

# Penerapan *Social Support* untuk meningkatkan Kemandirian pada penderita Skizofrenia.

## *Social Support Intervention To Increase Self-Reliance of Patients With Schizophrenia*

Arif Tri Setyanto, Nurul Hartini, Ilham Nur Alfian

Program Magister Profesi Psikologi  
Universitas Airlangga

### ABSTRAK

Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang tergolong berat. Skizofrenia merupakan suatu gangguan psikotik terutama ditandai oleh adanya gangguan pikiran, emosi, dan perilaku antara lain kekacauan pikiran, dimana ide-idenya tidak memiliki hubungan yang logis. Kekacauan persepsi dan perhatian, aktifitas motorik yang ganjil, serta emosi yang dangkal dan tidak wajar. Gejala karakteristik skizofrenia meliputi tidak berfungsinya kemampuan kognitif emosional yang meliputi persepsi, pikiran yang cenderung menarik diri, bahasa dan komunikasi, perilaku yang termonitor oleh kesadaran, kelancaran bahasa, kapasitas hedonis, kemauan dan drive, serta perhatian.

Fakta di lapangan menunjukkan bahwa dalam proses penyembuhannya para penderita skizofrenia hampir tidak bisa lepas dengan terapi medikasi (obat-obatan). Sementara perlakuan terhadap penderita skizofrenia dalam dekade ini terlalu menitikberatkan pada medikasi antipsikotik yang seringkali kurang dapat menawarkan pemulihan sosial (Carson, 2000 dalam Schwarzer dan Schulz, 2002), sehingga pemberian terapi medis saja tidaklah cukup bagi penderita skizofrenia. Sehubungan dengan permasalahan tersebut, maka diperlukan adanya suatu penanganan yang holistik untuk membantu penderitanya.

Dalam kajian ini, intervensi ditujukan pada penderita skizofrenia dengan menggunakan suatu bentuk *social support*. Subyek dalam penelitian ini adalah laki-laki berusia 54 tahun, sudah berkeluarga, dan posisi sebagai kepala keluarga. Ia telah menjalani perawatan medis kurang lebih dua puluh tahun, adapun kondisinya saat ini sudah mengalami kemajuan setelah mendapatkan perawatan medis dibanding kondisi sebelumnya. Namun, masih ada permasalahan dalam kemandiriannya khususnya dalam *Activity daily living (Adl)*. Intervensi dengan bentuk *social support* bertujuan untuk meningkatkan kemandirian penderita. Pelaksanaan kegiatan intervensi *social support* dilaksanakan dalam tiga tahap kegiatan, yaitu: (1) Membangun rapport & kepercayaan antara peneliti, anak subyek dan subyek. (2) Melatih kemandirian subyek dengan memberikan tugas-tugasnya secara mandiri. (3) Meningkatkan rasa kemandirian subyek dalam bentuk pemberian *social support*, diantaranya berupa pemberian (informasi, nasehat, motivasi, dan sebagainya).

Hampir keseluruhan serangkaian kegiatan program intervensi *social support* berjalan dengan cukup berhasil. Hal ini ditandai dengan subyek semakin termotivasi untuk melakukan aktifitasnya dibanding sebelum pelaksanaan intervensi. Subyek mengutarakan perasaannya ketika ia mendapatkan perhatian dari orang-orang di sekitarnya ia merasa lebih dihargai serta diperhatikan dan kemudian muncul motivasi dalam mengerjakan tugas-tugasnya.

**Kata Kunci:** *social support*, kemandirian, skizofrenia

---

## PENDAHULUAN

---

Skizofrenia merupakan salah satu dari gangguan mental klasifikasi berat dan kronik (psikotik) yang menjadi beban utama pelayanan kesehatan jiwa di Indonesia sampai saat ini.

Penderita skizofrenia menjadi beban tidak hanya bagi keluarga, masyarakat, dan negara karena penderita skizofrenia adalah orang-orang yang berada dikisaran usia produktif. Dari 220 juta jiwa penduduk Indonesia, dengan prevalensi penderita skizofrenia di Indonesia

sebesar 0,3-1 persen maka diperkirakan sekitar 2 juta orang menderita skizofrenia. Karena ciri pokok keruntuhan fungsi dan peran itu sehingga penderita menjadi tidak produktif dan harus ditanggung hidupnya selamanya oleh sanak keluarga, masyarakat atau pemerintah.

Skizofrenia disebabkan oleh beberapa hal yang multikompleks, seperti ketidakseimbangan neurotransmitter di otak, faktor edukasi dan perkembangan mental sejak masa anak, stressor psikososial berat yang menumpuk, dengan sifat perjalanan penyakit yang progresif, cenderung menahun (kronik), eksaserbasif (kumat-kumatan) sehingga terkesan penderita tidak bisa disembuhkan seumur hidup. (Wicaksana, 2000).

Penderita skizofrenia umumnya tidak bisa pulih kembali seratus persen, seperti kondisi sebelumnya. Karena itu skizofrenia tidak hanya menimbulkan penderitaan bagi individu penderitanya, tetapi juga bagi orang-orang terdekatnya. Biasanya, keluarga yang paling terkena dampak dari kehadiran seorang penderita skizofrenia di keluarga mereka. Penderita skizofrenia membutuhkan perhatian masyarakat, terutama dari keluarganya. Selain biaya perawatan tinggi, hampir 70 persen penderita adalah pasien di Rumah Sakit Jiwa secara menahun. Akibatnya, kehadiran penderita cenderung dirasakan sebagai beban keluarganya (Darmadi, 2000).

Penderita skizofrenia memerlukan penanganan medis untuk menyembuhkan penyakitnya, meskipun seratus persen tidak bisa kembali normal. Terapi medis dengan menggunakan obat-obatan dapat menetralkan

gejala-gejala akut skizofrenia seperti tingkah laku kacau, gaduh gelisah, waham, halusinasi pendengaran, inkoherensi, maupun menghilangkan gejala-gejala negatif (kronik) seperti autistik (pikiran penuh fantasi dan tak terarah), perasaan tumpul, dan gangguan dorongan kehendak (Wicaksana, 2000).

Di lain sisi, perlakuan terhadap skizofrenia dalam dekade ini terlalu menitikberatkan pada medikasi antipsikotik yang seringkali kurang dapat menawarkan pemulihan sosial (Carson, 2000, dalam Schwarzer dan Schulz, 2002). Oleh karenanya diperlukan pendekatan psikososial dalam menangani masalah ini, seperti terapi keluarga, psikoterapi individual, pelatihan ketrampilan sosial dan perlakuan komunitas. Dengan melihat fakta di lapangan sampai saat ini masih jarang penggunaan model psikoterapi untuk membantu kesembuhan dan meningkatkan kemampuan yang dimiliki penderita skizofrenia, sehingga sudah saatnya sekarang psikoterapi lebih ditekankan pada peningkatan kemampuan penderita dalam menghadapi stres kehidupan, meningkatkan kemampuan sosial (*social skill training*) serta intervensi pada keluarga (Irmansyah, 2002). Dalam kasus ini subyek penelitian adalah seorang laki-laki dengan usia 54 tahun, mantan pegawai Perseroan Terbatas Perkebunan Negara (P.T.P.N.) di Surabaya, sudah menikah dan memiliki empat orang anak, tiga laki-laki dan satu perempuan, namun anak yang nomor tiga sudah meninggal. Subyek adalah anak sulung dari 6 bersaudara. Pertama kali ia mengalami gejala skizofrenia pada saat subyek berusia

kurang lebih 30 th, ia sering mengalami halusinasi (sering muncul bisikan-bisikan dari ruh nenek moyang, pejabat tinggi, hingga teman kerja subyek yang telah meninggal) sering melamun, bicara sendiri dan puncaknya subyek berperilaku agresif, dengan marah-marah, membentak hingga memukul atau membanting sesuatu.

Subyek menjalani proses penyembuhan dengan keluar masuk di Rumah Sakit. Pertama kali ia diperiksa di Klinik Jiwa Dharma Mulia Surabaya selama kurang lebih satu minggu, kemudian berobat di Rumah Sakit Karang menjangan. Pada tahun 2003 dimasukkan ke Rumah Sakit Jiwa Lawang selama kurang lebih satu setengah bulan, setelah kondisinya membaik ia kembali ke rumah. Pada tahun 2004 subyek kambuh lagi, kemudian dimasukkan ke Rumah Sakit Jiwa Menur selama 5 minggu, karena dirasa tidak ada kemajuan akhirnya subyek di rujuk ke Rumah Sakit Jiwa Lawang. Di sana ia lebih terlihat kemajuannya, ia merasa lebih baik, dan tidak agresif (marah atau mengamuk). Subyek di rawat di Rumah Sakit Jiwa Lawang selama 3 kali yaitu pada tahun 2003, 2004 dan 2005, dan hingga sekarang ini ia masih terus mengkonsumsi obat setiap hari 2X (pagi&sore), kemudian setiap satu bulan sekali subyek datang ke Rumah Sakit Jiwa Lawang untuk kontrol sekaligus mengambil obat. Dengan mempertimbangkan kelebihan dan kekurangan subyek maka penanganan pada kasus ini difokuskan pada peningkatan kemandirian dalam melakukan tugasnya sehari-hari (*activity daily living*). Intervensi secara medik tetap rutin dijalankan demi

menjagakesehatan dan kestabilan subyek. Sebagai penunjang proses kesembuhan penderita diperlukan beberapa model intervensi yang mendukung. Adapun salah satu metode yang digunakan adalah dengan model *social support*. Dimana bentuk *social support* yang paling dekat dengan penderita skizofrenia adalah *social support* yang diberikan oleh keluarga pasien sendiri sebagai *caregiver*, yang didalamnya mencakup seluruh anggota keluarga (suami atau istri dan anak-anak). *Social support* merupakan suatu bentuk dukungan yang diberikan pada individu untuk meyakinkan bahwa mereka dihargai, dihormati dan dicintai, dimana semua hal itu untuk mengatasi berbagai tekanan serta tantangan hidup sehari-hari. *Social support* merupakan bentuk interaksi sosial yang dapat berwujud dalam berbagai bentuk atau cara, baik psikologis maupun fisik yang kesemuanya terjadi karena adanya jaringan sosial seperti hubungan teman, hubungan keluarga, juga hubungan kerabat. *Social support* bisa diperoleh dari sumber-sumber formal yaitu dari suatu badan yang menangani masalah kesehatan jiwa yang berupa sebuah instansi resmi baik dari pihak swasta maupun negeri, maupun sumber informal yaitu dari pihak yang non-resmi dalam menangani masalah kesehatan jiwa namun turut menjadi andil bagi individu yang membutuhkan. Adapun sumber informal *social support* yang sangat penting bisa didapatkan dari keluarga yaitu orang tua, pasangan dan kerabat lainnya. Sumber yang lain diantaranya teman, partner, teman kerja, teman sejawat dan tetangga. Sementara *social support* formal bersumber dari

pelayanan-pelayanan kesehatan seperti *self-help group*, pusat informasi dan komunitas pelayanan formal lainnya. (Schwarzer & Buchwald, 2002).

*Social support* diyakini mampu memberikan pengaruh yang kuat terhadap kesehatan melalui mekanisme yang berbeda. *Social support* memiliki pengertian sebagai pelengkap jaringan sosial yang secara psikologi bersumber pada kemampuan seseorang untuk mengatasi stres kehidupan. Adapun didalamnya dibedakan menjadi tiga sumber *social support* yaitu: *Instrumental support*, sebagai contoh: bantuan keuangan atau bantuan untuk mengerjakan pekerjaan sehari-hari. *Informational support*, yaitu mengenai informasi relevan yang fokus untuk menolong seseorang atas masalah-masalah yang menghadangnya. Salah satu contohnya dapat berupa bimbingan atau *guidance*. Dan yang ketiga adalah *Emotional support*, seperti ekspresi empati, peduli, kepercayaan, kesediaan untuk mendengar keluhan serta memberikan cara mengatasinya (House & Kahn, 1985, dalam Cohen, 2004).

Adapun alasan penggunaan intervensi dengan model *Social support* pada kasus ini dikarenakan beberapa pertimbangan. *Pertama*, subyek sudah menjalani pengobatan medis di Rumah Sakit Jiwa dengan rentang waktu yang cukup lama, yaitu kurang lebih sekitar 5 tahun. Pada rentang waktu tersebut perkembangan kesehatan subyek menunjukkan arah kemajuan. Hal ini ditandai antara lain dengan subyek sudah semakin jarang mengalami halusinasi ataupun waham, berkurangnya tingkat agresifitas (seperti marah-

marah dan membanting barang-barang), serta meningkatnya kemampuan berkomunikasi dan interaksi dengan orang lain. *Kedua*, saat ini subyek sudah menjalani aktifitasnya seperti saat dahulu sebelum ia sakit dengan bekerja sebagai pelayan toko, meskipun pada saat bekerja subyek masih perlu mendapatkan pendampingan oleh anak dan teman kerja subyek. Ini disebabkan dalam melakukan tugas-tugasnya kemandirian (dalam memenuhi kebutuhan dirinya sendiri, seperti: mencuci, menyeterika pakaian) atau *Adl (activity daily living)* yang dimilikinya masih tergolong rendah. Jadi dengan mempertimbangkan keadaan, kemampuan dan kelemahan subyek saat ini model intervensi yang dapat diusulkan untuk subyek salah satunya dengan bentuk pemberian *social support*.

Dalam pelaksanaannya, *social support* ini melibatkan beberapa pihak antara lain anak dan teman kerja subyek yang sebelumnya sudah didiskusikan dengan peneliti mengenai teknis pelaksanaannya, sehingga subyek selalu mendapatkan monitoring pada saat subyek melakukan aktifitas apapun, khususnya dalam melakukan aktifitasnya sehari-hari yang biasa ia kerjakan. Adapun bentuk pemberian *social support* didalamnya dapat berupa: pujian, nasehat, arahan, informasi, dorongan semangat dan sebagainya, sehingga pada akhirnya *social support* yang diberikan kepada subyek dapat berpengaruh dalam meningkatkan rasa kemandiriannya.

Berdasarkan latar belakang sebagaimana yang telah diuraikan diatas, maka permasalahan

yang hendak dikaji dalam kajian ini dirumuskan dalam pertanyaan: "Bagaimana efektifitas penggunaan *Social support* untuk meningkatkan kemandirian pada penderita skizofrenia?".

---

## DASAR TEORI

---

Berdasarkan DSM IV-TR, skizofrenia dijelaskan sebagai suatu gangguan psikotik yang terutama ditandai oleh adanya gangguan pikiran, emosi, dan perilaku antara lain kekacauan pikiran, dimana ide-idenya tidak memiliki hubungan yang logis. Kekacauan persepsi dan perhatian, aktifitas motorik yang ganjil, serta emosi yang dangkal dan tidak wajar. (DSM IV-TR,2000). Penderita cenderung menarik diri dari realitas dan pergaulan sosial, serta memiliki kehidupan fantasi sendiri yang umumnya berkaitan dengan waham atau halusinasi yang diderita. (Davison&Neale,1996).

Emil Kraepelin (1856-1926) menyebutnya dengan istilah "dementia praecox". Istilah dementia praecox berasal dari bahasa Latin "dementis" dan "precocius", mengacu pada situasi dimana seseorang mengalami kehilangan atau kerusakan kemampuan-kemampuan mentalnya sejak dini. Menurut Kraepelin, "dementia praecox" merupakan proses penyakit yang disebabkan oleh penyakit tertentu dalam tubuh. Dementia praecox meliputi hilangnya kesatuan dalam pikiran, perasaan, dan tingkah laku. Penyakit ini muncul pada usia muda dan ditandai oleh kemampuan-kemampuan yang menurun yang akhirnya menjadi disintegrasi kepribadian yang kompleks. Gambaran Kraepelin tentang

"demensia precoks" ini meliputi pola-pola tingkah laku seperti delusi, halusinasi, dan tingkah laku yang aneh (Rathus, et al., 1991 dalam Kaplan,1996).

### I. Skizofrenia

#### I.1. Pengertian Skizofrenia

Skizofrenia termasuk dalam salah satu gangguan mental yang disebut psikosis. Pasien psikotik tidak dapat mengenali atau tidak memiliki kontak dengan realitas. Berikut merupakan beberapa gejala psikotik yang utama (DSM IV-TR,2000).

##### 1. Delusi (waham)

Suatu delusi (waham) adalah suatu keyakinan yang salah yang tidak dapat dijelaskan oleh latar belakang budaya pasien ataupun pendidikannya; pasien tidak dapat diyakinkan oleh orang lain bahwa keyakinannya salah, meskipun banyak bukti kuat yang dapat diajukan untuk membantah keyakinan pasien tersebut. Ada beberapa macam delusi:

- a. *Grandeur* (waham kebesaran) Pasien yakin bahwa mereka adalah seseorang yang sangat luar biasa, misalnya seorang artis terkenal, atau seorang nabi atau bahkan merasa dirinya Tuhan.
- b. *Guilt* (waham rasa bersalah) Pasien merasa bahwa mereka telah melakukan dosa yang sangat besar.
- c. *Ill Health* (waham penyakit) Pasien yakin bahwa mereka mengalami penyakit yang sangat serius.
- d. *Jealousy* (waham cemburu) Pasien yakin bahwa pasangan mereka telah berlaku tidak setia.

- e. *Passivity* Pasien yakin bahwa mereka dikendalikan atau dimanipulasi oleh berbagai kekuatan dari luar, misalnya suatu pancaran sinyal radio makhluk Mars.
- f. *Persecution* (waham kejar) Pasien merasa mereka dikejar-kejar oleh pihak-pihak tertentu yang ingin mencelakainya.
- g. *Poverty* (waham kemiskinan) Pasien takut mereka mengalami kebangkrutan, dimana pada kenyataannya tidak demikian.
- h. *Reference* (waham rujukan) Pasien merasa mereka dibicarakan oleh orang lain secara luas. Misalnya menjadi pembicaraan masyarakat atau disiarkan di televisi.

## 2. Halusinasi

Halusinasi adalah persepsi sensorik yang salah dimana tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitan dengannya. Halusinasi dapat berwujud penginderaan kelima indra yang keliru, tetapi yang paling sering adalah halusinasi dengar (auditori) dan halusinasi penglihatan (visual).

Macam-macam halusinasi :

- a. *Auditory Hallucination*, yaitu subyek mendengar sesuatu dimana tidak terdapat stimulasi yang obyektif terhadap indera dengarnya. Misalnya subyek merasa mendengar suara Tuhan, suara ghoib, dan sebagainya.
- b. *Visual Hallucination*, yaitu subyek mendengar sesuatu dimana tidak terdapat stimulasi yang obyektif terhadap indera penglihatannya. Misalnya melihat nabi, melihat, bidadari, dan sebagainya.
- c. *Olfactory Hallucination*, yaitu subyek mencium sesuatu dimana tidak terdapat

stimulasi yang obyektif terhadap indera penciumannya. Misalnya mencium gas beracun, yang disemprotkan ke kamarnya, dan sebagainya.

- d. *Gustatory Hallucination*, yaitu subyek mengecap sesuatu dimana tidak terdapat stimulasi yang obyektif terhadap indera pengecapnya. Misalnya, merasakan adanya racun pada makanan yang dimakannya atau minuman yang diminumnya, dan sebagainya.
- e. *Tactual Hallucination*, yaitu subyek merasakan adanya sesuatu yang menstimulasi indera rabaannya dimana tidak terdapat stimulasi yang obyektif. Misalnya, merasakan adanya ular yang merayap pada kuduknya atau badannya, dan sebagainya.

3. Pembicaraan kacau (*Disorganized Speech*) Dalam pembicaraan yang kacau, terdapat asosiasi yang terlalu longgar. Asosiasi mental tidak diatur oleh logika, tetapi oleh aturan-aturan tertentu yang hanya dimiliki oleh pasien.

4. Tingkah laku kacau (*Disorganized Behavior*) Berbagai tingkah laku yang tidak terarah pada tujuan tertentu. Misalnya, membuka baju di tempat umum.

5. Simptom-simptom negatif Berkurangnya ekspresi emosi, berkurangnya kelancaran isi pembicaraan, kehilangan minat untuk melakukan berbagai hal.

Skizofrenia adalah salah satu gangguan psikosis yang menunjukkan beberapa gejala diatas, ditambah dengan kriteria lain seperti jangka waktu, konsekwensi dari gangguan

tersebut, dan tidak boleh tumpang tindih dengan gangguan lain yang mirip. Berikut merupakan kriteria diagnostik skizofrenia menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-IV text revision (DSM-IV TR).

Dalam mendiagnosa penderita skizofrenia, DSM IV-TR menyebutkan bahwa gambaran penting skizofrenia adalah gabungan dari tanda karakteristik dan gejala (baik positif maupun negatif) yang hadir dengan porsi yang tepat dan tetap. Gejala karakteristik skizofrenia meliputi tidak berfungsinya kemampuan kognitif emosional yang meliputi persepsi, pikiran yang cenderung menarik diri, bahasa dan komunikasi, perilaku yang termonitor oleh kesadaran, kelancaran bahasa, kapasitas hedonis, kemauan dan drive, dan perhatian. Tidak ada gejala tunggal yang menggambarkan dengan tepat bagaimana skizofrenia.

Di dalam rentang satu sampai dengan sekurang-kurangnya enam bulan penderita tersebut telah menunjukkan gejala-gejala gangguan. Dalam 6 bulan tersebut, terdapat fase aktif selama sekurang kurangnya 1 bulan, fase prodromal periode sisa sebelum fase aktif, dan fase residual periode sisa setelah fase aktif. Pada fase prodromal, individu menunjukkan gangguan-gangguan fungsi sosial dan interpersonal yang progresif. Perubahan yang terjadi dapat berupa penarikan sosial, ketidakmampuan bekerja secara produktif, eksentrik, pakaian yang tidak rapi, emosi yang tidak sesuai perkembangan pikiran dan bicara yang aneh, kepercayaan yang tidak biasa, pengalaman persepsi yang aneh, dan hilangnya

inisiatif dan energi. Pada fase aktif, dimana paling sedikit selama 1 bulan, individu mengalami simptom psikotik, yaitu halusinasi, delusi, pembicaraan dan tingkah lakunya yang tidak teratur, dan terdapat tanda-tanda penarikan diri. Pada fase residual, terdapat simptom seperti fase sebelumnya, tetapi tidak parah dan tidak mengganggu (DSM IV-TR, 2000:298).

I.2. Tipe-tipe klinis Skizofrenia pada umumnya

Skizofrenia biasanya dibagi menjadi 4 tipe, yaitu : simplex, hebephren, katatonik, dan paranoid. Dalam hal ini masih terdapat permasalahan, yaitu apakah tipologi tersebut sifatnya kaku. Sebab, pada kenyataannya seringkali simptomnya berubah atau berpindah dari satu tipe ke tipe lainnya, misalnya mula-mula hebephren kemudian menjadi kataton, dan seterusnya.

*a. Tipe simplex*

Simptom utamanya adalah apati, yaitu seolah tidak memiliki kepentingan untuk diri sendiri. Bahkan, sering harus diberikan pengertian tentang hal-hal yang menjadi kebutuhannya. Penderita biasanya berkeinginan untuk berbaring, malas-malasan, jorok, tidur-tiduran, jarang mandi, motorik lamban, dan jarang berbicara. Sering berperilaku yang amoral, misalnya memaki-maki orang yang sedang lewat, memainkan alat kelaminnya. Individu pada waktu normal adalah anak yang baik, dimana prestasinya cukup baik, perilakunya menyenangkan. Hal tersebut terjadi karena individu tidak mempunyai cukup energi untuk menentang orang lain atau orang tua sehingga

hanya bisa menurut. Energi lemahnya tersebut ditampilkan dalam bentuk apatis (kelesuan). Individu tidak memiliki ambisi untuk mendapatkan pemuasan (tidak mau apa-apa), yang apabila dipaksakan untuk melakukan sesuatu seringkali muncul reaksi agresi (marah), dan apabila hal tersebut semakin dipaksakan maka biasanya individu akan jatuh sakit.

#### *b. Tipe hebephren*

Pada tipe ini terjadi disintegrasi emosi, dimana emosinya bersifat kekanak-kanakan, ketolol-tolongan, seringkali tertawa sendiri kemudian secara tiba-tiba menangis tersedu-sedu. Terjadi regresi total, dimana individu menjadi kekanak-kanakan. Individu mudah tersinggung atau sangat *irritable*. Seringkali dihinggapi sarkasme (sindiran tajam) dan menjadi marah meledak-ledak atau *explosif* tanpa sebab. Pembicaraannya kacau, suka berbicara berjam-jam. Pada awal gangguan seringkali komunikatif, tetapi lama-kelamaan komunikasinya menjadi tidak karuan (*inkoheren*), yang bahkan sampai akhirnya individu tidak komunikatif. Terjadi halusinasi dan delusi yang biasanya sifatnya fantastis, misalnya: ada vampire yang menyedot darahnya, dan sebagainya. Cara berpikirnya kacau. Hal tersebut terlihat dari cara bicarannya yang tidak karuan. Tulisan/*graphis* yang dibuatnya bersifat kacau, dimana terjadi regresi, yaitu bersifat kekanak-kanakan.

#### *c. Tipe katatonik*

Dibandingkan dengan tipe jenis skizofrenia lainnya, tipe katatonik ini serangannya berlangsung jauh lebih cepat. Aktivitasnya jauh berkurang dibandingkan waktu normal. Pada individu terjadi stupor, dimana individu diam, tidak mau berkomunikasi, kalau berbicara suaranya monoton, ekspresi mukanya datar, makan dan berpakaian harus dibantu dan sikap badannya aneh yaitu biasanya tegang/kaku seperti serdadu dan biasanya dipertahankan untuk waktu yang lama. Katatonik stupor ini terdapat dua bentuk, yaitu (1) rigid, dimana badan menjadi sangat kaku, bisa seperti bentangan di antara dua benda, (2) *chorea-fleksibility*, dimana badannya menjadi lentur seperti lilin dan posisinya dapat dibentuk. Penderita skizofrenia katatonik yang parah biasanya ditempat tidur, tidak mau berbicara, jorok, makan-minum dipaksa, dan apabila mata terbuka biasanya akan terpaku pada satu titik, tidak berkedip, dan ekspresi kosong. Perkembangan selanjutnya yaitu setelah beberapa minggu atau beberapa bulan, terjadi katatonik excitement dimana penderita menunjukkan suatu gerakan tertentu dalam waktu yang lama dan kemudian secara ekstrem berubah sebaliknya. Misalnya, berbaring menghadap tembok kiri dalam waktu yang lama dan kemudian menghadap tembok kanan. Penderita bersikap negatif (*negatifistik*), dimana penderita tidak ada interest sama sekali terhadap sekelilingnya, tanpa kontak sosial, dan membisu dalam waktu yang lama.

#### *d. Tipe paranoid*

Simptom utamanya adalah adanya delusi persecusion dan grandeur, dimana individu merasa dikejar-kejar. Hal tersebut terjadi karena segala sesuatu ditanggapi secara sensitif dan egosentris seolah-olah orang lain akan berbuat buruk kepadanya. Oleh karena itu, sikapnya terhadap orang lain agresif. Delusi tersebut diperkuat oleh halusinasi penglihatan dan pendengaran, misalnya terlihat wajah-wajah yang menakutkan, terdengar suara mengancam, dan sebagainya sehingga timbul reaksi menyerang atau agresi karena terganggu. Hal-hal tersebut juga bisa mendorong penderita untuk membunuh orang lain atau sebaliknya bunuh diri, sebagai usahanya untuk menghindari delusi persecusion. Terdapat kecenderungan homoseksualitas, dimana penderita laki-laki akan mengancam laki-laki dan penderita perempuan akan mengancam perempuan. Adanya delusion of grandeur dapat menimbulkan delusion of persecusion, dimana individu menganggap orang lain cemburu kepada kepintarannya, kekayaannya, kepopulerannya, kecantikannya, kedudukan sosialnya, dan sebagainya. Pada penderita timbul "Ideas of Reference", yaitu terjadi percampuran antara waham dan halusinasi dengan kecenderungan untuk memberikan impresi/nuansa pribadi terhadap segala kejadian yang dialaminya. Misalnya, suara klakson mobil di jalan depan rumah, dianggapnya sebagai terompet tanda penyerbuan terhadap dirinya segera akan dimulai (Coleman, 1976; Kartono, 1989).

### I.3 Etiologi Skizofrenia

Walaupun skizofrenia dibicarakan seakan-akan merupakan penyakit tunggal, kategori diagnostik dapat termasuk berbagai gangguan yang tampak dengan gejala perilaku yang agak mirip. Skizofrenia kemungkinan merupakan suatu kelompok gangguan dengan penyebab yang berbeda dan secara pasti memasukkan pasien yang gambaran klinisnya, respon pengobatannya, dan perjalanan penyakitnya adalah bervariasi. (Kaplan, 1997).

#### *Model Diatesis-Stres*

Suatu model untuk integrasi faktor biologis dan faktor psikososial dan lingkungan adalah model diatesis-stres. Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (diatesis) yang, jika dikenai oleh suatu pengaruh lingkungan yang menimbulkan stres, memungkinkan gejala skizofrenia. Pada model diatesis-stres yang paling umum diatesis atau stres dapat biologis atau lingkungan atau keduanya. Komponen lingkungan dapat biologis (sebagai contohnya, infeksi) atau psikologis (sebagai contohnya, situasi keluarga yang penuh dengan ketegangan atau kematian teman dekat). Dasar biologis untuk suatu diatesis dibentuk lebih lanjut oleh pengaruh epigenetic, seperti penyalahgunaan zat, stres psikologis, dan trauma.

#### *Faktor Biologis*

Penyebab skizofrenia tidak diketahui. Tetapi, dalam dekade yang lalu semakin banyak penelitian telah melibatkan peranan patofisiologis untuk daerah tertentu di otak, termasuk sistim limbik, korteks frontalis, dan ganglia basalis. Tentu saja ketiga daerah tersebut adalah saling berhubungan, sehingga

disfungsi pada salah satu daerah mungkin melibatkan patologi primer di daerah lainnya. Dua jenis penelitian telah melibatkan sistem limbik sebagai suatu tempat potensial untuk patologi primer pada sekurangnya suatu bagian, kemungkinan bahkan pada sebagian besar, pasien skizofrenik. Dua tipe penelitian adalah pencitraan otak pada orang yang hidup dan pemeriksaan neuropatologi pada jaringan otak postmortem.

### *Genetika*

Berbagai macam penelitian telah dengan kuat menyatakan suatu komponen genetika terhadap penurunan skizofrenia. Penelitian klasik awal tentang genetika dari skizofrenia, dilakukan di tahun 1930-an, menemukan bahwa seseorang kemungkinan menderita skizofrenia jika anggota keluarga lainnya juga menderita skizofrenia dan kemungkinan seseorang menderita skizofrenia adalah berhubungan dengan dekatnya hubungan persaudaraan tersebut (sebagai contohnya, sanak saudara atau derajat pertama atau derajat kedua). Kembar monozigotik yang diadopsi menunjukkan bahwa kembar yang diasuh oleh orang tua angkat mempunyai skizofrenia dengan kemungkinan yang sama besarnya seperti saudara kembarnya yang dibesarkan oleh orang tua kandungnya. Temuan tersebut menyatakan bahwa pengaruh genetik melebihi pengaruh lingkungan. Untuk mendukung lebih lanjut dasar genetika adalah pengamatan bahwa semakin parah skizofrenia, semakin mungkin kembar adalah sama-sama menderita gangguan. Satu penelitian yang mendukung model diatesis-stres menunjukkan bahwa

kembar monozigotik yang diadopsi yang kemudian menderita skizofrenia kemungkinan telah diadopsi oleh keluarga yang tidak sesuai secara psikologis.

### *Faktor Psikososial*

Klinisi harus mempertimbangkan faktor psikologis yang mempengaruhi skizofrenia. Walaupun, secara historis, telah diperdebatkan bahwa suatu faktor psikososial secara langsung dan secara kausatif berhubungan dengan perkembangan skizofrenia, pandangan awal tersebut tidak boleh menghalangi klinisi modern untuk menggunakan teori dan pedoman yang relevan dari pengamatan dan hipotesis masa lalu tersebut.

## *II. Social Support*

### *II.1. Pengertian Social Support*

*Social support* diartikan sebagai keberadaan atau tersedianya orang-orang pada siapa individu dapat menyandarkan diri, orang-orang yang menunjukkan pada individu bahwa mereka memperhatikan, menghargai, dan mencintai individu (Sarason,dkk.,1990).

Hobfoll mendefinisikan *social support* sebagai interaksi sosial yang memberikan bantuan yang nyata atau tidak nyata kepada individu atau kelompok yang dapat dirasakan oleh individu atau kelompok yang bersangkutan sebagai perhatian atau cinta (Sarason,dkk.,1990).

Menurut Kahn & Antonucci (1980,dalam Sarason dkk.,1990) *social support* merupakan transaksi interpersonal yang meliputi afeksi (ekspresi menyukai, mencintai, kebanggaan, dan menghormati), afirmasi (ekspresi persetujuan, mengakui ketepatan atau

keberadaan perbuatan, pernyataan atau sudut pandangan), bantuan (transaksi dimana bantuan langsung atau pertolongan diberikan, termasuk barang-barang atau uang, informasi, nasehat dan waktu).

Menurut Cobb (dalam Wortman, dkk,1992) *social support* digolongkan atas tiga hasil, yaitu merasa diperhatikan, keyakinan bahwa seseorang dicintai, dihargai, dan terlibat dalam jaringan yang timbal balik. Jaringan disini berkaitan dengan individu dan orang-orang yang dengan melalui suatu ikatan yang penting dan berarti memberikan *support* kepada individu.

Dari beberapa pengertian *social support* di atas yang akan dijadikan acuan dalam penelitian ini adalah bantuan atau pertolongan yang bersifat nyata maupun tidak nyata yang diberikan oleh orang-orang yang signifikan atau orang-orang yang dekat dengan individu untuk membantu individu dalam mengatasi masalah ketegangan dan kesulitan. *Social support* yang diberikan dapat dirasakan oleh individu yang terlibat didalamnya, menimbulkan perasaan dihargai dan diperhatikan sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan dan membantu individu untuk hidup lebih produktif dan mandiri.

## II.2. Bentuk-Bentuk *Social support*

Cutrona & Russel (dalam Sarason,dkk.,1990).

Menggolongkan 5 bentuk *social support*, yaitu: *Emotional Support*, menggambarkan adanya dukungan atau nasehat yang menimbulkan rasa aman dan nyaman sehingga menyebabkan individu merasa diperhatikan dan diterima oleh orang lain.

*Social Integration*, menunjukkan perasaan

menjadi bagian dari suatu kelompok yang anggota-anggotanya mempunyai minat dan perhatian yang sama. Hubungan ini lebih merefleksikan adanya persahabatan yang bebas yang memungkinkan individu untuk ikut serta dalam berbagai aktifitas.

*Esteem Support*, menggambarkan adanya dukungan yang diberikan oleh orang lain terhadap perasaan kompeten atau harga diri individu. Termasuk disini adalah adanya umpan balik yang positif pada individu.

*Tangible Aid*, menggambarkan adanya bantuan yang nyata berupa tindakan atau bantuan fisik dalam menyelesaikan tugas.

*Informational Support*, merupakan pemberian nasehat, saran atau bimbingan yang berkaitan dengan kemungkinan pemecahan masalah.

Johnson & Johnson (1991) menyatakan bahwa *social support* terdiri dari 4 bentuk, yaitu:

- a. Perhatian emosional: kedekatan, memberikan ketenangan, rasa dapat bergantung dan percaya pada seseorang, segala hal yang menimbulkan kepercayaan bahwa seseorang dicintai dan diperhatikan.
- b. Bantuan instrumental: bantuan langsung, seperti uang atau jasa.
- c. Bantuan informational: saran atau nasehat yang mungkin membantu memecahkan masalah.
- d. Dukungan *appraisal*: umpan balik mengenai tingkat standar perilaku tertentu yang harus dipenuhi (informasi yang berkaitan dengan penilaian diri).

## II.3. Fungsi *Social support*

Bagaimana individu mengatasi gangguan psikologis tidak hanya tergantung pada sumber eksternal, yaitu sistem *social support* yang dimiliki individu tersebut. *Social support* terbukti dapat mengurangi gangguan yang disebabkan masalah emosional secara efektif (Wortman,dkk.,1992).

Menurut Watson (1984) *social support* membantu individu mengatasi masalahnya dengan cara sebagai berikut:

Individu lain membantu kita menilai stresor potensial secara lebih realistis. Membicarakan masalah kita dengan orang lain akan membantu mengatasi masalah tersebut dengan berfikir masalah tersebut tidak seberat yang kita duga. Dukungan yang diperoleh melalui informasi verbal dapat memperluas cakrawala pandang individu dan meningkatkan ketahanan individu terhadap stres. Kehadiran orang lain yang bersifat mendukung akan mengurangi respon emosional yang negatif terhadap stresor. Jika suatu permasalahan terjadi, individu akan melakukan penilaian tentang sumber coping yang terjadi. Disini individu lain dapat membantu kita mengatasi masalah, baik dengan memberikan bantuan secara langsung, memberikan sarana pemecahan masalah atau dorongan untuk mencari bantuan yang akan memperbanyak sumber coping. Hal ini berarti *social support* yang diberikan oleh individu lain yang signifikan dapat mempengaruhi *coping* dengan meningkatkan kemampuan individu dalam menilai suatu keadaan, mempengaruhi individu untuk memilih strategi coping yang lebih efektif atau memperbaiki rasa percaya diri individu untuk meningkatkan

kemampuan coping.

Sementara menurut Kaplan (1981, dalam Crider,1983) *social support* mempunyai bentuk dan fungsi utama sebagai berikut:

Memberikan informasi dan pedoman kepada individu untuk memecahkan masalah dan mengatasi kejadian sehari-hari yang penuh tekanan secara praktis. Hal ini sangat penting karena stres dapat mengurangi efisiensi kognitif individu. Memberikan perhatian, kasih sayang, dan memberi perlindungan. Bentuk *social support* ini membantu dalam memelihara "*self esteem*" & menimbulkan rasa percaya diri. Memberikan semangat atau dorongan dan menenangkan hati; memberi dorongan bahwa individu mampu menguasai situasi penuh tekanan dan menenangkannya bahwa kehidupan akan kembali normal.

House(1981,dalamWortman,dkk.,1992) menyatakan bahwa bentuk dan fungsi *social support* adalah sebagai berikut:

*Tangible assistance*, bantuan nyata yang merupakan tindakan atau materi-materi yang diberikan oleh orang lain dalam bentuk uang atau barang untuk membantu individu yang mengalami kesulitan.

*Informational Support*, dukungan informasi yang merupakan komunikasi tentang opini atau kenyataan yang relevan dengan kesulitan pada saat itu, seperti memberikan pendapat atau saran-saran untuk bertindak dalam mengatasi keadaan yang sulit.

*Emotional support*, dukungan emosi yang merupakan pernyataan tentang cinta, perhatian, penghargaan atau simpati yang diberikan oleh keluarga dan teman untuk meyakinkan bahwa

orang lain memperhatikan saat individu menghadapi kesulitan.

Menurut Rook & Dooley (1985). *Social support* mempunyai pengaruh sebagai berikut:

Mengurangi simptom fisik dan psikis.

membangkitkan perasaan dibantu. Membuat individu merasa lebih baik. Tindakan orang lain yang memberikan *social support* akan menguntungkan.

II.4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerimaan *Social support*:

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keefektifan penerimaan *social support* adalah:

**Keintiman:** didefinisikan sebagai kedekatan, ikatan personal yang melibatkan berbagai rasa dan pemikiran serta pertukaran perhatian. Kasih sayang dan afeksi secara timbal balik (Hobfoll & Stephen, 1991). Reise Shaver (1987, dalam Sarason, 1990) menyatakan bahwa tingginya tingkat keintiman pada hubungan yang dekat dapat memberikan perasaan-perasaan dipahami, dipercaya dan diperhatikan pada orang-orang yang terlibat dalam hubungan tersebut.

**Sense of Acceptance:** memberikan perasaan tersedianya *social support* yang tinggi dan membantu pada saat dibutuhkan, sehingga kecil kemungkinan individu mengalami emosi-emosi negatif, seperti rasa bersalah, marah, atau malu untuk menerima bantuan dari orang lain. (Sarason, dkk, 1990).

**Peran jenis kelamin:** sebagaimana dikatakan oleh Wheeler, dkk., (1983, dalam Sarason, dkk., 1990) interaksi antara sesama pria dianggap kurang intim dibandingkan dengan

interaksi sesama wanita. Akan tetapi pria akan lebih intim dan merasa tidak kesepian jika berinteraksi dengan wanita.

### III. Kemandirian

#### III.1. Pengertian Kemandirian

Kemandirian mencakup berbagai istilah, yaitu *Independent* (Peterson, 1996) *Independence* (Dusek, 1996) dan *autonomy* (Steiberg, 2002; Conger, 1991).

Vinacke dalam *Encyclopedia of Psychology* (1994) mendefinisikan kemandirian sebagai tindakan yang lebih berkenaan dengan kebutuhan, persepsi diri sendiri daripada merespon terhadap tuntutan lingkungan atau tuntutan orang lain.

Pengertian kemandirian tersebut tidak jauh berbeda dengan pengertian yang diajukan oleh Ryan dan Lynch (dalam Newman & Newman, 1991) bahwa kemandirian adalah:

*"Autonomy is an ability to regulate one's behavior, to select and guide one's decision and actions, without undue control from parents or dependence on parents."* (p.416-417).

Lebih lanjut, Connel (dalam Kuperminc, dkk, 1996) memberikan pengertian bahwa kemandirian adalah:

*"Autonomy is experience of choice in the initiation, maintenance and regulation of behavior, and the experience of connectedness between one's actions and personal value."* (p.400).

ketiga definisi kemandirian di atas, menunjukkan adanya suatu kebebasan pada setiap individu yang mandiri untuk

menentukan tindakan yang hendak ia tampilkan, menampilkan langkah hidupnya, tujuan hidupnya dan nilai-nilai yang akan dianut serta diyakininya.

Melalui definisi ini, tampak bahwa orang yang mandiri tetap memiliki kebebasan untuk berfungsi sebagai anggota kelompok.

Arti kebebasan dalam kemandirian bukanlah bebas dalam arti untuk berbuat sesuka hati sesuai dengan keinginannya, melainkan tetap harus memiliki tanggung jawab dan juga ketegasan dalam tingkah laku (Grotevant & Cooper dalam Kuperminck,dkk,1996). Selain mengandung kebebasan, tanggung jawab dan ketegasan dalam tingkah laku; Beller, Hartup dan Heathers (dalam Lindzey &Aronson,1975) mengkaitkan istilah kemandirian dengan tingkah laku yang menunjukkan inisiatif, berusaha untuk mengejar prestasi dan menunjukkan rasa percaya diri yang besar.

Berdasarkan keseluruhan pengertian kemandirian tersebut, maka dapat diperoleh gambaran bahwa ada beberapa tingkah laku yang menyertai dan menandakan orang yang mandiri, yaitu: tingkah laku yang mengandung suatu kebebasan, inisiatif, rasa percaya diri, usaha untuk mencapai prestasi, dan ketegasan diri dengan tetap menjaga tanggung jawab baik terhadap dirinya sendiri maupun terhadap orang lain. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian Witkin (dalam Vinacke,1994) bahwa seseorang yang mandiri adalah individu yang aktif, memiliki kesadaran diri, mampu mengekspresikan dan mampu mengontrol impuls-impuls emosional, percaya terhadap diri

sendiri dan mencari kompensasi atas kelemahan-kelemahannya. Sebaliknya, orang yang tidak mandiri menunjukkan individu yang pasif, kurang sadar diri, menekan impuls-impuls, menggunakan pertahanan kekanak-kanakan dalam melawan kecemasan, kurang percaya terhadap diri sendiri dan menyerah terhadap kelemahan-kelemahan yang dimiliki.

Jadi, dapat diambil suatu kesimpulan bahwa kemandirian merupakan kemampuan seseorang untuk memenuhi kebutuhannya baik fisik maupun psikis, dimana di dalamnya terdapat kebebasan, inisiatif, kepercayaan diri yang kuat. ketegasan diri dan tanggungjawab.

### III.2. Dimensi-dimensi kemandirian

Havinghurst (dalam Mu'tadin,2002) mengatakan bahwa kemandirian terdiri dari beberapa dimensi, yaitu:

Emosi, ditunjukkan dengan kemampuan mengontrol emosi dan tidak tergantungnya kebutuhan emosi dari orang tua.

Ekonomi, ditunjukkan dengan kemampuan mengatur ekonomi dan tidak tergantungnya kebutuhan ekonomi kepada orang tua.

Intelektual, ditunjukkan dengan kemampuan untuk mengatasi berbagai masalah yang dihadapi.

Sosial, ditunjukkan dengan kemampuan untuk mengadakan interaksi dengan orang lain dan tidak tergantung atau menunggu aksi dari orang lain.

### III.3. Aspek-aspek kemandirian

Berdasarkan pengertian-pengertian tentang kemandirian yang telah diungkapkan

sebelumnya, maka kemandirian meliputi 5 aspek yaitu kebebasan, inisiatif, kepercayaan diri, tanggungjawab dan ketegasan diri. Selain kelima aspek tersebut, terdapat dua aspek penting yang dapat digunakan untuk mengukur kemandirian seseorang, yaitu: aspek pengambilan keputusan dan aspek kontrol diri (Lamman,dkk,1998). Melalui aspek pengambilan keputusan, maka dapat dilihat kompetensi seseorang dalam berhubungan dengan lingkungan luar, sedangkan melalui aspek kontrol diri dapat dilihat kemandirian emosi seseorang, yaitu kemampuannya dalam menguasai konflik-konflik dalam dirinya. Jadi dengan demikian, kemandirian meliputi beberapa aspek, yaitu:

#### *Kebebasan*

Kebebasan merupakan hak asasi manusia, tanpa kebebasan seseorang sulit untuk mengembangkan potensi diri dan mencapai tujuan hidupnya. Menurut Lamman dkk (1998), manifestasi kemandirian seseorang dapat dilihat melalui kebebasannya dalam membuat keputusan, tidak merasa cemas, takut, ataupun malu bila keputusan yang diambil tidak sesuai dengan pilihan atau keyakinan orang lain.

#### *Inisiatif*

Inisiatif merupakan suatu bentuk perwujudan ide ke dalam suatu tindakan atau tingkah laku. Wujud kemandirian yang menunjukkan inisiatif dapat dilihat dari kemampuannya untuk berpendapat, mengemukakan ide, memenuhi kebutuhan sendiri dan berani mempertahankan sikap (Rich,1992).

#### *Percaya diri*

Kepercayaan diri adalah suatu sikap yang menunjukkan keyakinan bahwa seseorang dapat mengerjakan sesuatu dengan baik, sehingga dapat mengembangkan rasa dihargai. Manifestasi kemandirian seseorang untuk berani memilih, yakin terhadap potensi yang dimiliki dalam mengorganisasi diri dan menghasilkan suatu yang baik (Haditono,1989).

#### *Tanggung jawab*

Aspek tanggungjawab tidak hanya ditujukan pada diri sendiri, tetapi juga terhadap orang lain. Orang yang mandiri akan menunjukkan tanggungjawabnya dalam bentuk berani menanggung resiko atas konsekuensi dari keputusan yang telah diambil, menunjukkan loyalitas dan mampu membedakan antara kehidupan dirinya dengan kehidupan orang lain disekitarnya (Lamman,1998).

#### *Ketegasan diri*

Ketegasan diri menunjukkan suatu kemampuan untuk mengandalkan dirinya sendiri. Bentuk kemandiriannya ditunjukkan melalui keberaniannya untuk mengambil resiko dan mempertahankan pendapat walaupun berbeda dengan orang lain (Lamman,dkk,1998).

#### *Pengambilan keputusan*

Pengambilan keputusan merupakan bagian penting dalam kehidupan, karena setiap saat orang selalu dihadapkan pada berbagai pilihan yang menuntutnya untuk mengambil keputusan. Manifestasi kemandirian dari aspek ini ditunjukkan melalui kemampuan untuk menemukan akar masalah, mengidentifikasi alternatif pemecahan masalah untuk mengevaluasi segala kemungkinan dalam

mengatasi masalah dan berbagai tantangan serta kesulitan lainnya tanpa harus mendapat bimbingan dari orang tua atau orang dewasa lainnya (Lamman,dkk,1998; Newman&Newman,1991).

#### *Kontrol diri*

Kontrol diri mengandung suatu pengertian kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan sosial, baik dengan mengubah tingkah laku tanpa bimbingan atau arahan dari orang lain (Kopp dalam Newman&Newman,1991). Secara singkat dapat dikatakan bahwa kemampuan mengontrol diri dari perasaannya, sehingga tidak merasa cemas, ragu ataupun marah yang berlebihan ketika berinteraksi dengan orang lain (Lamman dkk,1998).

#### III.4. Ciri-ciri individu mandiri

Berdasarkan aspek-aspek kemandirian yang telah diungkapkan (Haditono,1989), maka peneliti menyimpulkan ciri-ciri individu yang mandiri, antara lain :

Memiliki kebebasan untuk bertingkah laku, membuat keputusan dan tidak merasa cemas, takut ataupun malu jika keputusan yang diambil tidak sesuai dengan pilihan atau keyakinan orang lain.

Mempunyai kemampuan untuk menemukan akar masalah, mencari alternatif pemecahan masalah, mengatasi masalah dan berbagai tantangan serta kesulitan lainnya tanpa harus mendapat bimbingan dari orang tua atau orang dewasa lainnya, serta dapat berfungsi mandiri dalam membuat keputusan dan melaksanakan keputusan yang diambil.Mampu mengontrol

diri dan perasaannya, sehingga tidak merasa takut, ragu, cemas, tergantung dan marah yang berlebihan dalam berhubungan dengan orang lain.Mengandalkan diri sendiri untuk menjadi penilai mengenai apa yang terbaik bagi dirinya, serta berani mengambil resiko atas perbedaan kebutuhan dan nilai-nilai yang diyakini, meskipun harus berselisih dengan orang lain.Menunjukkan tanggung jawab terhadap diri sendiri dan terhadap orang lain yang diperlihatkan melalui kemampuannya dalam membedakan kehidupan dirinya dengan kehidupan orang lain dengan tetap menunjukkan loyalitas.

Memperlihatkan inisiatif yang tinggi melalui ide-idenya dan sekaligus mewujudkan idenya tersebut. Hal ini ditunjukkan pula melalui kemampuannya untuk mencoba hal yang baru. Memiliki kepercayaan diri yang kuat dengan menunjukkan keyakinan atas segala tingkah laku yang dilakukan dan menunjukkan sikap yang tidak takut menghadapi suatu kegagalan.

---

#### METODE PENELITIAN

---

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif studi kasus(*single case study*) dalam bentuk pemberian intervensi *social support*.Instrumen pengumpul data dengan metode observasi, wawancara, tes proyektif *Thematic Apperception Test (TAT)*dan tes grafis.

Tujuanintervensi *social support* yang diberikan dalam studi ini adalah *social support* yang diberikan oleh orang-orang terdekat serta terlibat didalamnya, dan hasilnya dapat dirasakan langsung oleh subyek, sehingga

menimbulkan perasaan dihargai, diperhatikan dan pada akhirnya dapat meningkatkan kesejahteraan serta membantu subyek untuk hidup lebih produktif yang salah satu cirinya ditandai dengan meningkatnya rasa kemandirian pada diri subyek.

Intervensi ini membutuhkan dukungan dan kerjasama antara terapis, anggota keluarga dan teman kerja subyek. Anggota keluarga maupun teman-teman subyek dapat membantu dalam membahas rencana treatment dan mengidentifikasi stressor psikososial yang dapat mencegah kemajuan, sekaligus dapat membantu sebagai fasilitator dalam pelaksanaan intervensi.

Adapun dasar penggunaan intervensi menggunakan *social support*, Pertama, karena saat ini kondisi subyek sudah membaik, yang ditandai dengan semakin jarang munculnya halusinasi ataupun waham, menurunnya tingkat agresifitas seperti mengamuk, membanting sesuatu, memukul dan sebagainya, serta subyek saat ini sudah bisa bekerja meskipun pekerjaan yang dikerjakannya tergolong sederhana dan subyek mampu untuk mengerjakannya, namun tetap mendapatkan pengawasan dari anaknya sendiri. Kedua, untuk pelaksanaan intervensinya tergolong praktis, mudah serta sederhana, tidak perlu mengeluarkan banyak biaya dan hampir semua orang bisa menerapkan metode *social support* ini. Ketiga, Tidak ada batasan waktu untuk pelaksanaan intervensinya artinya seorang terapis (petugas) dapat memberikan *social support* kapanpun dan dimanapun.

Pada kasus ini, subyek memiliki kemandirian yang tergolong rendah pada saat mengerjakan

aktifitas sehari-hari untuk kepentingan dirinya (*activity daily living*), sehingga intervensi ini lebih ditekankan kepada pemberian *social support* pada saat subyek mampu ataupun tidak mampu dalam melakukan aktifitasnya sehari-hari dengan tujuan untuk meningkatkan kemandiriannya.

Pendapat ini sejalan seperti yang disampaikan Watson bahwa *social support* membantu individu mengatasi masalahnya dengan cara individu lain membantu kita menilai stresor potensial secara lebih realistis. Membicarakan masalah kita dengan orang lain akan membantu mengatasi masalah tersebut dengan berfikir masalah tersebut tidak seberat yang kita duga. Dukungan yang diperoleh melalui informasi verbal dapat memperluas cakrawala pandang individu dan meningkatkan ketahanan individu terhadap stres. (Watson,1984).

---

#### HASIL- HASIL

---

Jenis atau tipe skizofrenia yang dialami subyek adalah skizorenia paranoid:

Gambaran klinis didominasi oleh waham-waham yang secara relatif stabil, biasanya disertai oleh halusinasi-halusinasi, terutama halusinasi pendengaran, dan gangguan persepsi. Adapun beberapa gejala-gejala paranoid pada diri subyek antara lain:

a. Waham kejaran (subyek merasa dikejar-kejar oleh makhluk halus atau roh nenek moyang) ia merasa di mulutnya dihuni oleh ruh orang yang sudah meninggal, waham grandeur merasa dirinya seseorang yang sangat luar biasa atau

istimewa (subyek merasa dirinya adalah juru bicara kepresidenan)

b. Suara-suara halusinasi yang memberi perintah, misalkan: subyek diminta memukul istri dan anak-anaknya, subyek dibisiki dengan kata-kata kotor pada saat subyek melakukan ibadah shalat atau pada waktu akan tidur.

## 1. Analisis Fragmental

### I.1. Aspek kognitif

Dari hasil studi retrospektif semenjak ia duduk di bangku Sekolah Dasar, Sekolah Menengah Pertama, hingga tamat SMEA. Subyek menunjukkan prestasi yang cukup baik. Selama sekolah ia belum pernah menjadi juara kelas, namun pernah beberapa kali masuk ranking sepuluh besar pada waktu Sekolah Dasar. Rata-rata subyek berada di ranking pertengahan dari total semua siswa di kelasnya. Dan ia juga tidak pernah tinggal kelas. Secara garis besar tidak ada prestasi yang menonjol pada satu mata pelajaran tertentu di sekolahnya.

### I.2. Aspek dorongan/motivasi

Subyek memiliki motivasi yang cukup kuat untuk melakukan aktifitasnya, akan tetapi dorongan yang dikeluarkannya terkadang tidak bisa maksimal dikarenakan subyek tidak bisa fokus pada satu pekerjaan. Di dalam bekerja ia cenderung setengah-setengah. Motivasi dalam diri subyek akan berkembang dan menjadi lebih terarah apabila lingkungan dapat memberikan dukungan dan dorongan dalam mengarahkan kemampuan subyek. Adapun dalam pengelolaan emosinya masih nampak labil, subyek memiliki tipikal mudah tersinggung dan mudah marah serta ada kecenderungan depresif,

dalam mengungkapkan rasa marahnya ia cenderung ekspresif.

### I.3. Aspek emosi & afeksi

Emosi subyek masih labil dan kurang matang, hal ini juga berpengaruh pada sikap kedewasaannya, latar belakang keluarga subyek juga berperan besar dalam memberikan pembelajaran bagi subyek. Pola asuh masa lalu subyek sangat berpengaruh besar bagi perkembangan emosinya, sejak kecil ia jarang mendapatkan belaian kasih sayang dari kedua orang tuanya yang dikarenakan kesibukannya dalam bekerja. Sehingga subyek minim dalam pemenuhan kebutuhan afeksinya.

### I.4. Aspek relasi sosial

Subyek sebenarnya kurang mampu dalam melakukan kontak sosial, namun ia berusaha menampilkan keantusiasannya untuk memperluas diri dalam lingkungan masyarakat, meskipun terkadang subyek merasa minder atau sedikit muncul keragu-raguan didalam dirinya apakah ia bisa diterima dilingkungan sosialnya atau tidak, akan tetapi ia selalu berusaha hadir di lingkungannya. Meskipun di dalam menjalin kontak sosialnya terasa hampa karena tidak ada keterlibatan emosi di dalamnya. Subyek juga merasa kesulitan di dalam melakukan penyesuaian diri terhadap orang ataupun hal-hal lain.

### I.5. Dinamika Kepribadian

Subyek memiliki motivasi yang cukup kuat untuk melakukan suatu pekerjaan, dorongan yang dimilikinya cukup, hanya saja tidak bisa maksimal dikarenakan subyek tidak bisa fokus pada satu pekerjaan. Di dalam bekerja ia cenderung setengah-setengah.

Pengelolaan emosinya juga kurang baik dan masih labil. Akan tetapi subyek memiliki ketrampilan dan kecakapan yang cukup baik dalam menjalin relasi sosialnya. Kebiasaannya berkumpul dengan tetangganya menjadi bahan latihan untuk mengasah kemampuan sosialnya. Namun ia mengalami hambatan dalam kontak sosial artinya, interaksi yang terjalin dengan lingkungan sekitar kurang melibatkan aspek emosi. Secara sekilas subyek memperlihatkan rasa tanggung jawab & kepedulian sosial yang baik, untuk keluarganya maupun lingkungan sosialnya. Sebagai seorang Ayah sekaligus pemimpin keluarga, ia berusaha menunjukkan rasa tanggungjawabnya mencari nafkah untuk keluarganya, meskipun secara materi hasilnya tidak seberapa (gaji setiap bulan habis dipergunakan untuk keperluan subyek sendiri dan diberikan kepada anak bungsunya). Subyek mengalami masalah di dalam pengelolaan emosinya ia cenderung mengambil sikap represi (cenderung memendam kemarahannya) pada hal-hal yang dirasa menyerang ego-nya (defensif). Karena energi atau vitalitas yang dimilikinya lemah (rendah) ia cenderung bersikap diam dan tidak melakukan perlawanan.

---

## PEMBAHASAN

---

Proses intervensi *social support* ini berlangsung selama kurang lebih 4 minggu. Peneliti membagi menjadi 3 tahapan dengan perincian: Tahap Ke-1 yaitu tahap membangun *rapport* dengan tujuan untuk menciptakan rasa kepercayaan dan keterbukaan subyek, anak subyek dan teman subyek dengan peneliti. pada sesi ini peneliti melakukan interaksi dengan

subyek, anak subyek dan teman kerja subyek. Adapun hasil yang didapat dari tahap pertama ini adalah: peneliti mencatat secara keseluruhan mengenai kegiatan subyek yang biasa ia kerjakan sehari-hari dari semenjak subyek bangun tidur hingga ia kembali tidur. Kemudian peneliti juga mencatat keluhan-keluhan yang sering muncul pada subyek. Dan satu hal yang terpenting lagi peneliti bersama dengan anak subyek membahas bersama untuk merancang suatu desain intervensi yang dapat dilaksanakan untuk subyek. Dari sini peneliti menggali lebih dalam mengenai tugas-tugas atau pekerjaan apa saja yang diberikan kepada subyek dengan status subyek sebagai karyawan toko, sehingga bisa dibedakan menjadi dua bagian, yaitu kegiatan yang dilakukan subyek untuk kepentingan atau pemenuhan dirinya sendiri dan kegiatan yang dilakukan subyek statusnya sebagai karyawan toko. Pembagian seperti ini bertujuan untuk memudahkan peneliti dalam melihat perkembangan subyek mengenai kemandiriannya dalam melakukan tugas sebagai karyawan toko dan tugas untuk pemenuhan kebutuhan dirinya sendiri. Selanjutnya berawal dari pembagian kegiatan seperti ini rancangan intervensi dibuat.

Dengan mempertimbangkan kemampuan dan kelemahan subyek, serta berangkat dari keluhan yang sering dialami di lingkungan sekitarnya, akhirnya peneliti mengerucutkan permasalahan yang hendak ditangani saat ini untuk kemajuan subyek yaitu melatih kemandirian dengan cara memberi tugas dan pada akhirnya dapat meningkatkan kemandiriannya yang salah satu

cirinya ditandai dengan munculnya rasa tanggung jawab pada diri subyek. Adapun intervensi yang digunakan peneliti adalah dengan model pemberian *social support* yang diberikan dari banyak pihak yaitu beberapa anggota keluarga anak, menantu dan teman-teman subyek di tempat kerjanya.

Pada tahap selanjutnya, yakni tahap ke-2 dan ke-3 peneliti akan memaparkan hasil kegiatan intervensi selama kurang lebih 4 minggu, yang berupa jenis-jenis kegiatan subyek yang sebelumnya telah dicatat jenis-jenis kegiatannya dan kemudian hasil dari kegiatan tersebut, dimana dari hasil ini dapat dilihat kemampuan subyek dalam melatih tingkat kemandiriannya, dan juga dapat dilihat kelemahan, kelebihan dan keluhan-keluhan subyek saat ia tidak mampu melaksanakan salah satu atau beberapa tugasnya.

Dari pelaksanaan intervensi tahap ke-2 (yang bertujuan untuk melatih kemandirian subyek) menunjukkan adanya perubahan perilaku meskipun tidak terlalu mencolok ini dapat dilihat dari beberapa indikator, yang salah satunya adanya perubahan pada diri subyek yaitu terlihat lebih bersemangat dalam menjalankan tugas-tugas yang telah disusun dan disepakati oleh subyek pada saat penyusunan rancangan intervensi. Hal ini didasarkan pada hasil saat pelaksanaan intervensi berlangsung hingga akhir pelaksanaan. Adapun jenis-jenis kegiatan yang harus dikerjakakan subyek untuk dijadikan sebagai acuan dalam pemberian tugas diantaranya: Bangun pagi & sholat Shubuh, membuka toko, menyapu, mengelap etalase, melayani pembeli, menata barang/aksesoris,

memberi daftar harga (memberi label pada sejumlah barang), mengecek keluar masuk barang persiapan menutup toko.

Pada semua daftar tugas yang diberikan, subyek rata-rata mampu melakukan tugasnya dengan baik, hanya saja pada hari pertama dan kedua saat pelaksanaan intervensi dimulai subyek masih belum menunjukkan perubahan yang nampak, baru memasuki hari ketiga perubahan pada diri subyek sudah mulai terlihat hingga akhir intervensi. Ini juga didasarkan pada hasil wawancara terhadap anak subyek, teman kerja dan subyek sendiri. Subyek merasakan perasaan senang dan lebih termotivasi ketika dirinya dapat melaksanakan tugasnya dengan baik, namun terkadang muncul keluhan ketika ia tidak mampu atau sanggup mengerjakan tugas-tugasnya, misalnya: subyek tidak tahu bagaimana cara mengerjakan tugas tersebut, merasa lelah dan jenuh, dan sebagainya. Selanjutnya, tugas dari observer (petugas) mencatat kegiatan atau tugas-tugas apa saja yang sekiranya memberatkan dan subyek tidak mampu melakukannya. Dari daftar tugas (kegiatan) ini selanjutnya menjadi acuan dalam pelaksanaan *social support*.

Pelaksanaan pada tahap ke-3, pada tahap ini subyek diberi intervensi dengan pemberian *social support* dalam berbagai macam bentuk antara lain berupa: Informasi yang dibutuhkan subyek misalkan mengenai tugasnya, pujian kepada subyek saat subyek mampu mengerjakan tugas-tugasnya dengan baik, memberikan nasehat serta motivasi saat subyek mengeluh dan patah semangat, dan memberikan

sesuatu dalam bentuk materi yang salah satunya berupa uang.

Darikeseluruhan serangkaian kegiatan intervensi *social support* berjalan dengan lancar dan sesuai jadwal pelaksanaan. Hal ini ditandai dengan terjalannya rapport yang baik antara peneliti, subyek, anak subyek dan teman-teman subyek yang turut membantu dalam pelaksanaan terapi. serta terjalin kepercayaan dan kerjasama yang harmonis baik sebelum pelaksanaan intervensi hingga selesai pelaksanaannya.

Meskipun pelaksanaan intervensi berjalan dengan lancar, dan menghasilkan perubahan perilaku terhadap subyek, namun masih ada beberapa poin yang harus dievaluasi selama pelaksanaan begitupun juga hasil dari intervensi, sehingga untuk tahap selanjutnya jika pelaksanaan intervensi ini dilanjutkan kembali maka model intervensi yang peneliti rancang dapat direvisi kembali, adapun catatan yang perlu diketahui dalam evaluasi intervensi ini antara lain:

a. Masih adanya para pendamping atau petugas (anak subyek dan teman-temannya) yang bertugas mengamati dan mencatat perilaku subyek, sehingga hal ini dikhawatirkan akan membentuk pola kebiasaan subyek. Misalkan: Pada proses intervensi subyek selalu mendapatkan pengawasan sehingga bisa jadi motivasi subyek untuk melakukan semua tugas-tugasnya bukan atas dasar keinginan dirinya sendiri akan tetapi lebih dikarenakan subyek merasa selalu diawasi dan diperhatikan.

b. Harapan subyek untuk selalu mendapatkan *social support* dari orang sekitarnya semakin

lama akan semakin menguat, sehingga dikhawatirkan jika pemberian *social support* ini berkurang yang mungkin dikarenakan proses intervensi sudah berakhir, maka ada kemungkinan perilaku subyek akan kembali pada kondisi semula, sebab sebelum adanya intervensi *social support* orang-orang di sekitar subyek bersikap biasa saja, artinya mereka semua memperlakukan subyek seperti apa adanya (tidak ada perlakuan istimewa, seperti melakukan pengawasan atas semua kegiatannya). Hal ini berbeda jauh ketika subyek mendapatkan intervensi yang berlangsung dari awal hingga akhir pelaksanaan.

c. Demikian juga dalam pelaksanaan intervensi *social support*, subyek diberi uang tambahan (uang diluar gaji pokok) yaitu di tiap akhir pekan yang diberikan oleh dan dari anaknya sendiri. Hal ini dikhawatirkan dapat mengandung resiko, yaitu ada kemungkinan jika suatu waktu atau pada akhir pekan subyek tidak diberi uang maka kemungkinan akan berpengaruh pada perubahan perilaku sebelumnya.

---

## PENUTUP

---

### **I. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil intervensi yang dilakukan, dapat disimpulkan beberapa hal berikut ini:

1. Pemberian *social support* pada penderita skizofrenia akan berpengaruh positif untuk kesehatan psikologisnya, adapun efek positif dari pemberian *social support* beberapa diantaranya berupa: munculnya perasaan dihargai dan merasa disayangi, menjadi semakin termotivasi serta bersemangat

dalam menjalankan aktifitas dan rutinitas sehari-hari, juga meningkatnya kemandirian pada subyek yang salah satunya ditandai dengan munculnya rasa tanggung jawab dalam mengerjakan tugas-tugasnya.

2. Kepedulian dan keberadaan orang-orang di sekitar penderita skizofrenia, terutama keluarga pasien dianggap perlu, sebab secara perlahan keterlibatannya akan turut membantu dalam proses pemulihan keadaan subyek saat ini, serta dapat meningkatkan kemandiriannya khususnya dalam melakukan aktifitas sehari-hari (*activity daily living*).

## **II. Saran**

Berdasarkan hasil evaluasi terhadap program intervensi yang telah dilakukan, ada beberapa saran yang dapat diberikan, diantaranya:

1. Mengingat program intervensi *social support* yang diberikan kepada subyek belum tuntas, maka saran yang dapat peneliti sampaikan kepada subyek dan "petugas" adalah, hendaknya pelaksanaan intervensi dapat dilanjutkan kembali hingga subyek benar-benar dapat merasakan dampak positif dari *social support*. khususnya dalam hal meningkatkan kemandiriannya atau pemenuhan kebutuhan sehari-hari (*activity daily living*). Namun perlu dicatat, bahwa harus ada batasan kapan pemberian *social support* pada subyek mulai dikurangi sedikit-demi sedikit hingga tahap terminasi dan pada akhirnya subyek mampu men-*support* dirinya sendiri. hal ini perlu dilakukan agar tidak

terjadi ketergantungan pemberian *social support* untuk subyek dari "petugas".

2. Keluarga khususnya, dan masyarakat pada umumnya apabila diantara komunitas tersebut ada salah satu anggota yang menderita skizofrenia, sudah selayaknya untuk diperhatikan dan diberi *social support*, sebab *social support* dapat meminimalisir kekambuhan penderitanya. Jadi, pengobatan secara medikasi (dengan menggunakan obat-obatan) saja tidaklah cukup untuk menangani masalah skizofrenia maka dibutuhkan sebuah intervensi *social support* sebagai pendukung dalam proses pemulihannya. Melatih serta mengasah keterampilan sosial (*social skill*) yang dimiliki penderita skizofrenia sejak dini juga turut membantu memulihkan kondisinya, namun dengan catatan dalam pelaksanaannya harus memperhatikan dan mempertimbangkan kelebihan serta kelemahan penderitanya, sebab aktifitas atau kegiatan yang terlalu berat hingga penderita skizofrenia tidak sanggup melakukannya justru akan memicu kekambuhannya lagi.

3. - Untuk Psikolog klinis:

Bersama-sama dengan profesi lain seperti psikiater agar lebih aktif dalam menjalin komunikasi, sehingga keduanya bisa saling bekerjasama dalam suatu kegiatan yang saling menunjang dalam mengaplikasikan disiplin ilmunya masing-masing. Misalkan, dengan cara mengadakan seminar, pelatihan ataupun workshop seputar skizofrenia, sehingga dari kegiatan tersebut dapat menghasilkan suatu intervensi ataupun

model psikoterapi yang holistik dalam menangani penderita skizofrenia.

- Untuk Pemerintah dan masyarakat:

Dari hasil kajian seminar, pelatihan ataupun workshop yang telah diselenggarakan oleh psikolog klinis dan psikiater, maka hasilnya dapat ditindaklanjuti dengan pihak pemerintah serta instansi terkait, misalkan dengan cara melakukan sosialisasi ke masyarakat secara langsung melalui promosi kesehatan. Misalkan dengan mengambil tema kegiatan "Bagaimana preventif dan cara mengatasi munculnya skizofrenia, atau bagaimana cara mendeteksi dini penderita skizofrenia?". Dengan teknis pelaksanaan, dapat melibatkan langsung ketua RT/RW setempat sebagai fasilitator dan mediator, sementara dari pihak psikolog klinis ataupun psikiater sebagai nara sumber kegiatan tersebut.

---

#### DAFTAR PUSTAKA

---

- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV-TR*. Washington, DC. Text revision edition : Psychiatrist Association.
- Atkinson, R.L., Atkinson R.C., & Hillgard E.R. (1991). *Pengantar Psikologi*, Edisi Kedelapan, Jilid 2. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Bellak, Leopold. (1993). *TAT, CAT, and SAT in Clinical Use* (5th ed.) New York: Allyn & Bacon.
- Buchwald, P., & Schwarzer, C. (2002). Analyzing the mutual influence of social support and controls beliefs in the elderly. In C. Schwarzer, C., & M. Zeidner (Eds.), *Developmental issues in stress and coping* (pp.141-163). Aachen, Germany: Shaker Verlag..
- Cohen, S. (2004). *Social Relationship and Health*. New York: Carnegie Mellon University.
- Conger, J.J. (1991). *Adolescent and Youth: Psychology Development in A Changing World* (4th ed.). New York: Harper Collins Publishers.
- Crider, A.B (1983). *Psychology*. Illionis: Scott, Forestman & Comp.
- Dunkel-Schetter, C (1987). Correlates of Social Support Receipt. *Journal of Personality & Social Psychology* 3 (1), 71-80.
- Dusek, J.B. (1996). *Adolescence Development and Behavior* (3rd ed). New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Haditono, S.R. (1989). *Sikap Mandiri dalam Perubahan Sosial*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada.
- Himpsi Wilayah Jawa Timur. (2003). *Modul Penyegaran Psikodiagnostik Himpsi*. Tidak diterbitkan Untuk Umum.
- Hobfoll, S & Stephens, M.A (1990). *Social Support During Extreme Stress: Consequence & Intervention* (Dalam Sarason B.R, Pierce, G.R & Sarason L.G (1990). *Social Support an Interaction View*. New York: John Wiley).
- Irmansyah, (2002). *Satu Abad Skizofrenia..!*. (<http://www.kompas.cybermedia.go.id/iptek/rubrik/kesehatan.htm>. diakses pada tanggal 8 Juni 2007)
- Johnson, D.W & Johnson, F.P, (1991). *Joining Together*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Kaplan, H.I, Saddock, B.J & Grebb, J.A. (1997). *Sinopsis Psikiatri dalam pengetahuan perilaku psikiatri klinis*. Jilid 2. edisi 7.

- (Terjemahan oleh Dr Wijaya K). Jakarta: Bina Rupa Aksara
- Kartono, K. (1989). Psikologi Abnormal Dan Abnormalitas Seksual. Bandung: Penerbit Mandar Maju.
- Koch, C. (1952). The Tree Test : The Tree Drawing Test as An Aid in Psychodiagnosis. Bern : Hans Huber Publisher Berne.
- Kuperminc, G.P., Joseph, A.P., & Arthur, M.W.(1996). Autonomy, relatedness, and male adolescent delinquency: Toward a multidimensional view of social competence. *Journal of Adolescence Research*,11,4, 397-420.
- Lamman, M.S., Avery, C.B, & Frank, S.J. (1998). Young adult's perception of their relationship with warents: individual differences in connectedness, competence, and emotional autonomy. *Journal of Developmental Psychology*,24,5,729-737.
- Lindzey, G.,& Aronson, E. (1975). Hand book of Social Psychology. Vol.3. New York:John Willey& Sons.
- Maramis, W.F. (1999). Catatan ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya: Airlangga University Press
- Martaniah, S.M. (1999). Hand Out Psikologi Abnormal. Yogyakarta: Fakultas Psikologi Universitas Gadjah Mada.
- Morrison,J. (1995). DSM-IV Made Easy. New York: The Guilford press
- Mu'tadin, Z.(2002,25 Juni). Kemandirian sebagai Kebutuhan Psikologis Pada Remaja. [on-line]. ([www.e-psikologi.com/remaja/250602.htm](http://www.e-psikologi.com/remaja/250602.htm), diakses pada tanggal 28 Juni 2007).
- Neale, J.M, Davison, G.C & Haaga, D.A.F. (1996). Exploring abnormal psychology. Toronto: John Wiley Sons,Inc.
- Newman, B.M & Newman P.R.(1991). Development Through Lified Psychosocial Approach (5th ed). Chicago: The Dorsy Press.
- Peterson, C. (1996). Looking Forward Through The Life Span: Developmental Psychology (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Poerwandari, E. K. (2001). Pendekatan Kualitatif untuk Penelitian Perilaku Manusia. Edisi Revisi. Jakarta : Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi (LPSP3) UI.
- Rahayu,I.T. & Ardiani,T.A. (2004). Observasi dan Wawancara. Malang: Bayumedia Publishing.
- Rathus, S.A.& Nevid, J.J. (1991). Abnormal Psychology. New Jersey, Prentice Hall,Englewood Cliffs.
- Rich, D. (1992). The Adolescent (6th ed.). New York: Allyn & Bacon.
- Rook, K.S & Dooley, D.(1985). Applying social support research: Theoretical, problem and future direction. *Journal of Social Issues*, 41 (1), 7-13.
- Sarason, B.R.; Pierce, G.R & Sarason L.G (1990). Social Support an Interaction View. New York: John Wiley.
- Sarwindah,D.S.P. (2004). Diktat Kuliah Psikodiagnostika VIII (TAT & CAT). Surabaya: Fakultas Psikologi Universitas 17 Agustus.
- Schwarzer,R., & Schulz,U. (2002). The role of stressful life events.In A. M. Nezu,C.M. Nezu & P.A. Geller (Eds), *Comprehensive handbook of psychology*,

Vol.9: Health psychology. New York: Wiley.

Shaw, M. (1977). Group Dynamics: The Psychology of Small Group of Behavior (2nd ed). New York: Mc Graw-Hill Publishing.

Sudiyanto, A. Idul Fitri dapat menyehatkan jiwa manusia  
(<http://www.litbang.depkes.go.id/lokaciamis/artikel/sehat-arda.htm>, diakses pada tanggal 4 Juni 2007).

Suhapti (1989). Kumpulan Materi Kuliah Psikodiagnostika. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.

Sutatminingsih, R. (2002). Artikel skizofrenia. Sumatera: Universitas Sumatera Utara: Fakultas kedokteran.

Thoits, PA (1986). Social Support Coping Assistance, Journal of Consulting & Clinical Psychology 54 (4), 416-423.

Vinacke, W.E. (1994). Independence Personality. Dalam Raymond J.Corsini (Eds). Encyclopedia of Psychology (2nd ed, Vol.2, P.222-223). Canada: John Willey & Sons

Watson, D.L. (1984). Social Psychology Science & Application, New York: Scott, Foresmen & Comp.

Wicakcana, I, (Oktober 2000)., Skizofrenia: Antara kerja dan kualitas hidup.  
(<http://www.kompas.cybermedia.go.id/iptek/rubrik/kesehatan.htm>. diakses pada tanggal 8 Juni 2007)

Wortman, C.B ,Loftus E.F & Marshal, E.M (1992). Psychology (4th Edition). New York: Mc.Graw Hill