

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kualitas Hidup

2.1.1 Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup merupakan keseluruhan aspek dalam kehidupan dan pengalaman seseorang. Kualitas hidup memiliki beberapa definisi, tidak mudah untuk dapat mendefinisikan kualitas hidup secara tepat. Pengertian tentang kualitas hidup telah banyak dikemukakan oleh para ahli, namun semua pengertian tersebut tergantung dari siapa yang membuatnya dan terkadang antara satu dengan para ahli lainnya mengemukakan pengertian yang hampir sama dan kadang juga tidak.

Fayers dan Machin (2007, dalam Diatmi & Fridari, 2014) mengemukakan bahwa kualitas hidup adalah pandangan atau perasaan seseorang terhadap kemampuan fungsionalnya akibat terserang oleh suatu penyakit. Kualitas hidup ini sangat berkaitan dengan hal-hal yang cukup kompleks seperti kesehatan fisik, kondisi psikologis, hubungan sosial, dan hubungan individu tersebut dengan lingkungannya (WHO, 2004).

Kualitas hidup yang digambarkan sebagai konstruk yang luas juga didukung oleh pernyataan dari Haas pada tahun 1999 bahwa kualitas hidup adalah evaluasi multidimensional dari kondisi hidup individu saat ini dalam budaya dimana ia hidup dan nilai yang di anut (Bell, 2005).

Menurut Sarafino dan Smith (2010) kualitas hidup diartikan sebagai usaha pasien (orang yang sakit) dalam kegiatannya untuk dapat menjaga kesehatannya. Karena dengan memiliki kualitas hidup yang baik maka ia akan memiliki harapan untuk dapat dapat sehat kembali. Keputusan untuk

tetap hidup biasanya sangat dipengaruhi oleh kualitas hidup seseorang pada saat ini atau masa depannya.

Definisi kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat diartikan sebagai respon emosi dari penderita terhadap aktivitas sosial, emosional, pekerjaan dan hubungan antar keluarga, rasa senang atau bahagia, adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan yang ada, adanya kepuasan dalam melakukan fungsi fisik, sosial dan emosional serta kemampuan mengadakan sosialisasi dengan orang lain. (Calman, 1984).

WHO (1997) menjadi badan dunia yang secara global menetapkan konsep mengenai kualitas hidup yang telah di tinjau oleh beberapa ahli secara internasional dan di generalisasikan ke beberapa negara.

Quality of life as individual's perception of their position in life in the context of the culture and value system in which they live and in relation to their goals, espextation, standart and concerns (WHO 1997).

Artinya, kualitas hidup merupakan persepsi dari individu dalam kehidupan, dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan nilai-nilai, harapan, standar hidup dan kekhawatiran dalam hidup.

Hal tersebut menjadikan kualitas hidup menjadi sebuah konsep yang luas dan berpengaruh kompleks dengan kesehatan fisik individu, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, kepercayaan pribadi, dan hubungannya dengan lingkungan individu. Kualitas hidup berhubungan dengan apek budaya, sosial, dan lingkungan dari individu. Definisi kualitas hidup ini merupakan persepsi individu mengenai kualitas hidupnya, sehingga tidak mengukur pada gejala-gejala dan kondisi penyakit dari individu. Hal ini membuat kualitas hidup lebih mengukur dampak dari penyakit tersebut. Kualitas hidup tidak dapat begitu saja disamakan dengan status kesehatan, gaya hidup, kepuasan hidup, kondisi mental, atau kesejahteraan. Kualitas

hidup merupakan konsep multidimensional yang menggabungkan persepsi individu dan aspek lainnya dari kehidupan individu (Bell, 2005).

Kualitas hidup didefinisikan berfokus pada persepsi individu mengenai posisi kehidupannya saat ini. Persepsi tersebut dapat dipengaruhi oleh budaya dan sistem nilai yang ada di tempat individu tinggal. Definisi yang dikemukakan oleh O'Connor (1993), individu dalam mempersepsikan kondisi kehidupannya saat ini, dapat dilihat dari seberapa jauh perbedaan antara kondisi kehidupan individu saat ini dengan kondisi kehidupan yang diinginkan oleh individu tersebut. Bila dikaitkan dengan penjelasan yang dikemukakan oleh Calman (1984), kualitas hidup yang baik adalah saat harapan individu akan kehidupannya saat ini dapat sesuai dan terpenuhi. Kebalikannya, kualitas hidup yang buruk terjadi saat harapan tidak sesuai dengan kehidupan yang dijalani oleh individu pada saat ini.

Oleh karena itu, untuk mendefinisikan secara pasti mengenai kualitas hidup bukanlah hal yang mudah, dikarenakan kualitas hidup memiliki arti dan pemahaman yang begitu banyak dari para ahli. Pada masing-masing individu juga memiliki pemahaman dan penilaian yang berbeda-beda terhadap kualitas hidupnya (subjektif), namun dapat ditarik kesimpulan bahwa kualitas hidup dapat dinilai dari berbagai aspek kehidupan. Dimana berdasarkan konsep dari *WHOQOL-100* (Lopez & Snyder, 2004) baik buruknya kualitas hidup seseorang dapat dilihat dari persepsi individu terhadap kualitas hidupnya, gambaran individu mengenai kesehatannya secara umum dan dari 6 dimensi lainnya, yaitu dimensi fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, lingkungan, dan spritualitas. Kemudian pada akhirnya jumlah dimensi *WHOQOL-100* dibuat menjadi lebih padat pada *WHOQOL-BREF*, dimana pada *WHOQOL-100*, terdapat 6 dimensi seperti yang telah dijelaskan sebelumnya, sedangkan pada *WHOQOL-BREF* terdapat 4 dimensi saja. Pada *WHOQOL-BREF*, dimensi spiritualitas dimasukkan pada dimensi psikologis dan dimensi tingkat kemandirian dimasukkan pada dimensi fisik (Lopez & Snyder, 2004).

2.1.2 Dimensi-Dimensi Kualitas Hidup

2.1.2.1 WHOQOL-100

a. Kesehatan Fisik

Dalam dimensi fisik ini terdiri dari rasa sakit dan ketidaknyamanan, energi dan kelelahan, aktifitas seksual, tidur dan beristirahat, dan terakhir fungsi sensori.

b. Psikologis

Dimensi psikologis ini terdiri dari perasaan yang positif, berpikir, pembelajaran, mengingat, dan konsentrasi, *self-esteem*, citra tubuh dan penampilan, dan terakhir perasaan negatif.

c. Tingkat Kemandirian

Dimensi tingkat kemandirian ini terdiri dari mobilitas, aktivitas dalam kehidupan sehari-hari, ketergantungan pada substansi medis dan bantuan medis, ketergantungan pada zat non medis (alkohol, tembakau, obat-obatan), kapasitas komunikasi dan bekerja.

d. Hubungan Sosial

Dimensi hubungan sosial ini terdiri dari hubungan personal, dukungan sosial, dan memiliki aktifitas sebagai penyedia atau pendukung.

e. Lingkungan

Dimensi lingkungan ini terdiri dari kebebasan, keselamatan secara fisik, keamanan lingkungan tempat tinggal, kepuasan kerja, penghasilan atau finansial, fasilitas kesehatan dan fasilitas sosial seperti aksesibilitas dan kualitas, kemudian adanya kesempatan untuk memperoleh informasi dan kemampuan baru, adanya kesempatan untuk berpartisipasi, beraktifitas, dan rekreasi, lalu memiliki lingkungan fisik (polusi, kebisingan, lalu lintas, dan iklim) yang baik, dan transportasi.

f. Spritualitas

Dimensi spritualitas ini terdiri dari agama dan kepercayaan personal.

2.1.2.2 *WHOQOL-BREF*

a. Kesehatan Fisik

- 1) Aktivitas sehari-hari: berkaitan dengan kemampuan individu dalam menjalankan kehidupan sehari-hari, seperti perawatan diri.
- 2) Kebergantungan pada obat-obatan dan alat bantu medis: berkaitan dengan ketergantungan individu terhadap obat-obatan, maupun pengobatan tradisional, seperti akupunktur dan pengobatan herbal, untuk mendukung kesejahteraan fisik dan psikologis individu tersebut.
- 3) Energi dan kelelahan: berkaitan dengan energi, antusiasme yang dimiliki oleh individu dalam menjalani kegiatan sehari-hari.
- 4) Mobilitas: berkaitan dengan kemampuan individu untuk pergi kemana pun tanpa memerlukan bantuan orang lain.
- 5) Rasa sakit dan ketidaknyamanan: berkaitan dengan sensasi fisik yang tidak menyenangkan yang dialami oleh individu dan dapat membuat individu merasa terganggu dalam menjalankan kegiatan sehari-hari.
- 6) Tidur dan istirahat: berkaitan dengan kepuasan individu terhadap kualitas tidur dan istirahat.
- 7) Kapasitas kerja: berkaitan dengan kemampuan individu dalam menjalani pekerjaannya.

b. Psikologis

- 1) Gambaran tubuh dan penampilan: berkaitan dengan kepuasan individu terhadap citra tubuh dan penampilannya.
- 2) Perasaan negatif: berkaitan dengan seberapa sering individu mengalami perasaan negatif, seperti putus asa, cemas, kesepian, depresi, kehilangan semangat, kehilangan kesenangan dalam hidup.

- 3) Perasaan positif: berkaitan dengan seberapa sering individu mengalami perasaan positif, seperti bahagia, penuh harapan, dan menikmati hal-hal baik.
- 4) Harga diri: berkaitan dengan bagaimana perasaan individu terhadap dirinya, baik positif maupun negatif, termasuk juga kepuasan individu terhadap dirinya.
- 5) Spiritualitas/agama/keyakinan pribadi: berkaitan dengan keyakinan pribadi individu dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi kualitas hidup individu.
- 6) Berpikir, belajar, memori dan konsentrasi: berkaitan dengan pandangan individu mengenai kemampuannya dalam berpikir, berkonsentrasi, kemampuan belajar, dan juga daya memori individu.

c. Hubungan Sosial

- 1) Hubungan personal: berkaitan dengan perasaan individu akan pertemanan, cinta yang didapatkan dari hubungan pribadi yang dimiliki individu dengan orang-orang disekitarnya.
- 2) Dukungan sosial: berkaitan dengan seberapa jauh individu merasakan penerimaan, komitmen, dan mendapatkan bantuan yang diberikan oleh orang-orang disekitarnya.
- 3) Aktivitas seksual: berkaitan dengan seberapa jauh individu mampu mengekspresikan dan menikmati dorongan seksual yang dimilikinya dengan cara yang tepat.

d. Lingkungan

- 1) Sumber daya keuangan: berkaitan dengan pandangan individu mengenai sumber pendapatan yang dimilikinya dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.
- 2) Kebebasan, keselamatan dan keamanan fisik: berkaitan dengan perasaan individu akan keamanan dan keselamatannya dari berbagai hal yang mengancam keselamatannya.

- 3) Kesehatan dan kepedulian sosial, aksesibilitas dan kualitas: berkaitan dengan pandangan individu akan pelayanan kesehatan dan sosial serta seberapa mudah individu mendapatkan pelayanan tersebut.
- 4) Lingkungan rumah: berkaitan dengan tempat tinggal individu, seperti kenyamanan, kebersihan, dan kualitas bangunan.
- 5) Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru : berkaitan dengan seberapa besar kesempatan yang dimiliki oleh individu untuk mempelajari kemampuan baru atau pun mempelajari pengetahuan.
- 6) Partisipasi dan kesempatan untuk rekreasi/bersenang-senang: berkaitan dengan kemampuan, kesempatan dan kecenderungan individu untuk melakukan aktivitas yang menyenangkan.
- 7) Lingkungan fisik (pencemaran/kebisingan/lalu lintas/iklim): berkaitan dengan pandangan individu terhadap lingkungan disekitarnya, termasuk kebisingan, pencemaran, dan cuaca.
- 8) Transportasi: berkaitan dengan pandangan individu terhadap ketersediaan dan kemudahan individu untuk menemukan dan menggunakan jasa transportasi.

2.1.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup tidak selalu sama antara penelitian satu dengan yang lainnya. Berikut merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup berdasarkan penelitian-penelitian atau argumentasi yang dikemukakan oleh para ahli:

- a. O'Connor (1993) menyatakan bahwa kualitas hidup dapat dipengaruhi oleh standard referensi yang digunakan individu seperti harapan, aspirasi, memiliki persamaan perasaan antara diri dengan orang lain.
- b. WHO (dalam Lopez & Snyder, 2004) juga memberikan definisi bahwa kualitas hidup akan dipengaruhi oleh harapan, tujuan, standard dari persepsi masing-masing individu tersebut.

- c. WHO (1997) menyatakan bahwa persepsi masing-masing individu mengenai kualitas hidupnya akan sangat dipengaruhi oleh konteks budaya dan sistem nilai dimana individu itu tinggal.
- d. Diatmi dan Fridari (2014) menemukan bahwa dukungan sosial dapat mempengaruhi kualitas hidup orang-orang yang menderita sakit parah seperti kanker. Penelitian yang dilakukan oleh Hardianti (2013) menemukan bahwa *sense of humor* dapat memberikan pengaruh yang positif terhadap kualitas hidup pada orang lanjut usia.
- e. Nordenfelt (1996) menjelaskan bahwa kualitas hidup diukur berdasarkan kondisi eksternal, hubungan interpersonal, dan juga keadaan mental dari individu. Kondisi eksternal mencakup kondisi pekerjaan, keadaan finansial, dan juga kondisi kehidupan individu. Hubungan interpersonal mencakup hubungan individu dengan orang-orang disekitarnya, misalnya hubungan keluarga dan hubungan pertemanan, keadaan mental mencakup realisasi diri, kebebasan, kepercayaan diri, penerimaan diri, pengalaman emosional, kebahagiaan, dan keamanan.
- f. Calman (1984) mengemukakan bahwa kualitas hidup hanya dapat digambarkan dan diukur pada diri individu bergantung pada gaya hidup, pengalaman masa lalu, harapan akan masa depan, mimpi, dan ambisi yang dimiliki oleh individu.

2.1.4 Pengukuran Kualitas Hidup

Kualitas hidup diukur menggunakan *WHOQOL-BREF* yang disusun oleh World Health Organization. *WHOQOL-BREF* merupakan instrumen yang dikembangkan dari instrumen pengukuran kualitas hidup *WHOQOL-100*. *WHOQOL-BREF* dikembangkan karena *WHOQOL-100* yang terdiri dari 100 aitem dirasa kurang praktis dalam penggunaannya.

WHOQOL-BREF dikembangkan dengan menyediakan format pendek untuk mengukur kualitas hidup. *WHOQOL-BREF* terdiri dari 26 pertanyaan untuk menyediakan alat ukur yang luas dan komprehensif. Satu aitem dari 24

area yang ada pada *WHOQOL-100* dimasukkan pada alat ukur ini. Sebagai tambahan, dua aitem dari area kualitas hidup dan kondisi kesehatan secara umum juga dimasukkan.

2.2 Penerimaan Diri

2.2.1 Definisi Penerimaan Diri

Sulaiman (1995) mengemukakan bahwa seseorang yang menerima dirinya memiliki penghargaan yang tinggi tentang sumber-sumber yang ada pada dirinya digabungkan dengan penghargaan tentang kebergunaan dirinya, percaya akan norma-norma serta keyakinan-keyakinan sendiri dan mempunyai pandangan realistis tentang keterbatasan-keterbatasannya tanpa menimbulkan tindakan penolakan diri. Dengan kata lain penerimaan diri adalah individu yang menerima kehadiran dirinya, mengenal, dan menghargai potensi-potensi dirinya.

Hurlock (2006) menyatakan bahwa individu yang menerima dirinya memiliki penilaian yang realistik tentang sumber daya yang dimilikinya, yang dikombinasikan dengan apresiasi atas dirinya secara keseluruhan. Artinya, individu itu memiliki kepastian akan standar dan teguh pada pendirian, serta mempunyai penilaian yang realistik terhadap keterbatasannya tanpa mencela diri.

Ahli lain yaitu Chaplin (2004) berpendapat bahwa penerimaan diri adalah sikap yang merupakan rasa puas pada kualitas dan bakat, serta pengakuan akan keterbatasan diri. Pengakuan akan keterbatasan diri ini tidak diikuti dengan perasaan malu ataupun bersalah. Individu ini akan menerima kodrat mereka apa adanya. Dapat dikatakan bahwa pada dasarnya penerimaan diri merupakan asset pribadi yang sangat berharga.

Penerimaan diri didefinisikan sebagai konsep dimana individu yang mengutamakan nilai-nilai yang terinternalisasi daripada tekanan eksternal

dalam berperilaku; berperilaku berdasarkan nilai yang telah diyakini dirinya sendiri; meyakini bahwa dirinya memiliki kapasitas untuk menghadapi kehidupan; bertanggungjawab atas segala perbuatannya; menerima pujian dan kritikan dari orang lain secara objektif; menerima diri apa adanya; menganggap dirinya layak dan memiliki kesempatan yang sama dengan orang lain; menginginkan orang lain menerima dirinya dalam kondisi apapun; merasa tidak berbeda dari orang lain dan normal dalam bereaksi; dan tidak malu atau memiliki kesadaran diri (Sheerer, 1948).

Suatu tingkat kemampuan individu untuk hidup dengan segala kekhususan diri ini memang diperoleh melalui pengenalan diri secara utuh. Kesadaran diri akan segala kelebihan dan kekurangan diri haruslah seimbang dan diusahakan untuk saling melengkapi satu sama lain, sehingga dapat menumbuhkan kepribadian yang sehat. Jadi, orang yang memiliki penerimaan diri yang baik memahami aset yang dimilikinya dan mampu mengelola asetnya tersebut.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa penerimaan diri merupakan suatu sikap positif dimana seseorang menerima kenyataan dan dirinya sendiri, baik kelebihan maupun kekurangan yang dimilikinya.

2.2.2 Dimensi Penerimaan Diri

Penerimaan diri merupakan variabel unidimensional (Sheerer, 1948). Kemudian Sheerer (1948 dalam Cronbach,1963) menjelaskan lebih lanjut mengenai karakteristik atau indikator individu yang dapat menerima dirinya, yaitu:

- a. Mengutamakan nilai-nilai yang terinternalisasi daripada tekanan eksternal dalam berperilaku. Berperilaku berdasarkan nilai yang telah diyakini dirinya sendiri.
- b. Meyakini bahwa dirinya memiliki kapasitas untuk menghadapi kehidupan. Hurlock (2006) menambahkan bahwa artinya individu tersebut. memiliki

percaya diri dan lebih memusatkan perhatian kepada keberhasilan akan kemampuan dirinya menyelesaikan masalah.

- c. Bertanggungjawab atas segala perbuatannya. Berarti individu memiliki keberanian untuk menghadapi dan menyelesaikan segala resiko yang timbul akibat perilakunya.
- d. Menerima pujian dan kritikan dari orang lain secara objektif. Sifat ini tampak dari perilaku individu yang mau menerima pujian, saran dan kritikan dari orang lain untuk pengembangan kepribadiannya lebih lanjut.
- e. Menerima diri apa adanya. Hurlock (2006) menambahkan bahwa individu yang memiliki sifat ini memandang diri mereka apa adanya dan bukan seperti yang diinginkan. Individu juga dapat mengkompensasikan keterbatasannya dengan memperbaiki dan meningkatkan karakter dirinya yang dianggap kuat, sehingga pengelolaan potensi dan keterbatasan dirinya dapat berjalan dengan baik tanpa harus melarikan diri dari kenyataan yang ada.
- f. Menganggap dirinya layak dan memiliki kesempatan yang sama dengan orang lain. Individu ini mempunyai keyakinan bahwa ia dapat berarti atau berguna bagi orang lain dan tidak memiliki rasa rendah diri karena merasa sama dengan orang lain yang masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan.
- g. Menginginkan orang lain menerima dirinya dalam kondisi apapun.
- h. Merasa tidak berbeda dari orang lain dan normal dalam bereaksi. Ini berarti individu tersebut tidak merasa sebagai orang yang menyimpang dan berbeda dengan orang lain, sehingga mampu menyesuaikan dirinya dengan baik dan tidak merasa bahwa ia akan ditolak oleh orang lain.
- i. Tidak malu atau memiliki kesadaran diri. Artinya, individu ini lebih mempunyai orientasi keluar dirinya sehingga mampu menuntun langkahnya untuk dapat bersosialisasi dan menolong sesamanya tanpa melihat atau mengutamakan dirinya sendiri.

Beranjak dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa individu harus bisa bersikap menerima diri seadanya walaupun banyak terdapat kelemahan. Apabila sikap tersebut dapat tercipta serta mencoba untuk menghargai dan menyayangi diri sendiri, pikiran pun akan menjadi lebih terbuka untuk menerima semua perubahan yang terjadi. Individu yang senantiasa memiliki kepercayaan diri, tidak mudah menyalahkan diri sendiri maupun orang lain merupakan individu yang memiliki penerimaan diri yang baik.

2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Penerimaan Diri

Hurlock (2006) mengemukakan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi seseorang untuk menerima keadaan dirinya adalah:

- a. Pemahaman diri. Pemahaman diri adalah suatu persepsi atas diri yang ditandai oleh keaslian bukan sebuah kebohongan, keterusterangan bukan yang berbelit-belit. Pemahaman diri dan penerimaan diri mempunyai hubungan positif. Semakin seseorang memahami dirinya, maka semakin baik ia menerima dirinya dan sebaliknya.
- b. Harapan yang realistis. Pengharapan yang tidak realistis muncul bila terdapat jarak antara kenyataan diri yang sesungguhnya dengan konsep diri yang ideal, selama terdapat jarak yang jauh antara kenyataan dan konsep diri ideal cenderung akan terjadi penolakan pada diri individu yang bersangkutan. Apabila pengharapan yang ingin dicapai adalah pengharapan yang realistis, kesempatan untuk mencapainya akan muncul dan mendukung terbentuknya kepuasan diri sendiri, sehingga pada akhirnya membentuk sikap penerimaan terhadap diri sendiri.
- c. Tidak hadirnya hambatan-hambatan dari lingkungan. Ketidakmampuan untuk mencapai tujuan yang realistis dapat disebabkan oleh kemampuan individu yang bersangkutan untuk mengontrol adanya hambatan-hambatan dari lingkungan, misalnya ras, gender, dan kepercayaan. Seseorang yang menyadari bahwa sebenarnya dia mampu tetapi dikarenakan adanya hambatan dari lingkungan menjadi sulit untuk

memiliki penerimaan diri yang baik. Jika hambatan-hambatan dari lingkungan tersebut diabaikan atau diminimalisir, seseorang dapat mencapai tujuan yang realistisnya. Tercapainya tujuan tersebut akan mendukung terbentuknya penerimaan diri.

- d. Lingkungan sosial yang mendukung. Perlakuan lingkungan sosial terhadap seseorang dapat membentuk tingkah laku orang tersebut. Seseorang yang mendapatkan perlakuan lingkungan sosial yang mendukung akan dapat menerima dirinya sendiri dengan lebih baik begitu juga sebaliknya apabila seseorang tidak mendapatkan dukungan dari lingkungan maka akan sulit menerima dirinya sendiri.
- e. Tidak adanya tekanan emosi yang berat. Tekanan yang berat dan berkelanjutan seperti yang terjadi di lingkungan kerja atau rumah dimana kondisi emosi sedang tidak baik dapat mengakibatkan gangguan yang berat sehingga tingkah laku orang tersebut dinilai menyimpang dan orang lain menjadi terlihat selalu mecela dan menolak orang tersebut. Kondisi-kondisi ini memberikan sumbangan negatif bagi penilaian terhadap lingkungan sosial yang menjadi dasar terhadap penilaian diri sendiri dan terhadap penerimaan diri.
- f. Kesuksesan yang terjadi, kegagalan yang dialami menjadikan seseorang melakukan penolakan terhadap diri sendiri, sebaliknya kesuksesan yang sering terjadi menumbuhkan penerimaan terhadap diri sendiri. Sering atau tidaknya sukses yang terjadi dapat dinilai secara kuantitatif ataupun kualitatif. Walaupun jumlah terjadinya kegagalan lebih banyak daripada jumlah kesuksesan, namun bila kesuksesan tersebut terjadi pada sesuatu yang sangat penting dan sangat berarti, maka meskipun kuantitasnya sedikit tetapi terasa sangat berkualitas, sehingga melebihi jumlah kegagalan sebelumnya, baik dari penilaian masyarakat maupun penilaian diri sendiri.
- g. Identifikasi bagi orang yang mempunyai penyesuaian diri yang baik. Individu yang mengidentifikasi diri dengan orang yang memiliki

penyesuaian diri yang baik akan terpengaruh untuk mengembangkan tingkah laku positif terhadap hidupnya. Tingkah laku positif tersebut menandakan penilaian diri yang positif serta menunjukkan adanya penerimaan diri yang baik.

- h. Cara seseorang melihat diri sendiri, seseorang yang dapat melihat dirinya sendiri dengan benar memiliki pengertian terhadap diri sendiri. Cara seseorang memandang diri tersebut akan menentukan penerimaan dirinya.
- i. Pendidikan yang baik pada masa kanak-kanak, meskipun bermacam-macam penyesuaian yang dilakukan oleh seseorang dapat mengubah secara radikal dan membuat hidup orang tersebut semakin baik, namun pusat dari konsep diri yang menentukan jenis penyesuaian diri yang akan dilakukan terletak pada masa kanak-kanak.

2.2.4 Ciri-Ciri Penerimaan Diri

Ciri-ciri orang dengan penerimaan diri menurut Sheerer (1948 dalam Cronbach, 1963) adalah:

- a. Mempunyai keyakinan akan kemampuan untuk menghadapi kehidupannya.
- b. Menganggap dirinya berharga sebagai seorang manusia yang sederajat dengan orang lain.
- c. Berani memikul tanggung jawab atas perilakunya.
- d. Menerima pujian dan celaan secara objektif
- e. Tidak menyalahkan diri sendiri akan keterbatasan yang dimilikinya ataupun mengingkari kelebihanannya.

Menurut Jersild (dalam Hurlock, 2006) ciri-ciri individu yang telah menerima dirinya adalah sebagai berikut:

- a. Memiliki penghargaan yang realistis terhadap kelebihan-kelebihan dirinya.

- b. Memiliki keyakinan akan standar-standar dan prinsip-prinsip diri tanpa harus diperbudak oleh opini individu-individu lain.
- c. Memiliki kemampuan untuk memandang dirinya secara realistis tanpa harus menjadi malu akan keadaannya.
- d. Mengenali kelebihan-kelebihan dirinya dan bebas memanfaatkannya.
- e. Mengenali kelemahan-kelemahan dirinya tanpa harus menyalahkan dirinya.
- f. Memiliki spontanitas dan rasa tanggung jawab dalam diri
- g. Menerima potensi dirinya tanpa menyalahkan dirinya atas kondisi-kondisi yang berada diluar kontrol mereka.
- h. Tidak melihat diri mereka sebagai individu yang dikuasai rasa marah, takut, atau menjadi tidak berarti karena keinginan tertentu. Dirinya bebas dari ketakutan untuk berbuat salah.
- i. Merasa memiliki hak untuk memiliki ide-ide dan keinginan dan harapan tertentu.
- j. Tidak merasa iri akan kepuasan-kepuasan yang belum diraih.

Berdasarkan beberapa ciri-ciri diatas maka dapat disimpulkan bahwa ciri-ciri penerimaan diri dari penderita gangguan bipolar adalah memiliki keyakinan dan kemampuan dalam menjalani kehidupan, menganggap dirinya sebagai seorang manusia yang bermanfaat dan sederajat dengan individu lain, mengenali dan menerima semua kelebihan dan kekurangan dalam dirinya, serta mampu memanfaatkan dirinya dengan baik, bukan menyalahkan dirinya sendiri, serta mampu menerima kritik dan pujian secara objektif.

2.2.5 Pengukuran Penerimaan Diri

Pengukuran penerimaan diri dalam penelitian ini menggunakan skala penerimaan Berger (1951) diri yang diadaptasi konsep dan teori Sheerer (1948). Terdapat 36 aitem dalam skala ini, yang bertujuan untuk *assessment*

penerimaan diri berdasarkan indikator-indikator yang dikembangkan oleh Berger.

2.3 Harapan

2.3.1 Definisi Harapan

Sebagian besar teori dan ide konsep dari harapan dapat dikelompokkan dalam basis emosional atau kognisi. Dua perspektif ini merupakan awal mula bersatunya antara harapan dengan kualitas afektif dan kognitif (Lopez & Snyder, 2005).

Harapan merupakan sebuah emosi, konstruksi harapan dari sisi afektif ternyata lebih sedikit dibandingkan dari sisi kognitif. Averil, Catlin, & Chon (1990, dalam Farran, Herth, & Popovich., 1995) mendeskripsikan teori mereka mengenai harapan sebagai sebuah emosi meskipun hal tersebut diperintahkan oleh kognisi. Lingkungan yang disebutkan dalam teori ini memiliki efek pada perkembangan deteriorasi dari harapan. Mereka memandang harapan sebagai hal yang paling pantas ketika suatu tujuan dapat dicapai secara masuk akal dan dipandang penting oleh beberapa individual, serta dapat diterima dalam konteks sosial. Harapan berasal dari latar belakang konstruksi sosial, sehingga untuk mendapatkan arti yang sesungguhnya, maka harus mengacu pada norma-norma dan aturan dari masyarakat tertentu. Averil dan rekannya juga percaya bahwa harapan hanya dapat dipahami melalui konteks sosial dan budaya individu itu sendiri. Sejalan dengan hal tersebut, Bandura (1977, dalam Farran, dkk., 1995) menjelaskan teori pembelajaran sosial sebagai salah satu dasar teori yang mendukung atribusi rasional terhadap harapan.

Mowrer (1960, dalam Lopez & Snyder, 2005) mengkonsepkan harapan sebagai dasar sudut pandang perilaku dan harapan dianggap sebagai bentuk afektif dari penguatan sekunder. Dalam hasil penelitiannya

dengan binatang, Mowrer menyadari bahwa ketika bekerja dengan paradigma respon stimulus, emosi dari harapan sepertinya akan muncul dalam subjek ini (binatang). Pada saat unsur-unsur afektif diinduksikan kepada binatang, ternyata hal tersebut dapat menjadi sumber penguat untuk subjek sehingga kinerjanya menjadi bertambah. Dengan cara ini harapan dapat menopang perilaku dengan memberikan kontribusi pada penguatan stimulus yang asli. Dalam kasus ini emosi dari harapan nampaknya telah mendorong para binatang untuk dapat mencapai tujuan mereka.

Berlawanan dengan paradigma respon stimulusnya Mowrer, Marcel telah membuat konsep yang lebih jauh atau berfikir lebih maju dengan memberikan pendekatan filosofi bahwa "*I hope in thee for us*" pandangan ini dinilai tidak individualistik dan melihat bahwa harapan diaplikasikan ke masyarakat sebagai sebuah kesatuan. Berdasarkan pengalaman kerjanya dengan tahanan perang dunia kedua, Marcel mengajukan bahwa harapan adalah sebuah bentuk afektif dari koping yang dapat digunakan dalam lingkungan yang kejam di dalam penjara. Berdasarkan dengan teori dari Marcell, harapan harus hadir dalam rasa putus asa yang melekat pada diri individu. Pandangan Marcel telah mendefinisikan bahwa harapan hanya bisa diaplikasikan pada saat situasi tidak berdaya (Lopez & Snyder, 2005).

Harapan dalam segi kognitif, telah menerima banyak perhatian dalam penelitian. Sebagai contohnya hasil penelitian dari Erikson (1964, dalam Farran, dkk., 1995) menyarankan bahwa harapan merupakan salah satu elemen dari perkembangan kognitif yang sehat. Ia mendefinisikan harapan sebagai "kepercayaan yang tidak akan habis dalam kemampuannya untuk dapat mencapai harapan yang kuat, terlepas dari keinginan yang sulit dan rasa marah". Oleh karena itu harapan merupakan suatu pikiran atau kepercayaan yang memungkinkan seseorang untuk terus bergerak menuju ke tujuannya. Erikson meletakkan harapan dalam konteks perkembangan, menempatkan bahwa kita ternyata sudah berharap sejak dilahirkan.

Breznite (1986, dalam Lopez & Snyder, 2005) juga condong mendefinisikan harapan secara kognitif, menyarankan bahwa harapan berhubungan dengan pikiran yang muncul sekejap atau gambaran dari statement kognitif. Untuk dapat mempengaruhi harapan dalam diri seseorang, harus dilakukan dengan menginduksikan respon psikologis dan dilakukan dengan secara terus menerus, sebagai contoh mengucapkan kata *"I will be fine"* yang artinya aku baik-baik saja kepada diri sendiri. Breznitz (1986, dalam Lopez & Snyder, 2005) juga mengidentifikasi harapan sebagai sebuah ilusi dan perjuangan perbedaan antara harapan dan penyakalan.

Gottschalk (1974, dalam Lopez & Snyder, 2005) melihat harapan dalam arti yang positif, ia mendefinisikan harapan sebagai sekumpulan rasa optimis yang memberikan keluaran yang baik pada diri individu, ia juga berpendapat bahwa harapan dapat muncul secara luas pada isu-isu seperti fenomena *cosmic* dan kejadian-kejadian spiritual. Secara kognitif harapan juga dilihat sebagai komunikasi antara ekspetasi dan hasrat.

Sedangkan menurut Snyder (1994) harapan adalah:

"Mental willpower plus waypower for goals. Willpower, in this definition is 'the driving force to hopeful thinking'. It is a sense of mental energy that helps move a person toward a goal. Waypower, the second component in the hope equation, is the mental capacity used to find a way to reach your goals. It reflects the mental plans or road maps that guide hopeful thought".

Berdasarkan definisi harapan di atas, harapan terdiri dari *willpower* dan *waypower* untuk mencapai tujuan (*goals*). Harapan dalam diri individu direfleksikan dengan kemampuannya untuk mendefinisikan tujuan yang ingin dicapai dengan jelas, memiliki motivasi untuk menggunakan berbagai strategi dalam meraih tujuan (*willpower*), dan mengembangkan strategi untuk meraih tujuan tersebut (*waypower*).

Harapan didasarkan pada harapan positif dalam pencapaian tujuan. Harapan merupakan suatu keadaan termotivasi secara positif yang didasarkan pada hubungan interaktif antara *agency/will power* (energi yang mengarah pada tujuan) dan *pathway/way power* (rencana untuk mencapai tujuan) (Lopez dan Snyder, 2005).

Jadi, harapan adalah perpaduan dari *willpower* dan *waypower* untuk dapat mencapai suatu tujuan pada setiap masing-masing individu. Harapan juga akan menjadi kuat jika didalamnya terdapat tujuan atau *goals* yang jelas dan memiliki jalan atau strategi yang baik dan kuat untuk dapat mencapainya, sehingga hal tersebut tidak hanya akan menjadi sebuah harapan saja namun harapan tersebut akan benar-benar terwujudkan dan menjadi kenyataan.

2.3.2 Dimensi Harapan

Harapan merupakan variabel *unidimensional* (Snyder, 1994). Kemudian Snyder (1994) menjelaskan indikator harapan dalam 3 indikator utama, yaitu tujuan (*goals*), *willpower* dan *waypower*.

2.3.2.1 Tujuan (*goals*)

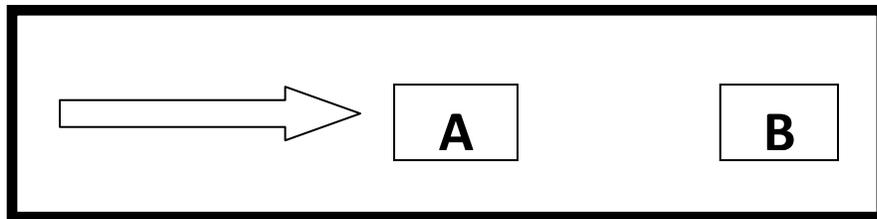
Tujuan merupakan suatu objek, pengalaman, atau hasil (*outcome*) yang dibayangkan dan diinginkan dalam pikiran kita (Snyder, 1994). Dalam hal ini dapat dipahami bahwa tujuan merupakan sesuatu atau sasaran yang ingin didapatkan atau dicapai pada setiap individu, misalnya saja seperti prestasi, kebahagiaan, dan lain-lain. Bentuk dari tujuan sangat bervariasi pada masing-masing individu, dari yang paling abstrak sampai yang konkrit. Proses dalam mencapai tujuan juga bervariasi antar individu, ada yang cepat namun ada juga yang membutuhkan waktu dalam mencapainya.

Pada konsep harapan adanya tujuan yang penting dan besar merupakan hal yang relevan dalam konsepnya. Menurut Snyder (1994) ketika kemungkinan tercapainya tujuan yang diinginkan tidak ada sama sekali (0%) atau sangat pasti dapat dicapai (100%), maka konsep harapan menjadi

tidak relevan. Hal tersebut dikarenakan konsep harapan yang relevan berada pada tujuan yang terletak di antara hal yang tidak mungkin dicapai dan hal yang mungkin dicapai.

2.3.2.2 Willpower

Willpower merupakan suatu kekuatan pendorong dalam berfikir pada harapan (*hopeful thinking*). Menurut Snyder (1994) *willpower* adalah energi mental yang sepanjang waktu mendorong seseorang kearah pencapaian tujuan. Di bawah ini merupakan visualisasi konsep *willpower* menurut Snyder:



Gambar 2.1 Visualisasi Willpower

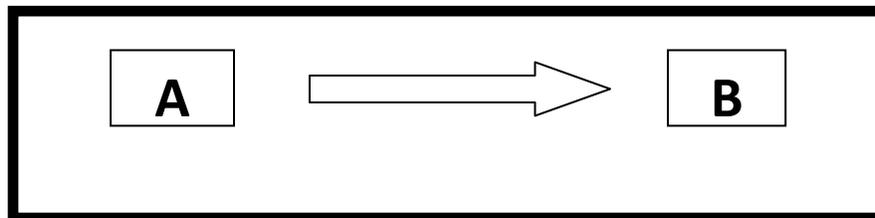
Berdasarkan gambar di atas, *willpower* yang digambarkan dengan tanda panah, merupakan sebuah energi mental yang dimiliki oleh individu untuk menggerakkan individu dari poin A dalam meraih sebuah tujuan yang digambarkan dengan poin B.

Snyder (1994) menjelaskan bahwa didalam *willpower* terdapat keteguhan hati dan komitmen, yang dapat digunakan untuk membantu seseorang kearah pencapaian tujuan. Secara umum *willpower* lebih mudah diaktifkan ketika seseorang memahami dan menggambarkan tujuannya yang jelas dalam pikirannya. Ketika tujuan tidak jelas, seseorang tidak akan terdorong untuk dapat maju. Oleh sebab itu, ketika seseorang telah memperjelas tujuan yang diinginkan, maka ia akan mengisi pemikirannya dengan pemikiran yang aktif dan kuat.

Kemampuan seseorang untuk menciptakan *willpower* didasarkan pada bagaimana pengalaman sebelumnya terkait keberhasilan dalam menggerakkan pikiran (*mind*) dan tubuh dalam mencapai tujuan (Snyder, 1994). Penting untuk dipahami bahwa *willpower* tidak diperoleh ketika seseorang menjalani hidup dengan mudah terutama ketika tujuan tercapai tanpa hadirnya hambatan. Artinya seseorang yang memiliki *willpower* merupakan seseorang yang mampu mengatasi masalah atau kesulitannya di masa lalu.

2.3.2.3 Waypower

Waypower merupakan rencana mental atau peta jalan yang dapat mengarahkan cara individu untuk dapat berpikir penuh dengan harapan (Snyder, 1994). *Waypower* merupakan kapasitas mental yang dapat digunakan untuk menemukan satu atau beberapa jalan yang efektif untuk mencapai tujuan. Berikut merupakan visualisasi konsep *waypower* menurut Snyder:



Gambar 2.2 Visualisasi Waypower

Berdasarkan gambar di atas, *waypower* yang digambarkan dengan tanda panah, menunjukkan rute atau jalur yang harus dilalui individu dari poin A untuk mencapai tujuannya yang digambarkan dengan poin B.

Snyder (1994) menyatakan bahwa persepsi individu dapat terlihat dalam cara berpikir penuh harapan merupakan hal yang penting dalam

pembentukan *waypower*. *Waypower* dimaknai sebagai kemampuan untuk merencanakan sesuatu yang dapat diaplikasikan pada beberapa tujuan yang berbeda, terutama jika tujuan yang ingin dicapai telah didefinisikan dengan jelas.

Waypower ditentukan oleh pengalaman individu ketika berhasil menemukan satu atau lebih jalan menuju tujuan. Individu mampu menemukan berbagai jalan untuk menuju tujuan yang dipengaruhi oleh faktor seperti keberhasilan dalam menemukan jalan lain, ketika dalam jalan utama terdapat hambatan. Keadaan mental tersebut menyebabkan individu menemukan jalan alternatif untuk menuju tujuan yang diinginkan.

Individu yang memiliki *waypower* yang tinggi yakin bahwa terdapat beragam jalan yang dapat ditemukan dalam menuju tujuan. Pada situasi tertentu, individu dengan *waypower* tinggi mampu merubah pola pikirnya untuk menyesuaikan tujuan yang ingin dicapai dan hambatan yang harus dihadapi untuk mencapai tersebut.

2.3.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Harapan

Menurut Snyder (1994) dalam mencapai tujuan yang diinginkan, perilaku individu dipengaruhi oleh interaksi 3 hal, yaitu:

- a. Derajat keberhagaan (*value*) dari hasil tujuan yang dicapai.
- b. Pemikiran mengenai cara atau jalan yang ditempuh dalam mencapai tujuan dan ekspektasi mengenai efektifitas jalan tersebut dalam meraih tujuan.
- c. Pemikiran mengenai *agency* pribadi dan seberapa efektif individu dalam mengikuti jalur untuk mencapai tujuan.

Ketiga faktor diatas dipengaruhi oleh pemikiran yang dikembangkan berdasarkan situasi atau pengalaman masa lalu melalui 2 cara, yakni:

- a. Pemikiran mengenai cara atau jalan yang ditempuh dalam mencapai tujuan berdasarkan pengalaman dan proses perkembangan seseorang terkait dengan korelasi dan kausalitas.

- b. Pemikiran mengenai *agency* berdasarkan pengalaman dan proses perkembangan seseorang terkait dengan diri sendiri sebagai pelaku atau diri sendiri dalam hubungan sebab akibat dengan berbagai pengalaman individu.

2.3.4 Karakteristik Individu dengan Tingkat Harapan Tinggi

Snyder (1994) mengemukakan beberapa karakteristik psikologis individu yang memiliki harapan tinggi, yaitu:

2.3.4.1 Optimisme

Optimisme diartikan sebagai perasaan memiliki energi mental untuk mencapai suatu tujuan. Penelitian menunjukkan bahwa harapan memiliki korelasi positif dengan optimisme. Optimisme sendiri berkaitan erat dengan *willpower* daripada *waypower* dalam harapan.

2.3.4.2 Persepsi Mengenai Kontrol

Individu yang memiliki harapan lebih tinggi menginginkan untuk menggunakan kontrol pribadi dalam kehidupan mereka. Penelitian menunjukkan bahwa harapan memiliki hubungan yang positif dengan persepsi seseorang mengenai kontrol. Harapan dapat dikorelasikan dengan keinginan dalam kontrol, kemampuan untuk menentukan, menyiapkan diri antisipasi terhadap stres, kepemimpinan, dan menghindari ketergantungan.

2.3.4.3 Persepsi Mengenai Kemampuan Pemecahan Masalah

Karena salah satu indikator dari harapan adalah berpikir mengenai *waypower*, maka harapan berkaitan dengan persepsi individu mengenai kemampuannya untuk menyelesaikan masalah. Kemampuan menyelesaikan masalah yang berkaitan dengan harapan diperlukan ketika individu mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan. Dalam keadaan tersebut, individu yang memiliki harapan tinggi cenderung berfokus pada tugas dan

mencari berbagai cara alternatif untuk mendapatkan apa yang mereka inginkan.

2.3.4.4 *Daya Saing*

Individu yang memiliki harapan tinggi akan memiliki daya saing yang lebih besar. Individu tersebut menikmati bekerja keras dan memiliki perasaan bahwa mereka dapat menguasai keadaan fisiknya. Penelitian menunjukkan bahwa individu dengan harapan tinggi menyukai proses kompetisi karena proses tersebut menyediakan tantangan yang baru bagi mereka.

2.3.4.5 *Self-Esteem*

Individu dengan *self-esteem* tinggi akan memiliki harapan yang tinggi dan terbiasa untuk berpikir mengenai keinginan dan rencana untuk mencapai tujuan. Individu tersebut akan berpikir positif mengenai diri mereka sendiri karena mereka memahami bahwa mereka harus mencapai suatu tujuan.

2.3.4.6 *Afek Positif*

Karakteristik yang berkaitan dengan harapan adalah afek positif. Afek positif merupakan keadaan mental disertai dengan konsentrasi penuh, keterikatan, dan energi tinggi. Afek positif merupakan suatu cara berpikir dimana pikiran kita tertarik, senang, kuat, antusias, bangga, siaga, terinspirasi, menentukan, memperhatikan, dan aktif. Individu dengan harapan tinggi akan terlibat sepenuhnya dan memiliki energi dalam aktivitas mereka mencapai tujuan. Individu tersebut memiliki keinginan kuat untuk mencoba berbagai solusi atau jalan untuk mencapai tujuan dengan menggunakan konsentrasi dan perasaan tertarik mereka.

2.3.4.7 *Tidak Merasakan Kecemasan dan Depresi*

Kecemasan merupakan keadaan subjektif dimana individu mengkhawatirkan kejadian tertentu. Penelitian menunjukkan bahwa individu

yang memiliki harapan tinggi memiliki kecemasan yang lebih rendah. Depresi merupakan keadaan negatif yang meresap dan biasanya tidak memiliki fokus. Individu dengan harapan tinggi dipenuhi dengan energi mental dan ide-ide mengenai pencapaian tujuan sehingga membuat mereka terhindar dari depresi.

2.3.5 Pengukuran Harapan

Pengukuran harapan dalam penelitian ini menggunakan *The Adult State Hope Scale* (Snyder, 1994). Terdapat 6 aitem dalam skala ini yang bertujuan untuk *assessment* pikiran yang terjadi pada saat itu. Skala ini dapat diselesaikan dalam kurun waktu 2 sampai 5 menit dan diberikan penilaian dalam waktu satu menit atau kurang. Skala ini ditulis dengan 6 tingkatan yang sesuai untuk mengukur indikator dalam harapan, yaitu *willpower* dan *waypower*.

2.4 Gangguan Bipolar

2.4.1 Definisi Gangguan Bipolar

Menurut Davidson, dkk. (2012) gangguan mood mencakup berbagai gangguan emosi yang membuat seseorang tidak dapat berfungsi-mulai dari kesedihan pada depresi hingga euforia yang tidak realistis dan iritabilitas pada mania.

Gangguan bipolar menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Text Revision* edisi ke-4 (DSM-IV-TR) adalah gangguan *mood* yang terdiri dari paling sedikit satu episode manik, hipomanik atau campuran yang biasanya disertai dengan adanya riwayat episode depresi mayor.

Gangguan bipolar dulunya dikenal sebagai gangguan manik depresif, yaitu gangguan kronik dari regulasi *mood* yang dihasilkan pada episode depresi dan mania. Gejala psikotik mungkin muncul pada “kutub” depresi

atau mania. Seperti pada depresi mayor (*unipolar*), gangguan bipolar kemungkinan dipengaruhi oleh penyakit medis atau penyalahgunaan zat. Tidak seperti depresi mayor, hampir seluruh pasien dari kasus gangguan bipolar cenderung mengalami episode depresi dan manik dalam kehidupannya (Goodwin & Jamison, 1990 dalam Davidson, dkk., 2012).

2.4.2 Simtom-Simtom Gangguan Bipolar

Berdasarkan diagnosis dalam DSM IV-TR maka simtom dan daftar diagnostik resmi untuk gangguan bipolar dapat dijelaskan sebagai berikut:

2.4.2.1 Episode Depresif Mayor

Diperlukan lima (atau lebih) gejala berikut selama periode 2 minggu yang sama dan menunjukkan suatu perubahan dari fungsi sebelumnya; paling kurang satu gejala dari salah satu (1) *mood* terdepresi atau (2) kehilangan minat atau kesenangan. Untuk episode depresif dari ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.

- a. Gejala Utama (pada derajat ringan, sedang, dan berat):
 - 1) Afek depresif;
 - 2) Kehilangan minat dan kegembiraan;
 - 3) Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas.
- b. Gejala Lainnya:
 - 1) Konsentrasi dan perhatian berkurang;
 - 2) Harga diri dan kepercayaan diri berkurang;
 - 3) Gagasan rasa bersalah dan tidak berguna;
 - 4) Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri;
 - 5) Tidur terganggu;
 - 6) Nafsu makan berkurang.

2.4.2.2 *Episode Mania*

Suatu periode yang nyata dari *mood* yang meningkat, meluap-luap, atau iritabel yang secara abnormal dan menetap, paling kurang 1 minggu (atau durasi kapan saja jika membutuhkan perawatan di rumah sakit). Selama periode gangguan *mood*, tiga (atau lebih) gejala berikut menetap (empat jika *mood* hanya iritabel) dan terjadi dalam derajat yang bermakana.

- a. Gejala Utama (pada derajat ringan, sedang, dan berat):
 - 1) Berbicara lebih banyak, dan gagasan yang berloncatan;
 - 2) Harga diri, minat dan kegembiraan melambung;
 - 3) Energi yang berlebihan dan meningkatnya aktivitas.
- b. Gejala Lainnya:
 - 1) Konsentrasi dan perhatian meningkat;
 - 2) Harga diri dan kepercayaan diri bertambah;
 - 3) Ide yang terus bermunculan;
 - 4) Pandangan masa depan yang optimis;
 - 5) Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri;
 - 6) Tidur terganggu.

2.4.2.3 *Episode Campuran*

Memenuhi kriteria kedua-duanya, baik untuk Episode Manik dan Episode Depresi Mayor (kecuali untuk durasi) hampir setiap hari selama periode paling kurang 1 minggu. Gangguan *mood* cukup parah untuk menyebabkan gangguan yang nyata pada fungsi pekerjaan atau pada aktifitas sosial atau hubungan dengan orang lain seperti yang biasanya, atau membutuhkan perawatan di rumah sakit. Gejala bukan karena efek fisiologis langsung dari zat (misalnya penyalahgunaan zat, pengobatan, atau terapi lainnya) atau kondisi medis umum.

2.4.2.4 Episode Hipomanik

Suatu periode nyata dari *mood* meningkat, meluap-luap atau *irritable* yang menetap, berlangsung paling kurang 4 hari; yang dengan jelas berbeda dari *mood* tidak terdepresi yang biasanya. Selama periode *mood* tiga (atau lebih) gejala berikut menetap (empat jika *mood* hanya iritabel) dan terjadi dalam derajat yang bermakna;

- a. Harga diri melambung atau kebesaran;
- b. Penurunan kebutuhan tidur;
- c. Berbicara lebih banyak dari biasanya;
- d. Distraktibilitas (perhatian mudah dialihkan);
- e. Keterlibatan berlebihan pada aktivitas menyenangkan;
- f. Loncat gagasan.

2.4.3 Klasifikasi Gangguan Bipolar

Berdasarkan DSM-IV-TR klasifikasi gangguan bipolar adalah sebagai berikut:

a. Gangguan Bipolar I

Ditandai oleh satu atau lebih episode manik atau campuran yang biasanya disertai oleh episode-episode depresi mayor.

b. Gangguan Bipolar II

Gambaran utama ditandai oleh terjadinya satu atau lebih episode depresi mayor yang disertai oleh paling sedikit satu episode hipomanik.

c. Gangguan Siklotimik

Ditandai paling sedikit dua tahun dari sejumlah periode waktu gejala hipomanik yang tidak memenuhi kriteria episode manik dan sejumlah periode gejala depresif yang tidak memenuhi kriteria depresif mayor.

d. Gangguan Bipolar yang Tidak Terinci

Gangguan ini mencakup gambaran bipolar yang tidak memenuhi kriteria di atas.

2.4.4 Etiologi Gangguan Bipolar

Menurut Davidson, dkk. (2012) etiologi gangguan bipolar dapat dijelaskan berdasarkan beberapa faktor, yakni:

2.4.4.1 Teori Psikoanalisis

Menurut Freud (1917/1950, dalam Davidson dkk., 2012) potensi depresi muncul pada awal masa kanak-kanak. Pada fase oral, kebutuhan anak mungkin kurang terlalu terpenuhi atau terpenuhi secara berlebihan. kebutuhannya, sehingga ia terfiksasi pada fase ini mengakibatkan individu menjadi bergantung, *low self esteem*. Jika kondisi ini terbawa dalam tahap kematangan psikoseksual maka orang yang bersangkutan dapat memiliki kecenderungan untuk sangat tergantung pada orang lain untuk mempertahankan harga dirinya.

Freud mengemukakan hipotesis bahwa setelah kehilangan seseorang yang dicintai, orang yang bersangkutan meleburkan dirinya dengan orang yang meninggalkannya. Secara tidak sadar kita menyimpan berbagai perasaan negatif terhadap orang-orang yang kita cintai. Kemarahan orang yang diinggalkan terhadap orang yang meninggalkannya terus menerus dipendam, sehingga berkembang menjadi proses menyalahkan diri sendiri, meniksa diri sendiri, dan depresi yang berkelanjutan.

2.4.4.2 Teori Kognitif

Teori depresi Beck (1967/1987, dalam Davidson dkk., 2012) Individu menjadi depresi akibat interpretasi negatif yang bias. Pada waktu kecil atau remaja muncul skema negatif akibat kejadian-kejadian buruk ia merasa akan selalu gagal, dipadu dengan bias kognitif muncul triad negatif (pandangan

sangat negatif tentang diri, dunia, masa depan). *Learned helplessness* atau kepasifan individu dan perasaan tak berdaya mengontrol hidupnya, didapat dari pengalaman-pengalaman buruk atau trauma, mengarah pada depresi. Kesimpulan yang subjektif pada situasi dimana individu pernah gagal cenderung diatribusikan sebagai penyebab kegagalan. Individu depresi biasanya mengatribusikan hasil negatif sebagai sesuatu yang personal, global, dan penyebab yang stabil. Overgeneralisasi atau magnifikasi. Sejumlah bentuk depresi dianggap sebagai akibat *hopelessness* yakni merasa hasil yang diharapkan takkan pernah muncul, dimana individu tidak bisa merubah situasi ataupun sebagai bentuk ketidakberdayaan yang dipelajari melalui trauma yang tidak mampu diatasi. Kemungkinan ini muncul akibat *self esteem* yang rendah, kecenderungan anggapan bahwa kejadian negatif akan mengakibatkan sejumlah hal negatif lain.

2.4.4.3 Teori Interpersonal

Individu depresi cenderung memiliki jaringan dan dukungan sosial yang terbatas. Berkurangnya dukungan sosial dapat melemahkan kemampuan individu dalam mengatasi peristiwa negatif, sehingga menjadi rentan terhadap depresi (Billigs, Cronkie, & Moos, 1983, dalam Davidson dkk., 2012). Individu depresi seringkali berusaha meyakinkan diri bahwa orang lain benar peduli terhadap mereka. Ketika telah merasa yakin, rasa puas akan keyakinan tersebut tidak bertahan lama. Secara interpersonal, konsep depresi berhubungan dengan konsep diri negatif dan *Interpersonal problem solving skill*.

2.4.4.4 Teori Psikologi

Tekanan dan stres kehidupan adalah faktor penting munculnya gangguan bipolar (Johnson & Miller, 1997; Malkoff-Schwartz dkk., 1998, dalam Davidson dkk., 2012). Dalam suatu studi prospektif terhadap pasien bipolar, Johnson dkk. (1999) menemukan bahwa dukungan sosial dapat

mempercepat penyembuhan simtom depresi, namun tidak demikian simtom manik. Gaya atribusional secara kognitif dan sikap disfungsional bersama dengan peristiwa negatif dalam hidup memprediksi meningkatnya simtom-simtom depresi pada pasien bipolar (Reilly-Harrington dkk., 1999, dalam Davidson dkk., 2012).

2.4.4.5 *Teori Biologi*

Penelitian mengenai faktor keturunan pada gangguan unipolar dan bipolar melibatkan keluarga dan anak kembar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sekitar 10-25% keluarga tingkat pertam dari pasien gangguan bipolar pernah mengalami satu episode gangguan *mood* (Gerhson, 19990, dalam Davison, dkk., 2012). Pada gangguan unipolar, meskipun faktor genetis mempengaruhi, namun kurang menentukan dibandingkan gangguan bipolar. Resiko akan meningkat pada keluarga pasien yang memiliki onset muda saat mengalami gangguan bipolar. Berdasarkan beberapa data diperoleh bahwa onset awal untuk depresi, munculnya delusi, dan komorbiditas dengan gangguan kecemasan dan alkoholisme meningkatkan resiko pada keluarga (Goldstein, dkk., 1994; Lyons, dkk., 1998, dalam Davidson, dkk., 2012). Gangguan bipolar juga dipengaruhi oleh hormon dan sistem endokrin, dan sistem biologis lain.

2.4.4.6 *Teori Lingkungan*

Gangguan bipolar tak hanya dipengaruhi oleh keturunan saja, tetapi juga didorong oleh faktor lingkungan. Penderita gangguan ini cenderung mengalami faktor pemicu munculnya gangguan yang melibatkan hubungan antar perseorangan atau peristiwa-peristiwa pencapaian tujuan dalam hidup. Contoh dari hubungan perseorangan antara lain jatuh cinta, putus cinta, dan kematian kerabat. Sedangkan peristiwa pencapaian tujuan antara lain kegagalan untuk lulus sekolah dan dipecat dari pekerjaan. Selain penyebab diatas, alkohol, obat-obatan, dan penyakit lain yang diderita juga dapat

memicu munculnya gangguan bipolar. Di sisi lain, keadaan lingkungan di sekitarnya yang baik dapat mendukung penderita gangguan ini untuk dapat menjalani kehidupan secara normal.

2.5 Hubungan Penerimaan Diri, Harapan dan Kualitas Hidup pada ODB

Peneliti belum menemukan adanya ahli yang menyatakan secara eksplisit bahwa penerimaan diri dan kualitas hidup pada ODB memiliki hubungan yang signifikan. Namun jika diperhatikan kedua variabel ini dapat menghasilkan sebab akibat yang positif, dengan adanya penerimaan diri (sebab) maka kualitas hidup akan meningkat (akibat), pernyataan ini diperkuat dari hasil penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Erni Hestiningrum (2011) tentang “Hubungan Penerimaan Diri dan Religiusitas Terhadap Kualitas Hidup Wanita Usia Lanjut”, hasilnya menunjukkan bahwa penerimaan diri dan religiusitas mampu memprediksi kualitas hidup (Freg = 61,588 dan $p = 0,00$, $p < 0,05$) hasilnya signifikan, penerimaan diri dan religiusitas secara bersama–sama memberikan sumbangan terhadap Kualitas Hidup adalah sebesar 54,5 %.

Kemudian penelitian yang dilakukan oleh Fransiska Ratna Pujiastuti (2002) tentang “Motivasi Kesembuhan pada Penderita *Tuberculosis* Ditinjau dari Penerimaan Diri” hasil penelitiannya menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara penerimaan diri dengan motivasi kesembuhan pada penderita *Tuberculosis*. Atau dengan kata lain jika penerimaan diri pada penderita *Tuberculosis* tinggi, maka motivasi kesembuhannya akan tinggi pula. Sumbangan efektif penerimaan diri terhadap motivasi kesembuhan tercatat sebesar 62,8%. Penerimaan diri individu terhadap kesehatan secara fisik, psikologis, dan lingkungannya dapat mempertahankan kualitas hidup pada taraf yang baik.

Jika ODB memiliki kesehatan yang baik, peluang yang besar untuk dapat terus bekerja, melanjutkan pendidikan, dapat berhubungan baik dengan orang-orang dan lingkungannya, serta dapat melakukan hal-hal yang tidak dapat dilakukan ketika sakit, hal tersebut menunjukkan bahwa dengan begitu individu telah memiliki kualitas hidup yang baik, seperti yang dijelaskan oleh *WHOQOL-BREF* bahwa terdapat 4 aspek dalam kualitas hidup yang meliputi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan.

WHO (1997, dalam Snyder & Lopez, 2005) menyatakan bahwa harapan merupakan salah faktor yang dapat meningkatkan kualitas hidup seseorang. Lebih lanjut Calman (1984) menambahkan bahwa, kualitas hidup yang baik adalah saat harapan individu akan kehidupannya saat ini dapat sesuai dan terpenuhi. Sebaliknya, kualitas hidup yang buruk terjadi saat harapan tidak sesuai dengan kehidupan yang dijalani oleh individu pada saat ini. Harapan merupakan salah satu komponen yang sangat besar pengaruhnya terhadap kualitas hidup. Kketika seseorang memiliki harapan dalam hidupnya, dimana didalamnya terdapat tujuan atau *goals*, yaitu individu memiliki suatu tujuan dalam hidupnya, memiliki target pencapaian hidup kearah yang lebih baik, sehingga pada akhirnya dapat menciptakan indikator lain yang ada pada harapan yaitu *willpower dan waypower*, maka dapat dipastikan kualitas hidup pun akan meningkat. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Pawlak, dkk. (2014) mengenai "*Hope as a Psychological Factor Affecting Quality of Life in Patient with Psoriasis*" hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa harapan dapat dinyatakan sebagai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup individu dan membantu individu untuk menjalani kehidupan dengan diagnosis penyakitnya. Berdasarkan pemaparan diatas telah dijelaskan bagaimana bentuk hubungan antara penerimaan diri, harapan, dan kualitas hidup. Dimana baik penerimaan diri maupun harapan memiliki hubungan terhadap kualitas hidup yang signifikan.

2.6 Kerangka Berfikir

Gangguan bipolar adalah salah satu masalah kejiwaan yang jumlahnya semakin meningkat belakangan ini. Gangguan ini membuat penderitanya mengalami perubahan suasana hati secara fluktuatif dan drastis. Pada fase turun atau yang disebut sebagai periode depresi, penderita gangguan bipolar biasanya akan terlihat sedih, lesu, dan kehilangan minat dan energi. Sedangkan pada fase naik atau mania, penderita kondisi ini bisa menjadi sangat bersemangat, harga diri meningkat, dan banyak bicara.

Dampak negatif yang dialami oleh para ODB cukup variatif mulai dari segi fisik seperti kelelahan fisik, penurunan berat badan, menyakiti diri sendiri, sulit konsentrasi, gangguan tidur, dan lainnya. Gangguan bipolar tidak hanya memberikan dampak negatif dari segi fisik saja, namun juga hampir kesemua aspek kehidupan, baik psikologis, sosial, maupun lingkungan. Di Indonesia, pengetahuan dan pandangan masyarakat terhadap gangguan bipolar cenderung minim dan negatif. Secara tidak langsung beban fisik dan psikologis serta pandangan masyarakat terhadap ODB akan mempengaruhi penurunan kualitas hidupnya, mulai dari segi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan, terutama pada fase dimana ODB baru didiagnosis mengalami gangguan bipolar.

Kualitas hidup sendiri merupakan persepsi dari individu mengenai kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana mereka hidup dan dalam kaitannya dengan nilai-nilai, standar dan kekhawatiran dalam hidup. Hanya sekitar 14 persen ODB yang mampu dan diterima oleh masyarakat untuk membicarakan gangguan yang dideritanya secara terbuka, sedangkan 45 persen ODB cenderung menerima diskriminasi (The Impact of Bipolar Team, 2013). Fakta ini mengungkap lebih jauh lagi dimana mayoritas ODB diberhentikan atau berhenti dari pekerjaannya, menjauh dari lingkungan, dan tidak memiliki hubungan sosial yang baik. Bersamaan dengan hal itu, kondisi fisik dan psikologis ODB masih dalam proses penanganan.

Perlu diketahui bahwa tidak semua ODB mengalami penurunan dalam kualitas hidupnya. Perbedaan persepsi yang melatarbelakangi hal tersebut dikarenakan mereka memiliki karakteristik positif untuk melakukan penerimaan diri, yang didalamnya terdapat 9 indikator yaitu; (1) mengutamakan nilai-nilai yang terinternalisasi daripada tekanan eksternal dalam berperilaku; (2) berperilaku berdasarkan nilai yang telah diyakini dirinya sendiri; (3) meyakini bahwa dirinya memiliki kapasitas untuk menghadapi kehidupan; (4) bertanggungjawab atas segala perbuatannya; (5) menerima pujian dan kritikan dari orang lain secara objektif. Menerima diri apa adanya; (6) menganggap dirinya layak dan memiliki kesempatan yang sama dengan orang lain (7) menginginkan orang lain menerima dirinya dalam kondisi apapun; (8) merasa tidak berbeda dari orang lain dan normal dalam bereaksi; dan (9) tidak malu atau memiliki kesadaran diri.

Ketika ODB mampu menerima dirinya berdasarkan karakteristik tersebut, maka secara tidak langsung kesehatan fisik dan kondisi psikologis ODB menjadi semakin baik, sehingga pola hidupnya ikut membaik pula. Lebih lanjut lagi ketika ODB mampu mengontrol kondisi psikologisnya maka tentunya mereka dapat melanjutkan pendidikan kembali, melanjutkan pekerjaan, berpartisipasi dalam masyarakat, ataupun terlibat dalam rekreasi bersama keluarga, teman, bahkan menjalin hubungan dengan orang-orang yang baru.

Sama halnya jika ODB memiliki harapan dalam dirinya, dimana harapan dapat membuat individu untuk memiliki karakteristik yang positif, memiliki tujuan hidup yang jelas, memiliki harga diri, dan lebih optimis dalam menjalankan kehidupannya, termasuk juga optimis akan kesembuhannya. Harapan dapat merefleksikan persepsi individu terhadap kemampuannya untuk mendefinisikan tujuannya dengan jelas, membentuk motivasi serta mencari cara untuk dapat mencapai tujuan tersebut. Harapan dapat digunakan sebagai salah satu cara untuk melakukan perubahan signifikan pada ODB.

Terdapat 3 indikator dalam harapan yaitu tujuan/*goals*, dimana ketika ODB memiliki tujuan yang jelas akan kehidupannya di masa depannya, tentunya ia akan melakukan berbagai usaha dan perencanaan hidup yang lebih matang (*willpower* dan *waypower*). Saat ini misalnya ia memiliki keinginan untuk dapat hidup sehat, tidak mengalami kekambuhan, ingin melanjutkan pendidikan yang sempat tertunda, ingin memiliki hubungan interpersonal dengan orang lain atau ingin memiliki pasangan hidup. Ketika tujuan yang dibuat sudah jelas, maka *willpower* mulai berkembang. Kemudian setelah proses *willpower* sudah terjadi, maka tahapan berikutnya adalah mengembangkan *waypower*, yaitu ODB mulai mencari cara untuk melakukan berbagai hal, mengembangkan strategi untuk dapat mencapai tujuannya. Diharapkan dengan adanya *waypower* dapat mengarahkan ODB untuk tetap disiplin dalam menjaga kesehatannya, rutin melakukan pengobatan, lalu ketika tujuan akan kesehatannya terwujud, barulah ODB mencari strategi lain misalnya, melanjutkan pendidikan yang sempat tertunda, memperbanyak relasi sosial dengan berkumpul atau bergabung dalam suatu komunitas atau kegiatan-kegiatan positif lainnya. Keberadaan harapan tentunya akan sangat memberikan dampak positif dan juga akan mempengaruhi peningkatan dalam kualitas hidup pada ODB.

Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa dengan adanya penerimaan diri dan harapan pada ODB, secara tidak langsung ODB akan melakukan hal-hal positif yang tentunya juga akan berpengaruh terhadap peningkatan kualitas hidupnya baik dari segi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungannya.

2.7 Hipotesis

Berdasarkan kajian teori dan kerangka berfikir yang telah dijelaskan, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah “Terdapat pengaruh yang

signifikan antara penerimaan diri dan harapan terhadap dimensi kualitas hidup pada ODB”.

2.8 Hasil Penelitian yang Relevan

Penelitian yang dilakukan oleh Erni Hestiningrum (2011) tentang “Hubungan Penerimaan Diri dan Religiusitas Terhadap Kualitas Hidup Wanita Usia Lanjut”, hasilnya menunjukkan bahwa penerimaan diri dan religiusitas mampu memprediksi kualitas hidup (Freg = 61,588 dan $p = 0,00$, $p < 0,05$) penerimaan diri dan religiusitas secara bersama-sama memberikan sumbangan terhadap Kualitas Hidup adalah sebesar 54,5 %.

Penelitian yang dilakukan oleh Fransiska Ratna Pujiastuti (2002) tentang “Motivasi Kesembuhan pada Penderita *Tuberculosis* Ditinjau dari Penerimaan Diri” hasilnya menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara penerimaan diri dengan motivasi kesembuhan pada penderita *Tuberculosis*. Atau dengan kata lain jika penerimaan diri pada penderita *Tuberculosis*. Tinggi, maka motivasi kesembuhannya akan tinggi pula. Sumbangan efektif penerimaan diri terhadap motivasi kesembuhan tercatat sebesar 62,8%.

Skripsi Agita Pramita (2008) yang berjudul “Harapan (Hope) Pada Remaja Penyandang Thalassaemia Mayor”. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat karakteristik optimisme, *self-esteem*, dan afek positif pada keempat subjek dalam mencapai beberapa tujuan yang mereka miliki. Kemudian dari 4 subjek hanya 1 orang yang memiliki *willpower* dan *waypower* tinggi untuk mencapai tujuannya, sedangkan 3 subjek lainnya memiliki *willpower* tinggi namun *waypower* rendah.

Jurnal penelitian yang ditulis oleh Komang Diatmi dan I. G. A. Diah Fridari (2014) yang berjudul “Hubungan antara Dukungan Sosial dengan Kualitas Hidup pada Orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Yayasan Spirit Paramacitta”. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada orang

dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Yayasan Spirit Paramacitta. Sumbangan variabel dukungan sosial terhadap variabel kualitas hidup sebesar 44,4%.

Jurnal penelitian yang ditulis oleh Duggleby, dkk. (2011) mengenai “*A Mixed Methods Study of Hope, Transitions, and Quality of Life in family Caregivers of Persons with Alzheimer’s Disease*” hasilnya menunjukkan bahwa harapan menyumbangkan peran yang signifikan terhadap persepsi kualitas hidup subjek baik secara keseluruhan, maupun setiap dimensinya.

Pawlak, dkk. (2014) meneliti tentang “*Hope as a Psychological Factor Affecting Quality of Life in Patient with Psoriasis*” hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa harapan dapat dinyatakan sebagai faktor yang mempengaruhi kualitas hidup individu dan membantu individu untuk menjalani kehidupan dengan diagnosis penyakitnya.

Perbedaan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti dengan hasil penelitian relevan di atas yaitu pada penelitian ini akan mengaitkan variabel penerimaan diri dan harapan terhadap dimensi kualitas hidup serta melibatkan ODB sebagai subjek penelitian. Penelitian dengan mengaitkan ketiga variabel ini belum pernah dilakukan sebelumnya pada ODB.