

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **A. Skizofrenia**

##### **1. Definisi Skizofrenia**

Cameron (dalam Gabbard, 1994) menyatakan bahwa Skizofrenia adalah serangkaian reaksi Skizofrenik, yang bersifat regresif sebagai usaha untuk menghindari diri dari berbagai tegangan dan kecemasan, dengan cara meninggalkan relasi objek interpersonalnya secara nyata dan semakin menunjukkan munculnya delusi dan halusinasi.

Sedangkan menurut DSM IV TR (APA, 2000) Skizofrenia adalah gangguan yang terjadi dalam durasi paling sedikit selama 6 bulan, dengan 1 bulan fase aktif simtom (atau lebih) yang diikuti munculnya delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisir, dan adanya perilaku yang katatonik serta adanya simtom negatif.

##### **2. Kriteria Diagnostik Skizofrenia**

Ada beberapa kriteria diagnostik Skizofrenia di dalam DSM IV TR (APA, 2000) antara lain :

- a. Karakteristik simtom : Terdapat dua (atau lebih) dari kriteria di bawah ini, masing-masing ditemukan secara signifikan selama periode satu bulan (atau kurang, bila berhasil ditangani) :

- a) Delusi (waham)
- b) Halusinasi
- c) Pembicaraan yang tidak terorganisasi (misalnya, topiknya sering menyimpang atau tidak berhubungan)
- 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).

Catatan : Hanya diperlukan satu simtom dari kriteria a, jika delusi yang muncul bersifat kacau (bizare) atau halusinasi terdiri dari beberapa suara yang terus menerus mengomentari perilaku atau pikiran pasien, atau dua atau lebih suara yang saling berbincang antara satu dengan yang lainnya.

- b. Ketidakberfungsian sosial atau pekerjaan : Untuk kurun waktu yang signifikan sejak munculnya onset gangguan, ketidakberfungsian meliputi satu atau lebih fungsi utama; seperti pekerjaan, hubungan interpersonal, atau perawatan diri, yang jelas di bawah tingkat yang dicapai sebelum onset (atau jika onset pada masa anak-anak atau remaja, adanya kegagalan untuk mencapai beberapa tingkatan hubungan interpersonal, prestasi akademik, atau pekerjaan yang diharapkan).

- c. Durasi : 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 termasuk pula 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).
- d. Di luar gangguan Skizoafektif dan gangguan Mood : Gangguan-gangguan lain dengan ciri psikotik tidak dimasukkan, karena :
- 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 residualnya.

- e. 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.
- f. Hubungan dengan perkembangan pervasif : Jika ada riwayat gangguan autistik atau gangguan perkembangan pervasif lainnya, diagnosis tambahan Skizofrenia dibuat hanya jika muncul delusi atau halusinasi secara menonjol untuk sekurang-kurangnya selama satu bulan (atau kurang jika berhasil ditangani)

### **3. Tipe – Tipe Skizofrenia**

Berdasarkan definisi dan kriteria diagnostik tersebut, Skizofrenia di dalam DSM IV TR (APA, 2000) dapat dikelompokkan menjadi beberapa subtipe, yaitu :

#### **a. Skizofrenia paranoid**

Tipe Skizofrenia yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a) Preokupasi dengan satu atau lebih delusi atau halusinasi dengar yang menonjol secara berulang-ulang.
- b) Tidak ada yang menonjol dari berbagai keadaan berikut ini : pembicaraan yang tidak terorganisasi, perilaku yang tidak terorganisasi

atau katatonik, atau afek yang datar atau tidak sesuai.

**b. Skizofrenia hebefrenik**

Tipe Skizofrenia yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a) Di bawah ini semuanya menonjol :
  - 1) Pembicaraan yang tidak terorganisasi
  - 2) Perilaku yang tidak terorganisasi
  - 3) Afek yang datar atau tidak sesuai
- b) Tidak memenuhi kriteria untuk tipe katatonik

**c. Skizofrenia katatonik**

Tipe Skizofrenia dengan gambaran klinis yang didominasi oleh sekurang - kurangnya dua hal berikut ini :

- a) Imobilitas motorik, seperti ditunjukkan adanya katalepsi (termasuk fleksibilitas lilin) atau stupor
- b) Aktivitas motorik yang berlebihan (tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulus eksternal)
- c) Negativisme yang berlebihan (sebuah resistensi yang tampak tidak adanya motivasi terhadap semua bentuk perintah atau mempertahankan postur yang kaku dan menentang semua usaha untuk menggerakkannya) atau mutism

- d) Gerakan-gerakan sadar yang aneh, seperti yang ditunjukkan oleh posturing (mengambil postur yang tidak lazim atau aneh secara disengaja), gerakan stereotipik yang berulang-ulang, manerism yang menonjol, atau bermuka menyeringai secara menonjol
- e) Ekolalia atau ekopraksia (pembicaraan yang tidak bermakna)

**d. Skizofrenia *Undifferentiated***

Tipe Skizofrenia yang memenuhi kriteria a, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk tipe paranoid, terdisorganisasi, dan katatonik.

**e. Skizofrenia Residual**

Tipe Skizofrenia yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a) Tidak adanya delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisasi, dan perilaku yang tidak terorganisasi atau katatonik yang menonjol B.
- b) Terdapat terus tanda-tanda gangguan, seperti adanya simtom negatif atau dua atau lebih simtom yang terdapat dalam kriteria a, walaupun ditemukan dalam bentuk yang lemah (misalnya, keyakinan yang aneh, pengalaman persepsi yang tidak lazim).

#### **4. Perjalanan Gangguan dan Prognosis Gangguan**

Untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam tentang perjalanan berkembangnya skizofrenia, perlu dimahaminya terlebih dahulu tentang keadaan masa lalu subjek. Oleh karena itu, peneliti tidak hanya akan mencari informasi tentang keadaan subjek di masa sekarang, namun juga tentang masa lalunya. Masa lalu subjek dapat tercermin dari keadaan dinamika keluarganya.

Pernyataan tersebut sesuai dengan pendapat Arif (2006) yang menyatakan bahwa ketika seseorang mendapatkan masalah di masa lalunya dan belum terselesaikan, seringkali hal itu akan menyebabkan distorsi di masa sekarang. Dengan demikian pengalaman masa lalu menjadi penghambat bagi perkembangan masa sekarang. Itulah yang dimaksud Freud tentang kondisi terfiksasi (*arrested development*), yaitu kondisi keterpakuan di masa lalu.

Perjalanan berkembangnya skizofrenia sangatlah beragam pada setiap kasus. Namun, secara umum melewati tiga fase utama, yaitu : fase prodromal, fase aktif simtom, dan fase residual (Kaplan & Sadock, 1997).

##### **a. Fase Prodromal**

Fase prodromal ditandai dengan deteriorasi yang jelas dalam fungsi kehidupan, sebelum fase aktif simtom gangguan, dan tidak disebabkan oleh gangguan afek atau

akibat gangguan penggunaan zat, serta mencakup paling sedikit dua simtom dari kriteria a pada kriteria diagnosis Skizofrenia. Awal munculnya Skizofrenia dapat terjadi setelah melewati suatu periode yang sangat panjang, yaitu ketika seorang individu mulai menarik diri secara sosial dari lingkungannya. Individu yang mengalami fase prodromal dapat berlangsung selama beberapa minggu hingga bertahun-tahun, sebelum gejala lain yang memenuhi kriteria untuk menegakkan diagnosis Skizofrenia muncul. Individu dengan fase prodromal singkat, perkembangan gejala gangguannya lebih jelas terlihat daripada individu yang mengalami fase prodromal panjang.

**b. Fase Aktif Simtom**

Fase aktif simtom ditandai dengan munculnya simtom-simtom skizofrenia secara jelas. Sebagian besar penderita gangguan skizofrenia memiliki kelainan pada kemampuannya untuk melihat realitas dan kesulitan dalam mencapai insight. Sebagai akibatnya episode psikosis dapat ditandai oleh adanya kesenjangan yang semakin besar antara individu dengan lingkungan sosialnya.

**c. Fase Residual**

Fase residual terjadi setelah fase aktif simtom paling sedikit terdapat dua simtom dari kriteria a pada kriteria



diagnosis Skizofrenia yang bersifat menetap dan tidak disebabkan oleh gangguan afek atau gangguan penggunaan zat. Dalam perjalanan gangguannya, beberapa pasien Skizofrenia mengalami kekambuhan hingga lebih dari lima kali. Oleh karena itu, tantangan terapi saat ini adalah untuk mengurangi dan mencegah terjadinya kekambuhan.

Kaplan & Sadock (1997) menyatakan bahwa penegakan prognosis dapat menghasilkan dua kemungkinan, yaitu prognosis positif apabila didukung oleh beberapa aspek berikut, seperti : onset terjadi pada usia yang lebih lanjut, faktor pencetusnya jelas, adanya kehidupan yang relatif baik sebelum terjadinya gangguan dalam bidang sosial, pekerjaan, dan seksual, fase prodromal terjadi secara singkat, munculnya gejala gangguan mood, adanya simtom positif, sudah menikah, dan adanya sistem pendukung yang baik.

Sedangkan prognosis negatif, dapat ditegakkan apabila muncul beberapa keadaan seperti berikut : onset gangguan lebih awal, faktor pencetus tidak jelas, riwayat kehidupan sebelum terjadinya gangguan kurang baik, fase prodromal terjadi cukup lama, adanya perilaku yang autistik, melakukan penarikan diri, statusnya lajang, bercerai, atau pasangannya telah meninggal,

adanya riwayat keluarga yang mengidap Skizofrenia, munculnya simtom negatif, sering kambuh secara berulang, dan tidak adanya sistem pendukung yang baik.

## ***B. Psychological Well Being***

### **1. Definisi *Psychological Well Being***

*Psychological Well Being* adalah suatu keadaan *wellness* yang merupakan manifestasi kesehatan mental (Jahoda, 1958). Kesehatan mental sendiri adalah sebuah istilah psikologis yang tidak mudah untuk didefinisikan. Menurut Jahoda (1958) ada tiga buah kriteria yang biasanya digunakan untuk menerangkan definisi sehat mental yaitu; tidak adanya penyakit mental, normalitas, dan keadaan *psychological well being*.

Menurut kriteria yang pertama, orang yang dianggap sehat mental adalah orang – orang yang tidak menunjukkan adanya gejala – gejala penyakit mental. Gejala – gejala penyakit mental dapat tampil antara lain; depresi, cemas, halusinasi atau kehilangan kontak dengan realitas.

Kriteria yang kedua adalah normalitas yang mencakup dua konsep normalitas yaitu normalitas sebagai konsep frekuensi statistic dan normalitas sebagai pandangan normative mengenai bagaimana orang – orang seharusnya bertingkah laku. Dalam konsep statistic, orang yang sehat mental adalah orang – orang yang bertingkah laku sama dengan orang pada umumnya. Bila

seseorang bertingkah laku berbeda dari kebanyakan orang, maka dianggap tidak sehat mental. Sedangkan dalam konsep normative, orang yang dianggap sehat mental adalah orang yang bertingkah laku sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat.

Kriteria kesehatan mental yang ketiga adalah *psychological well being* dimana para ahli berpikir bahwa kesehatan mental termanifestasi ke dalam *psychological well being*, suatu keadaan psikologis yang baik. *Psychological well being* ini kemudian diartikan ke dalam konsep – konsep yang berbeda. Karl Meninger (1947, dalam Jahoda, 1958) mendefinisikan sebagai kebahagiaan sama seperti pandangan Jones (1942, dalam Jahoda, 1958) dan Bradburn (dalam Ryff, 1989). Sedangkan Boehm (1955 dalam Jahoda, 1958) mendefinisikan sebagai kepuasan hidup.

Robinson, J.P & F.M Andrews (1991) mendefinisikan *psychological well being* sebagai evaluasi terhadap bidang – bidang kehidupan tertentu (misalnya evaluasi terhadap kehidupan keluarga, pekerjaan, masyarakat) atau dengan kata lain seberapa baik seseorang dapat menjalankan peran – perannya dan dapat memberikan peramalan yang baik terhadap *well being*.

Berdasarkan uraian di atas, disimpulkan oleh Ryff bahwa *psychological well being* berarti penilaian terhadap pencapaian potensi – potensi diri pada saat ini, yang dipengaruhi oleh pengalaman hidup dan harapan individu, dan hal yang penting untuk diperhatikan dalam *psychological well being* seseorang adalah

kepemilikan akan penerimaan terhadap diri sendiri, penguasaan lingkungan, otonomi, hubungan positif dengan orang lain, mempunyai tujuan, dan makna hidup serta mempunyai perasaan akan pertumbuhan dan perkembangan yang berkelanjutan (Ryff, 1989)

## **2. Dimensi – Dimensi *Psychological Well Being***

### **A. Penerimaan Diri (*Self Acceptance*)**

Menurut Ryff (1989) penerimaan diri merupakan ciri sentral dari konsep kesehatan mental dan juga merupakan karakteristik dari orang yang teraktualisasi diri, berfungsi secara optimal, dan matang. Individu yang dapat menerima dirinya sendiri adalah individu yang memiliki sikap positif terhadap diri sendiri mengakui dan menerima berbagai aspek diri termasuk kualitas baik dan buruk dan merasa positif tentang kehidupan yang dijalani. Sebaliknya individu yang dikatakan tidak dapat menerima dirinya dengan baik adalah individu yang merasa tidak puas dengan dirinya, kecewa dengan apa yang telah terjadi di masa lalu, merasa bermasalah dengan beberapa aspek tertentu dari kualitas pribadi, dan berharap menjadi seseorang yang berbeda dari dirinya sekarang (Ryff, 1989)

Sehingga dapat disimpulkan bahwa dimensi penerimaan diri dari *psychological well being* adalah:

- a) Mengakui dan menerima berbagai aspek dirinya ( baik positif maupun negative)
- b) Memiliki sikap positif terhadap diri sendiri
- c) Merasa positif terhadap kehidupan yang dijalani sekarang

**B. Hubungan Positif dengan Orang lain ( *Positive Relations With Others* )**

Beberapa kualitas yang dihubungkan dengan kemampuan membina hubungan positif dengan orang lain meliputi kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang hangat dan saling percaya, saling mengembangkan pribadi yang satu dengan yang lainnya, serta mampu menjalin persahabatan yang mendalam. Menurut Ryff (1989) dimensi ini berulang kali ditekankan dalam teori – teori yang digunakannya dalam menyusun konsep *well being*.

Individu yang memiliki hubungan yang positif dengan sesamanya diharapkan memiliki hubungan yang hangat, memuaskan, dan saling percaya dengan orang lain, peduli terhadap kesejahteraan orang lain, mampu berempati, berafeksi dan membina kedekatan, serta memahami perlunya memberi dan menerima dalam membina hubungan dengan orang lain.

Sementara itu, individu yang tidak memiliki hubungan positif dengan orang lain digambarkan memiliki sedikit hubungan yang dekat dan saling percaya dengan orang lain, sulit untuk bersikap hangat, terbuka, dan peduli terhadap orang yang terisolasi dan merasa tertekan dalam membina hubungan interpersonal, serta tidak bersedia berkompromi untuk mempertahankan ikatan yang penting dengan orang lain (Ryff, 1985).

Karena itu dapat disimpulkan bahwa taraf *psychological well being* seseorang dalam dimensi kemampuan menjalin relasi dengan orang lain dapat dilihat dari sejauh mana ia:

- a) Memiliki hubungan hangat, memuaskan, saling percaya dengan manusia lain
- b) Memiliki kepedulian terhadap kesejahteraan manusia lain
- c) Mampu membina hubungan yang empatik, afektif, dan intim yang kuat dengan manusia lain
- d) Saling memberi dan menerima dalam hubungan dengan manusia lain

### **C. Otonomi (*Autonomy*)**

Dimensi otonomi meliputi kualitas – kualitas seperti penentuan diri (*self determination*), kemandirian,

pengendalian perilaku dari dalam diri, dan peran locus internal dalam mengevaluasi diri meskipun kondisi eksternal dapat mempengaruhi namun tidak bertindak sebagai penentu akhir dari keputusan yang diambil (Ryff,1989). Jahoda(1958) mengatakan bahwa otonomi melibatkan kemampuan dalam mengambil keputusan dan melibatkan dua aspek, yaitu memiliki standart nilai untuk bertingkah laku dan kemampuan bertingkah laku secara mandiri.

Lebih lanjut, Maslow (dalam Jahoda, 1958) mengatakan bahwa individu yang otonom adalah individu yang mandiri dan dapat membuat keputusan sendiri, dapat menolak tekanan dari lingkungan untuk berpikir dan bertingkah laku dengan cara tertentu, mengatur perilakunya dalam diri, mengevaluasi diri berdasarkan standar pribadi dan sejauh mana individu mempertahankan rasa hormat terhadap dirinya. Juga mencakup kemampuan untuk membedakan antara aspek – aspek yang ingin diterima dan yang tidak ingin diterima. Jadi dalam kehidupan sehari – hari individu yang otonom mampu memutuskan situasi dimana ia akan conform atau tidak conform pilihan untuk conform pun didasari atas pilihannya sendiri yang otentik. Pendapat orang lain dapat dijadikan pertimbangan tetapi ia sendiri yang memutuskan keputusan terakhir.

Individu yang dikatakan tidak otonom adalah individu yang memperhatikan pengharapan dan evaluasi orang lain, bergantung pada penilaian orang lain dalam membuat keputusan, menyesuaikan diri terhadap tekanan sosial dalam berpikir dan bertindak laku (Ryff, 1989)

Dapat disimpulkan bahwa taraf *psychological well being* individu dalam dimensi otonomi tercermin dari sejauh mana individu tersebut:

- a) Mampu mengarahkan diri dan bersikap mandiri
- b) Memiliki patokan (standar personal) bagi perilakunya
- c) Mampu bertahan terhadap tekanan sosial untuk berpikir dan bertindak dengan cara tertentu

#### **D. Penguasaan Lingkungan (*Enviromental Mastery*)**

Beberapa kualitas yang tercakup dalam dimensi ini meliputi kemampuan individu untuk memilih atau menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kondisinya, berpartisipasi dalam lingkungan di luar dirinya, mengontrol dan memanipulasi lingkungan yang kompleks, serta kemampuan untuk mengambil keuntungan dari kesempatan di lingkungan (Ryff, 1989). Dengan kata lain, dimensi ini melihat kemampuan individu dalam



menghadapi berbagai kejadian di luar dirinya dan mengaturnya sesuai dengan keadaan dirinya sendiri.

Individu yang mampu menguasai lingkungannya adalah individu yang memiliki penguasaan dan kompetensi dalam mengatur lingkungannya, dapat mengendalikan situasi eksternal yang kompleks, dapat menggunakan kesempatan di lingkungan secara efektif serta mampu memilih atau menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai pribadinya (Ryff,1989)

Sebaliknya, individu yang dikatakan tidak memiliki penguasaan terhadap lingkungannya adalah individu yang mengalami kesulitan dalam mengatur urusan sehari – hari, merasa tidak mampu untuk mengubah atau meningkatkan lingkungannya, serta kurang memiliki kendali terhadap dunia eksternalnya (Ryff, 1989)

Jadi taraf *psychological well being* individu dalam dimensi penguasaan lingkungan dapat tercermin dari sejauh mana ia:

- a) Mampu mengelola dan mengontrol berbagai aktifitas eksternal
- b) Mampu memanfaatkan secara efektif setiap kesempatan yang ada

- c) Mampu memilih atau menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai pribadi
- d) Memiliki kompetensi dalam mengelola lingkungan

#### **E. Tujuan Hidup (*Purpose in Life*)**

Individu yang dianggap baik dalam dimensi ini adalah individu yang memiliki tujuan dan arah dalam hidup, merasa bahwa kehidupan di masa lalu dan masa sekarang memiliki makna serta memegang keyakinan yang memberikan tujuan dalam hidup. Sebaliknya, individu yang dikatakan tidak memiliki tujuan hidup ditandai dengan karakteristik sebagai berikut; kurang memahami makna hidup, tidak dapat melihat tujuan dari kehidupan di masa lampau, tidak memiliki keyakinan yang dapat memberikan makna dalam hidup (Ryff, 1989)

Sehingga dapat disimpulkan, taraf *psychological well being* seseorang dalam dimensi tujuan hidup tercermin dari sejauh mana ia:

- a) Memiliki pemahaman yang jelas mengenai tujuan hidup
- b) Memiliki makna terhadap hidup sekarang dan masa lalu

#### **F. Pertumbuhan Pribadi (*Personal Growth*)**

Ryff mengatakan bahwa *optimal psychological functioning* sebagai suatu bentuk tendensi pengembangan potensi, untuk tumbuh dan berkembang sebagai pribadi. Dikatakan pula oleh Rogers bahwa pribadi yang berfungsi sepenuhnya memiliki keterbukaan pada pengalaman (*openness to experience*). Individu yang terbuka pada pertimbangan – pertimbangan sebelumnya yang mungkin kurang benar. Pribadi yang berfungsi sepenuhnya senantiasa berkembang dan tidak puas hanya pada kondisi tetap dimana semua masalah sudah berhasil terselesaikan (Ryff, 1989).

Untuk mencapai fungsi psikologis yang optimal, individu perlu memiliki aspek – aspek pertumbuhan pribadi yang baik. Individu yang dinilai baik dalam dimensi pertumbuhan pribadi adalah individu yang mempunyai keinginan untuk terus berkembang, mampu melihat dirinya sebagai sesuatu yang terus bertumbuh dan berkembang, terbuka terhadap pengalaman yang baru, memiliki keinginan untuk merealisasikan potensinya, serta dapat melihat kemajuan dalam diri dan perilakunya dari waktu ke waktu.

Sedangkan individu yang dinilai kurang baik dalam dimensi pertumbuhan pribadinya merasa bahwa dirinya

mengalami stagnasi, kurang merasa berkembang dari waktu ke waktu, merasa bosan dan tidak tertarik dengan kehidupannya, serta merasa tidak mampu untuk membentuk sikap atau perilaku yang baru (Ryff, 1989).

Dengan demikian taraf *psychological well being* dalam dimensi pertumbuhan pribadi dapat tercermin dari sejauh mana ia:

- a) Memiliki perasaan akan perkembangan yang berkelanjutan
- b) Terbuka terhadap pengalaman
- c) Merealisasikan potensi yang dimiliki
- d) Menyadari potensi, melihat kemajuan diri dan tingkah laku setiap saat
- e) Pemahaman diri dan efektifitas hidup yang semakin baik

### **3. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi *Psychological Well Being***

#### **A. Demografis**

Melalui penelitian yang telah dilakukan oleh Ryff & Singer menemukan bahwa faktor – faktor demografis seperti usia, jenis kelamin, budaya dan kelas sosial ekonomi mempengaruhi perkembangan *psychological well being* seseorang.

- a) Usia

Ryff dan Singer (1996) menemukan adanya perbedaan *psychological well being* pada tiga kelompok umur yaitu dewasa muda, dewasa menengah dan dewasa akhir, khususnya pada dimensi penguasaan lingkungan, dimensi pertumbuhan pribadi, dimensi tujuan hidup dan dimensi otonomi.

Dalam dimensi penguasaan lingkungan terlihat profil meningkat seiring dengan pertambahan usia. Semakin bertambah usia seseorang, ia semakin mengetahui kondisi yang terbaik bagi dirinya. Oleh karenanya, ia semakin dapat pula mengatur lingkungannya menjadi yang terbaik sesuai dengan keadaan dirinya (Ryff, 1989).

Dibandingkan dengan individu yang berada dalam kelas dewasa muda, individu yang berada dalam usia menengah memiliki skor *psychological well being* yang lebih tinggi dalam dimensi penguasaan lingkungan dan dimensi otonomi. Sedangkan seseorang yang berada dalam usia dewasa akhir memiliki skor *psychological well being* yang lebih rendah dalam dimensi keterampilan

hidup dan dimensi pertumbuhan pribadi (Ryff, 1989).

Satu – satunya dimensi yang tidak memperhatikan adanya perbedaan seiring dengan penambahan usia adalah dimensi penerimaan diri (Ryff & Keyes, 1995)

b) Jenis Kelamin

Ditemukan bahwa secara umum tingkat *psychological well being* pria dan wanita hampir sama namun wanita lebih tinggi pada dimensi hubungan positif dengan orang lain. Kelima dimensi lainnya tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan antara pria dan wanita. Tingkat *psychological well being* lebih tinggi baik pada pria maupun wanita yang berpendidikan dan mempunyai pekerjaan yang baik (Ryff & Singer, 1998 dalam Papalia, 2002).

c) Kelas Sosial Ekonomi

Menurut Ryff dan Singer (1996), dimensi tujuan hidup dan dimensi pertumbuhan pribadi lebih tinggi pada kelompok berpendidikan tinggi dari pada kelompok berpendidikan rendah. *Psychological well being* yang tinggi juga

ditemukan pada mereka yang memiliki status pekerjaan yang tinggi. Adanya pendidikan dan status pekerjaan yang baik memberikan ketahanan dalam menghadapi stress, tantangan dan kesulitan hidup. Sebaliknya, dengan kurangnya pendidikan dan pekerjaan yang baik menimbulkan kerentanan terhadap timbulnya gangguan *psychological well being*.

d) Budaya

Ryff dan Singer (1996) menemukan adanya perbedaan *psychological well being* antara budaya Barat dengan budaya Timur. Dimensi yang lebih berorientasi pada diri seperti penerimaan diri dan dimensi otonomi lebih menonjol dalam konteks budaya Barat yang lebih bersifat individualistik. Sedangkan dimensi yang berorientasi pada orang lain seperti hubungan positif dengan orang lain lebih menonjol pada budaya Timur yang dikenal lebih kolektif dan saling tergantung. Hal ini dibuktikan melalui penelitian pada sampel Amerika Serikat (Barat) yang dibandingkan dengan sampel Korea Selatan (Timur).

Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa pada sampel orang Korea, dimensi hubungan positif dengan orang lain mendapatkan penilaian tertinggi, sedangkan penilaian terendah diberikan pada dimensi penerimaan diri dan dimensi pertumbuhan pribadi. Sedangkan pada sampel orang Amerika, dimensi pertumbuhan pribadi mendapatkan nilai tertinggi, khususnya pada wanita, sementara dimensi otonomi mendapat penilaian terendah, sangat kontras dengan budaya yang menekankan *self determination*.

Namun secara umum, variable – variable ini hanya berperan sedikit dalam variasi keadaan *psychological well being* seseorang (hanya sekitar 3 – 24%) dari keseluruhan factor – factor yang menentukan *psychological well being* seseorang. Dengan demikian, factor – factor demografis ini tidak terlalu signifikan dalam menentukan kesejahteraan psikologis seseorang (Ryff, 1989).

## **B. Kepribadian**

Schutte dan Ryff (1997 dalam Ryan & Deci, 2001) telah melakukan penelitian mengenai hubungan antara lima tipe kepribadian (*the big five traits*) dengan



dimensi – dimensi *psychological well being*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa individu yang termasuk dalam kategori *extraversion*, *conscientiousness*, dan *low neuroticism* mempunyai skor tinggi pada dimensi penerimaan diri, penguasaan lingkungan dan keterarahan hidup. Individu yang termasuk dalam kategori *openness to experience* mempunyai skor tinggi pada dimensi pertumbuhan pribadi; individu yang termasuk dalam kategori *agreeableness* dan *extraversion* mempunyai skor tinggi pada dimensi hubungan positif dengan orang lain dan individu yang termasuk kategori *low neuroticism* mempunyai skor tinggi pada dimensi otonomi.

### C. **Religiulitas**

Penelitian Koenig, Kvale dan Ferrel (1998 dalam Papalia, 2002) menunjukkan bahwa individu yang tingkat religiusnya tinggi mempunyai sikap yang lebih baik, lebih merasa puas dalam hidup dan hanya sedikit mengalami rasa kesepian. Hal ini didukung oleh penelitian Coke, 1992; Walls & Zarit, 1991 (dalam Papalia, 2002) yang menunjukkan bahwa individu yang merasa mendapatkan dukungan dari tempat peribadatan mereka cenderung mempunyai tingkat *psychological well being* yang tinggi. Sehingga para ahli menyimpulkan bahwa religiusitas

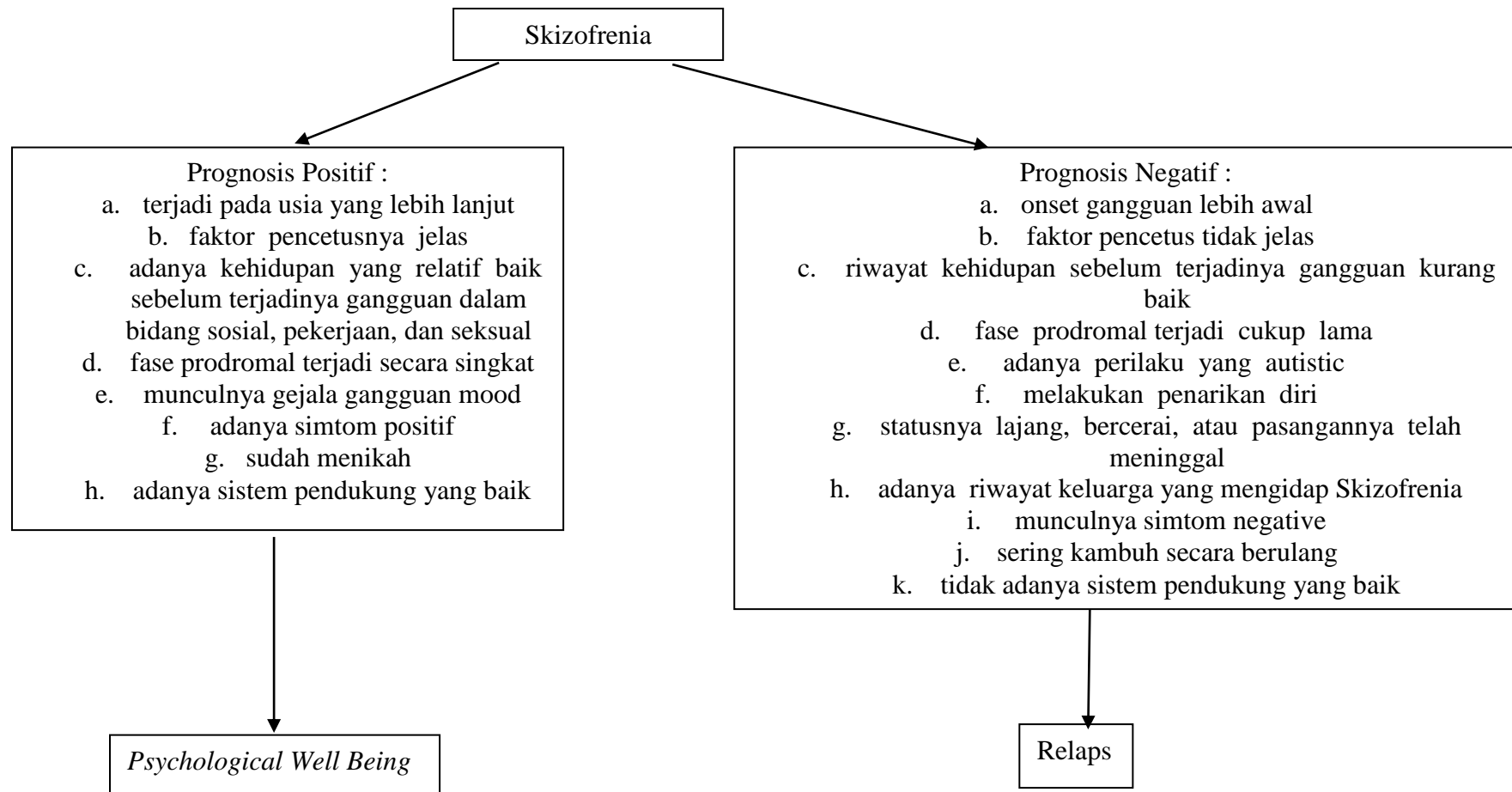
mempunyai hubungan yang kuat dengan *psychological well being* (Papalia, 2002)

#### **D. Dukungan Sosial**

Dukungan sosial dapat membantu perkembangan pribadi yang lebih positif ataupun memberi support pada individu dalam menghadapi masalah hidup sehari – hari. Ryff (1995 dalam Hoyer, 2002) mengatakan bahwa pada enam dimensi *psychological well being*, wanita memiliki skor yang lebih tinggi pada dimensi hubungan positif dengan orang lain daripada pria. Hal ini menunjukkan bahwa dukungan sosial merupakan salah satu factor yang penting terhadap *psychological well being* wanita. Pada individu dewasa, semakin tinggi tingkat interaksi sosialnya semakin tinggi pula tingkat *psychological well being*nya, sebaliknya individu yang tidak mempunyai teman dekat cenderung mempunyai tingkat *psychological well being* yang rendah (Kramer, 1997 dalam Hoyer, 2003).

### C. Kerangka Teoritik

**Gambar 1 Kerangka Teoritik**



Dalam penelitian ini adalah seorang penderita skizofrenia yang sedang rawat jalan yang diduga memiliki prognosis yang positif dengan beberapa aspek yaitu onset terjadi pada usia yang lebih lanjut, faktor pencetusnya jelas, adanya kehidupan yang relatif baik sebelum terjadinya gangguan dalam bidang sosial, pekerjaan, dan seksual, fase prodromal terjadi secara singkat, munculnya gejala gangguan mood, adanya simtom positif, sudah menikah, dan adanya sistem pendukung yang baik.

Ketika seorang penderita skizofrenia keluar dari Rumah Sakit Jiwa dalam kondisi prognosis positif bila dihadapkan pada lingkungan yang dimana masyarakat memiliki stigma – stigma negative terhadap penderita skizofrenia, penderita itu sendiri akan tetap bertahan dan akan munculnya *psychological well being* sebaliknya bila seorang penderita keluar dari Rumah Sakit Jiwa dalam kondisi prognosis bila dihadapkan masyarakat yang memiliki stigma negative terhadap penderita skizofrenia akan memungkinkan penderita untuk kambuh (*Relaps*).

*psychological well being* merupakan penilaian terhadap pencapaian potensi – potensi diri pada saat ini, yang dipengaruhi oleh pengalaman hidup dan harapan individu. *Psychological Well-Being* ini sangat erat kaitannya dengan kebahagiaan seseorang. Kebahagiaan ini mencakup beberapa hal, seperti: kemampuan untuk mampu merealisasikan potensi dirinya secara kontinu, maupun menerima diri apa adanya, mampu membentuk hubungan yang hangat dengan orang lain, memiliki

kemandirian terhadap tekanan sosial, memiliki arti dalam hidup, serta mampu mengontrol lingkungan eksternal (Sugianto, 2000).