perilaku seksual yang tidak pantas, mereka tampak kehilangan kemampuan untuk mengatur perilaku mereka dan menyesuaikannya dengan berbagai standart masyarakat. Mereka juga mengalami kesulitan dalam melakukan tugas-tugas sehari-hari dalam hidup.

d. Simtom Lain.

Beberapa simtom lain skizofrenia tidak cukup tepat untuk digolongkan ketiga kategori yang telah disampaikan. Dua simtom penting dalam kelompok ini adalah katatonia dan afek yang tidak sesuai.

1. katatonia

Beberapa abnormalitas motorik menjadi ciri katatonia, para pasien dapat melakukan suatu gerakan berulang kali, menggunakan urutan yang aneh dan kadang kompleks antara gerakan jari, tangan, dan lengan, yang sering kali tampaknya memiliki tujuan tertentu. Beberapa pasien menunjukkan peningkatan yang tidak biasa pada keseluruhan kadar aktifitas, termasuk sangat riang, menggerakkan anggota badan secara liar, dan pengeluaran energi yang sangat besar seperti yang terjadi pada manusia. Di ujung lain spektrum ini adalah imobilitas katatonik; pasien menunjukkan berbagai postur yang tidak biasa dan tetap dalam posisi demikian dalam waktu yang lama.

2. Afek yang tidak sesuai.

Beberapa penderita skizofrenia memiliki afek yang tidak sesuai. Respon-respon emosional individu semacam ini berada diluar konteks, pasien dapat tertawa ketika mendengar ibunya baru saja meninggal atau marah ketika ditanya dengan

pertanyaan sederhana, misalnya, apakah baju barunya cocok untuk dirinya, para psien tersebut dapat dengan cepat berubah dari satu kondisi emosional ke kondisis emosional lain tanpa alasan yang jelas, meskipun simtom ini sangat jarang terjadi, namun bila benar-benar terjadi, simtom ini memiliki kepentingan diagnostik yang besar karena relatif spesifik bagi skizofrenia.

C. Keluarga.

1. Pengertian Keluarga

Terdapat berbagai definisi mengenai keluarga. Olson (2003) mendefinisikan keluarga sebagai dua atau lebih orang yang saling berkomitmen dan berbagi *intimacy*, sumber daya, pengambilan keputusan, tanggung jawab dan nilai. Definisi lain dikemukakan oleh *Us Bureu of The Census* dalam Olson dan Defrain (2003), yang menyatakan bahwa keluarga adalah dua orang lebih yang mempunyai hubungan karena kelahiran, perkawinan atau adaptasi dan tinggal bersama. *American Assosiation Of Family And Consumer Sciences* (2003), mendefinisikan keluarga sebagai dua orang atau lebih yang berbagi sumber daya, tanggung jawab untuk mengambil keputusan, berbagi nilai dan tujuan dan memilki komitmen satu sama lain. Sedangkan *Family Services Of America* (2003), memberikan definisi keluarga

sebagai satu unit yang akan saling memberikan dukungan emosi, fisik, dan ekonomi. Idealnya sebuah keluarga memiliki ciri-ciri *Intimacy*, intensitas, keberlanjutan, dan komitmen antar anggota.

Menurut Fiedman (1998), keluarga merupakan matriks dari perasaan beridentitas dari anggota-anggotanya, merasa memiliki dan berbeda. Tugas utamanya adalah memelihara pertumbuhan psikososial anggota-anggotanya dan kesejahteraan selama hidupnya secara umum. Keluarga juga membentuk unit sosial yang paling kecil yang mentransmisikan tuntutan-tuntutan dan nilai-nilai dari suatu masyarakat dan dengan demikian melestarikannya. Keluarga harus beradaptasi dengan kebutuhan-kebutuhan masyarakat sementara keluarga juga membantu perkembangan dan pertumbuhan anggota, sementara itu semua tetap menjaga kontinuitas secara cukup untuk memenuhi fungsinya sebagai kelompok referensi dari individu.

Dari definisi yang diperoleh dari berbagai sumber, dapat ditarik kesimpulan jika keluarga merupakan sekelompok individu yang terdiri dari dua orang atau lebih yang memiliki ikatan yang diakui menurut sistem yang berlaku. Dalam hal ini individu didalam keluarga saling berbagi komitmen, *intimacy*, memelihara pertumbuhan psikososial, dan memberikan dukungan baik secara fisik, maupun ekonomi, maupun emosional demi memaksimalkan perkembangan dan kesejahteraan anggota.

D. Kerangka Teoritik.

Keluarga yang mempunyai anggota menderita skizofrenia cenderung akan mengalami stres atau tekanan, terlebih keluarga tersebut adalah anak atau seseorang yang mempunyai hubungan saudara kandung. Karena mereka merasa berbeda dengan keluarga yang lain dan juga pandangan negatif dari orang lain tentang skizofrenia, masyarakat awam masih menganggap bahwa skizofrenia ini adalah penyakit yang berbahaya dan harus dihindari. Hal inilah yang juga berimbas pada keluarga yang juga akan dihindari baik secara langsung maupun tidak atau secara diam-diam maupun terbuka. Hobfoll (dalam Niven, 2002), mengatakan bahwa kondisi stres seseorang akan dipermudah oleh situasi kehilangan, terancam kehilangan dari sumber-sumber, apakah personal, fisik, atau psikologis. Sebagaimana yang diungkapkan oleh Lazarus (2005), bahwa ancaman adalah penilaian subyektif yang potensial dari stresor.

Namun diantara semua keluarga masih mungkin terdapat keluarga yang mampu bangkit dari keterpurukan. Mereka mampu mengelola stresnya menjadi hal yang positif. Stres sebenarnya merupakan reaksi yang normal dan alamiah yang dirancang untuk melindungi, mempertahankan, dan meningkatkan kehidupan seseorang (Wiharsih, 2006). Sehingga mereka mampu kembali ke kondisi normal seperti sebelum terjadinya peristiwa.

Menurut Desmita (2008), resiliensi (daya lentur) adalah kemampuan atau kapasitas yang dimiliki seseorang, kelompok atau

masyarakat yang memungkinkan untuk menghadapi, mencegah, meminimalkan, bahkan menghilangkan dampak–dampak yang merugikan dari kondisi–kondisi yang tidak menyenangkan atau bahkan mengubah kondisi kehidupan yang menyengsarakan menjadi suatu hal yang wajar untuk diatasi bagi mereka yang resilien, resiliensi mengubah hidupnya menjadi lebih kuat, artinya resiliensi membuat seseorang berhasil menyesuaikan diri dalam berhadapan dengan kondisi–kondisi yang tidak menyenangkan, dan bahkan tekanan hebat yang dapat membuat depresi.

Revich dan Shatte (2002), memaparkan tujuh kemampuan dalam pembentukan resiliensi, yaitu regulasi emosi, pengendalian impuls, optimisme, *self efficacy*, analisis kasus, dan *reachingout*.

Namun resiliensi tidak hanya ditekankan pada hasil akhir yang positif dari kemampuan individu dalam mengatasi suatu peristiwa yang menekan dan berkembang secara positif, resiliensi juga harus dilihat secara utuh, mulai dari proses, hingga faktor-faktor yang berkontribusi dalam membentuk seseorang menjadi pribadi yang resilien.

Bandura juga menambahkan satu elemen kognitif penting ke dalam teorinya. *Self efficacy* adalah ekspektasi keyakinan (harapan) tentang seberapa jauh seseorang mampu melakukan satu perilaku dalam suatu situasi tertentu. *Self efficacy* yang positif adalah keyakinan untuk mampu melakukan perilaku yang dimaksud. Tanpa *self efficacy* (keyakinan tertentu yang sangat situasional). Menurut Bandura, *self efficacy* menentukan apakah kita akan menunjukkan perilaku tertentu, sekuat apa

kita bertahan saat menghadapi kesulitan atau kegagalan dan bagaimana kesuksesan atau kegagalan dalam satu tugas tertentu mempengaruhi perilaku kita dimasa depan. (Friedman dan Schustack, 2008). Sejalan dengan pengertian resiliensi yaitu dimana individu mampu bertahan dalam kesulitan dan mengubahnya agar tidak mempengaruhi perilaku kita dimasa depan.

Keyakinan resiliensi tentang *self efficacy* adalah hasil dari 4 jenis informasi, yaitu (1), pengalaman seseorang dalam melakukan perilaku yang diharapkan atau perilaku yang serupa (kesuksesan dan kegagalan di masa lalu). (2), melihat orang lain melakukan perilaku tersebut atau perilaku yang kurang lebih sama (*vicarious experience*). (3), persuasi verbal (bujukan orang lain yang bertujuan untuk menyemangati atau menjatuhkan performa). (4), apa perasaan seseorang atau individu tentang perilaku yang dimaksud (reaksi emosional). Dari empat informasi tersebut, pengalaman diri sendiri adalah sumber informasi penting. Selanjutnya secara berurutan ialah *vicarious experience*, persuasi verbal dan reaksi emosi emosional. Individu menggunakan empat sumber informasi tersebut untuk menentukan apakah individu kompeten melakukan perilaku tertentu. Hal ini adalah karakteristik kepribadian terpenting karena merupakan determinan utama perilaku seseorang atau individu (Friedman dan Schustack, 2008).