



UNIVERSITAS INDONESIA



**HUBUNGAN ANTARA *INDIVIDUAL COPING, DYADIC  
COPING, DAN KEPUASAN PERNIKAHAN PADA  
PENDERITA PENYAKIT KRONIS***

*(The Correlation between Individual Coping, Dyadic Coping, and  
Marital Satisfaction in People with Chronic Illness)*

**SKRIPSI**

**STEFANI ASTRI SETYORINI**

**0806462905**

**FAKULTAS PSIKOLOGI  
PROGRAM STUDI SARJANA REGULER  
DEPOK  
MEI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA *INDIVIDUAL COPING, DYADIC  
COPING*, DAN KEPUASAN PERNIKAHAN PADA  
PENDERITA PENYAKIT KRONIS**

*(The Correlation between Individual Coping, Dyadic Coping, and  
Marital Satisfaction in People with Chronic Illness)*

**SKRIPSI**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi

**STEFANI ASTRY SETYORINI**

**0806462905**

**FAKULTAS PSIKOLOGI  
PROGRAM STUDI SARJANA REGULER  
DEPOK  
MEI 2012**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya sendiri. Segala sumber yang saya kutip sudah saya nyatakan dengan benar sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Saya bersedia menerima sanksi dari Fakultas Psikologi Universitas Indonesia apabila terbukti melakukan tindakan plagiat.

Nama: Stefani Astri Setyorini

NPM: 0806462905

Tanda Tangan :



Tanggal : 11 Juni 2012

## HALAMAN PENGESAHAN

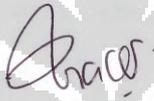
Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Stefani Astri Setyorini  
NPM : 0806462905  
Program Studi : S1 Reguler  
Judul Skripsi : Hubungan antara *Individual Coping*, *Dyadic Coping*, dan  
Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi pada Fakultas Psikologi Universitas Indonesia

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing 1



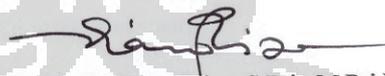
(Grace Kilis, M.Psi.)  
NIP. 080703003

Penguji 1



(Dra. Dini P. Daengsari, M.Si.)  
NIP. 195112291979022001

Penguji 2



(Imelda Ika Dian Oriza, S.Psi., M.Psi.)  
NIP. 197602012010122002

Depok, Juni 2012

Disahkan Oleh

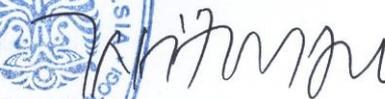
Ketua Program Sarjana  
Fakultas Psikologi  
Universitas Indonesia



Prof. Dr. Frieda M. Mangunsong, M.Ed, Psy  
NIP. 195408291980032001



Dekan  
Fakultas Psikologi  
Universitas Indonesia



Dr. Wilman Dahlan Mansoer, M.Org. Psy  
NIP. 19490403197603100

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Stefani Astri Setyorini  
NPM : 0806462905  
Fakultas : Psikologi  
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Hubungan antara *Individual Coping*, *Dyadic Coping*, dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 11 Juni 2012

Yang membuat pernyataan



(Stefani Astri Setyorini)

## Ucapan Terima Kasih

Segala hormat, puji, dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yesus yang senantiasa memberikan berkat dan penyertaan-Nya dalam hidup saya selama kurang lebih 5 bulan dalam proses pengerjaan skripsi ini. Terima kasih Tuhan untuk kekuatan dan harapan yang telah Kau berikan. Dia juga yang sudah memberikan pertolongan kepada saya melalui berbagai pihak yang turut ambil bagian membantu dalam pengerjaan skripsi ini. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih kepada :

1. Pembimbing skripsi saya, Grace Kilis, M.Psi., yang dengan begitu sabar membimbing proses pembuatan skripsi ini. Terima kasih untuk segenap waktu, tenaga, pemikiran, masukan, dan bantuan yang telah diberikan selama ini, tanpa mengenal lelah .
2. Pembimbing Akademis saya Dra. Mayke Sugianto Tedjasaputra, M.Si., yang memberikan motivasi dan masukan selama proses pembuatan skripsi, meyakinkan saya untuk dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya; Dosen-dosen yang turut membantu saya, Nathanael Sumampouw, M, Psi.. atas bantuan menjadi *expert judgement* dalam proses adaptasi alat ukur; Adityawarman Menaldi, M.Psi., yang membantu mencarikan koneksi untuk partisipan skripsi saya; seluruh staff pengajar Psikologi UI yang sudah memberikan ilmu dan pembelajaran yang sangat bermanfaat, seluruh karyawan Subagakad yang memfasilitasi pembuatan surat untuk pengambilan data; serta karyawan perpustakaan Psikologi UI yang dengan sabar melayani dalam peminjaman buku maupun fotokopi.
3. Teman-teman yang memiliki keahlian bahasa Inggris dan Ibu Justina Rostiawati, dosen Sastra Inggris Atmayaja, yang membantu saya dalam proses penerjemahan alat ukur.
4. Teman-teman seperjuangan, Anin, Sasa, Rifa, Azar, Shera, Peppi, Cempaka, dan Siska yang selalu memberi semangat, masukan, dan tentu saja kebersamaan yang hangat sehingga suasana pembuatan skripsi ini menjadi cukup menyenangkan.
5. Seluruh partisipan penelitian yang dengan kesabaran, mau meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner yang cukup panjang.
6. Keluargaku tersayang, bapak, Agung, mbak Gita, dan seluruh saudara atas dukungan dan doa-doa kalian yang tiada henti.
7. Sahabat terbaik saya, Ria, Yola, Tyas, JE, Pia, Lili, yang selalu menanyakan kabar dan memberikan semangat tanpa henti, dan teman-teman SMA Santa Ursula yang turut membantu dalam proses pengambilan data untuk skripsi ini.
8. Teman-teman terbaik saya, *peer* akademis sekaligus teman sepermainan saya selama di perkuliahan ini, Solita, Ina, Jehan, Noe, Jana, Jeko, Theta, Reyna, Monika, Ady, Thifa, Vyani, Petra, Gisca, Petra, Nanad, Sitha, Nindy, Manda yang sudah memberikan dukungan moril; Alita yang dengan baik hati selalu membantu untuk membukakan jurnal-jurnal; teman-teman Psikusi yang selalu membuat kangen tampil; dan seluruh teman-teman PSIKOMPLIT tanpa terkecuali yang melengkapi hari-hari indah saya selama di Psikologi UI; tidak ketinggalan juga Amores '07, Citra'08, dan Ovi '08 atas dukungannya.

Saya berharap studi ini memberikan pengetahuan dan manfaat. Saya menyadari bahwa studi ini jauh dari sempurna dan saya terbuka atas segala masukan.

Salam Kasih

Stefani Astri Setyorini (stefani.astri@gmail.com)

## ABSTRAK

**Nama** : Stefani Astri Setyorini  
**Program Studi** : Psikologi  
**Judul** : Hubungan antara *Individual Coping*, *Dyadic Coping*, dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis

Penyakit kronis terjadi tanpa diprediksi sebelumnya, berkembang secara perlahan, dan memberi dampak secara fisik, psikologis, dan sosial dalam jangka waktu yang lama atau bahkan seumur hidup. Dukungan dari orang terdekat, terutama pasangan menjadi salah satu faktor penting yang berperan ketika penderita penyakit kronis menghadapi penyakitnya. Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan antara *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis. Enam puluh penderita penyakit kronis menjadi partisipan dalam studi ini dengan mengisi kuesioner *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan. *Individual coping* diukur dengan menggunakan alat ukur *Brief COPE* dari Carver (1997). *Brief COPE* dapat terbagi menjadi *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. *Dyadic coping* diukur menggunakan alat ukur *Dyadic Coping Inventory* (DCI) (Bodenmann, 2007), yang terdiri dari : *supportive*, *common*, *delegated*, dan *negative dyadic coping*. Kepuasan Pernikahan diukur menggunakan *Marital Satisfaction Scale* (MSS) dari Roach, Frazier, dan Bowden, (1981). Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara *individual coping* dan kepuasan pernikahan, antara *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan, serta *individual coping* dan *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis. Selain itu, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa *dyadic coping* terutama *common dyadic coping* lebih berkontribusi dalam memprediksi kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis dibandingkan dengan *individual coping*. Melalui analisis tambahan ditemukan pula perbedaan *mean dyadic coping* penderita penyakit kronis pada aspek jenis penyakit kronis.

Kata kunci : *individual coping*, *dyadic coping*, kepuasan pernikahan, penderita penyakit kronis

## ABSTRACT

**Name : Stefani Astri Setyorini**  
**Study Program : Psychology**  
**Title : The Correlation Between Individual Coping, Dyadic Coping, and Marital Satisfaction in People with Chronic Illness**

Chronic disease occurs without previously predicted, develops slowly, and starts giving physical, psychological, and social impact in a long term or even a lifetime. Support from significant others, especially spouse also becomes one of the important factors which plays role when people with chronic illness facing his/her diseases. This research was conducted to investigate the correlation between individual coping, dyadic coping, and marital satisfaction in people with chronic illness. 60 people with chronic illness were completed all questionnaires of individual coping, dyadic coping, and marital satisfaction. Individual coping was measured using Brief COPE from Carver (1997). Brief COPE can be divided into problem-focused coping and emotion-focused coping. Dyadic coping was measured by Dyadic Coping Inventory (DCI) which was constructed by Bodenmann (2007), which consists of four types of dyadic coping, namely supportive, common, delegated, and negative dyadic coping. Marital satisfaction was measured using the Marital Satisfaction Scale (MSS), which was constructed by Roach, Frazier, and Bowden (1981). The results show that there were correlations between individual coping with marital satisfaction, dyadic coping with marital satisfaction, and individual coping with dyadic coping in people with chronic illness. Moreover, the result show that dyadic coping is more contribute in predicting marital satisfaction in people with chronic illness compared with the individual coping. The additional analysis found that there were mean differences of dyadic coping toward type of chronic diseases.

**Keywords:** individual coping, dyadic coping, marital satisfaction, people with chronic illness

## DAFTAR ISI

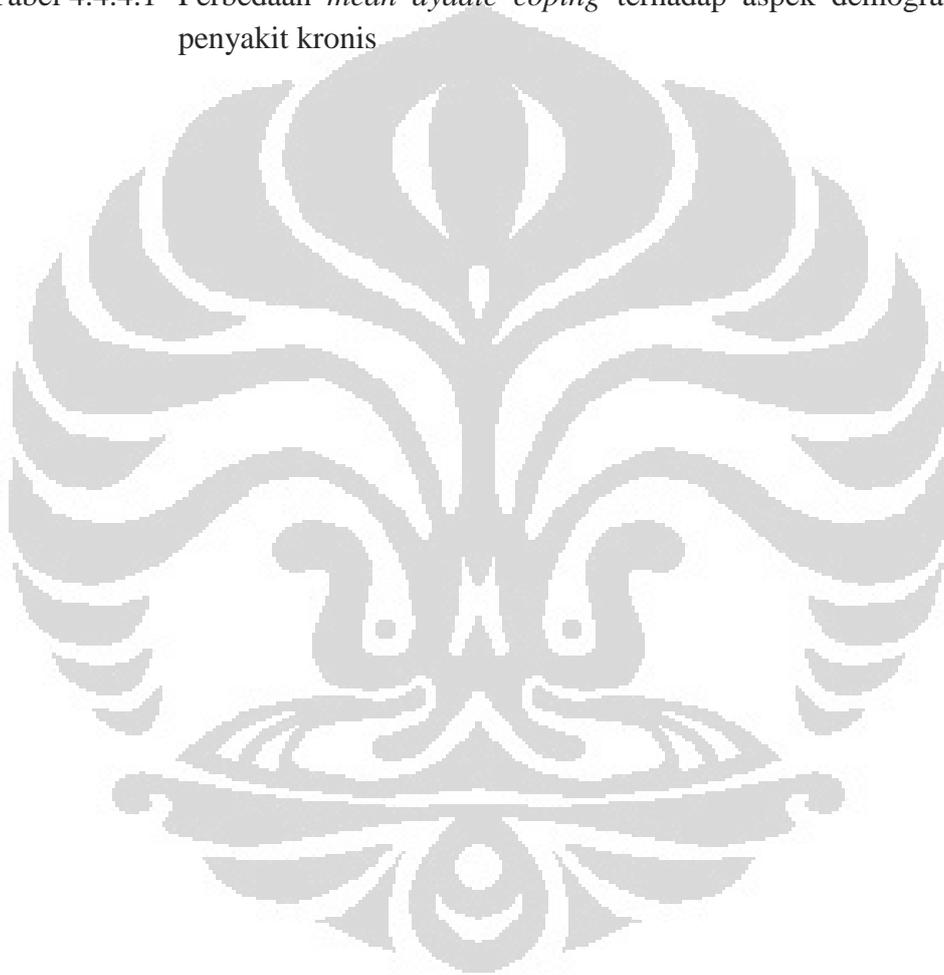
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	v
<b>UCAPAN TERIMA KASIH</b> .....	vi
<b>ABSTRAK</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL DAN DIAGRAM</b> .....	xi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiii
<b>1. PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Masalah Penelitian .....	8
1.3. Tujuan ..	9
1.4. Manfaat Penelitian .....	9
1.5. Sistematika Penulisan .....	9
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>11</b>
2.1 Stres dan Penyakit Kronis .....	11
2.1.1 Definisi Penyakit Kronis .....	11
2.1.2 Jenis-jenis Penyakit Kronis .....	12
2.1.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penyakit Kronis .....	12
2.2 <i>Coping</i> ..	15
2.2.1 <i>Individual Coping</i> .....	16
2.2.1.1 Faktor-faktor yang Mempengaruhi <i>Individual Coping</i> .....	17
2.2.1.2 Pengukuran <i>Individual Coping</i> .....	18
2.2.2 <i>Dyadic Coping</i> .....	20
2.2.2.1 Faktor-faktor yang Mempengaruhi <i>Dyadic Coping</i> .....	21
2.2.2.2 Jenis <i>Dyadic Coping</i> ..	22
2.2.2.3 Pengukuran <i>Dyadic Coping</i> ..	24
2.3 Pernikahan dan Kepuasan Pernikahan .....	24
2.3.1 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pernikahan .....	26
2.3.2 Pengukuran Kepuasan Pernikahan .....	28
2.4. Hubungan <i>Individual Coping</i> , <i>Dyadic Coping</i> , dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit .....	30
<b>3. METODE PENELITIAN</b> .....	<b>35</b>
3.1 Masalah Penelitian .....	35
3.2 Hipotesis Penelitian .....	35
3.2.1 Hipotesis Alternatif ( $H_a$ ) .....	36
3.2.2 Hipotesis Nol ( $H_0$ ) .....	36
3.3 Variabel Penelitian .....	36
3.3.1 Variabel Bebas Pertama: <i>Individual Coping</i> .....	36

3.3.2	Variabel Bebas Kedua: <i>Dyadic Coping</i> .....	37
3.3.3	Variabel Terikat: Kepuasan Pernikahan.....	38
3.4	Tipe dan Desain Penelitian .....	38
3.5	Sampel Penelitian.....	39
3.5.1	Prosedur dan Teknik Pengambilan Sampel Penelitian.....	39
3.5.2	Jumlah Partisipan Penelitian .....	40
3.6	Instrumen Penelitian .....	40
3.6.1	Alat Ukur <i>Individual Coping</i> dan Uji Coba .....	40
3.6.1.1	Metode Skoring Alat Ukur <i>Individual Coping</i> .....	44
3.6.2	Alat Ukur <i>Dyadic Coping</i> dan Uji Coba .....	44
3.6.2.1	Metode Skoring Alat Ukur <i>Dyadic Coping</i> .....	45
3.6.3	Alat Ukur Kepuasan Pernikahan dan Uji Coba.....	46
3.6.3.1	Metode Skoring Alat Ukur Kepuasan Pernikahan .....	47
3.7	Prosedur Penelitian .....	48
3.7.1	Tahap Persiapan .....	48
3.7.2	Tahap Pelaksanaan .....	49
3.7.3	Tahap Pengolahan Data.....	50
<b>4.</b>	<b>ANALISIS DAN INTERPRETASI HASIL.....</b>	<b>51</b>
4.1	Gambaran Subyek Penelitian .....	51
4.2	Gambaran Umum Hasil Penelitian .....	53
4.2.1	Gambaran Umum <i>Individual Coping</i> .....	54
4.2.2	Gambaran Umum <i>Dyadic Coping</i> .....	55
4.2.3	Gambaran Umum Kepuasan Pernikahan .....	56
4.3	Analisis Utama .....	57
4.3.1	Hubungan <i>Individual Coping</i> & Jenis <i>Dyadic Coping</i> .....	59
4.3.2	Hubungan Jenis <i>Individual Coping</i> , Jenis <i>Dyadic Coping</i> , dan Kepuasan Pernikahan .....	63
4.3.3	Faktor yang Berperan dalam Jenis <i>Individual Coping</i> dan Jenis <i>Dyadic Coping</i> Terhadap Kepuasan Pernikahan.....	65
4.4	Analisis Tambahan.....	66
4.4.1	Gambaran <i>Dyadic Coping</i> Ditinjau dari Aspek Demografis .....	67
4.5	Rangkuman Hasil Analisis Hubungan <i>Individual Coping</i> , <i>Dyadic Coping</i> , dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis.....	68
<b>5.</b>	<b>KESIMPULAN, DISKUSI, SARAN .....</b>	<b>69</b>
5.1	Kesimpulan .....	70
5.2	Diskusi Hasil Penelitian .....	71
5.3	Keterbatasan Penelitian .....	78
5.4	Saran.....	79
5.4.1	Saran Metodologis.....	79
5.4.2	Saran Praktis.....	80
	<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>81</b>
	<b>LAMPIRAN.....</b>	<b>86</b>

## DAFTAR TABEL

- Diagram 2.4.1 Dinamika Teori Hubungan *Individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis
- Tabel 3.6.1.1 Kisi-kisi alat ukur *individual coping* (*Brief COPE*)
- Tabel 3.6.2.1 Kisi-kisi alat ukur *dyadic coping* (*DCI*)
- Tabel 3.6.2.2 Revisi item alat ukur *dyadic coping*
- Tabel 3.6.3.1 Kisi-kisi alat ukur kepuasan pernikahan
- Tabel 3.6.3.2 Revisi item alat ukur kepuasan pernikahan
- Tabel 4.1.1 Gambaran umum subyek berdasarkan jenis kelamin, usia, dan pendidikan
- Tabel 4.1.2 Gambaran umum subyek berdasarkan durasi pernikahan, jumlah anak, dan pengeluaran per bulan
- Tabel 4.1.3 Gambaran umum subyek penelitian berdasarkan lama sakit dan jenis penyakit kronis
- Tabel 4.2.1.1 Gambaran umum *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping* pada penderita penyakit kronis
- Tabel 4.2.1.2 Gambaran umum *individual coping* pada penderita penyakit kronis
- Tabel 4.2.1.3 Persebaran skor *individual coping*
- Tabel 4.2.2.1 Gambaran umum *supportive*, *delegated*, *common*, dan *negative dyadic coping*
- Tabel 4.2.2.2 Gambaran umum *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis
- Tabel 4.2.2.3 Persebaran skor *dyadic coping*
- Tabel 4.2.3.1 Gambaran umum kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis
- Tabel 4.2.3.2 Persebaran skor kepuasan pernikahan
- Tabel 4.3.1 Hubungan *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis
- Tabel 4.3.2 Uji F-test dan perhitungan  $R^2$  *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan
- Tabel 4.3.3 Koefisien regresi *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan
- Tabel 4.3.1.1 Hubungan *individual coping* dan jenis *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis
- Tabel 4.3.1.2 Hubungan *problem-focused coping*, *emotion-focused coping*, dan *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis
- Tabel 4.3.1.3 Uji F-test dan perhitungan  $R^2$  *individual coping* dan *dyadic coping*
- Tabel 4.3.1.4 Koefisien regresi jenis *individual coping* dan *dyadic coping*
- Tabel 4.3.1.5 Hubungan *problem-focused coping* dan jenis *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis

- Tabel 4.3.2.1 Hubungan jenis *individual coping*, jenis *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis
- Tabel 4.3.3.1 Uji F-test dan perhitungan  $R^2$  jenis *individual coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis
- Tabel 4.3.3.2 Koefisien regresi jenis *individual coping* dan kepuasan pernikahan
- Tabel 4.3.3.3 Uji F-test dan perhitungan  $R^2$  jenis *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis
- Tabel 4.3.3.4 Koefisien regresi *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis
- Tabel 4.4.4.1 Perbedaan *mean dyadic coping* terhadap aspek demografis jenis penyakit kronis



## DAFTAR LAMPIRAN

- 1.1 Hasil uji reliabilitas *individual coping*
- 1.2 Hasil analisis antaritem *individual coping*
- 1.3 Hasil uji reliabilitas *dyadic coping*
- 1.4 Hasil uji analisis interitem *dyadic coping*
- 1.5 Hasil uji reliabilitas kepuasan pernikahan
- 1.6 Hasil uji analisis interitem kepuasan pernikahan
- 2.1 Hasil uji korelai *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan
- 2.2 Hasil uji korelasi *individual coping* dan jenis *dyadic coping*
- 2.3. Hubungan jenis *individual coping* dan *dyadic coping*
- 2.4 Hubungan *problem-focused coping* dan jenis *dyadic coping*
- 2.5 Hubungan jenis *individual coping*, jenis *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan
- 3.1 Hasil uji regresi *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan
- 3.2 Hasil uji regresi jenis *individual coping* dan *dyadic coping*
- 3.3 Hasil uji regresi jenis *individual coping* dan kepuasan pernikahan
- 3.4 Hasil uji regresi jenis *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan
- 4.1 Hasil uji T-test berdasarkan jenis kelamin
- 4.2 Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan usia
- 4.3 Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan durasi pernikahan
- 4.4 Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan pendidikan
- 4.5 Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan pengeluaran per bulan
- 4.6 Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan lama sakit
- 4.7 Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan jenis penyakit kronis
5. Gambaran umum aspek demografis
6. Gambaran umum *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis
7. Alat ukur *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Ibu AR (52 tahun) datang ke dokter dengan segala keluhannya dan ternyata ia didiagnosis mengidap kanker payudara. *Shock* adalah satu kata yang menggambarkan keadaan AR sesaat setelah mengetahui hal ini, mukanya pucat dan tampak tidak bersemangat. Bersama dengan suaminya, AR mendengar diagnosis itu dan seketika itu pula pikirannya merambat ke berbagai aspek, baik fisik, psikologis, finansial, dan sosial. Ketakutan akan penyakit ini seketika muncul baik pada AR maupun SM suaminya. Dalam wawancara singkat ini, ia menuturkan bahwa pada saat itu pula ia langsung berpikir apakah ini akan bertambah parah, pengobatan apa yang harus dilakukan, bagaimana biaya pengobatan, bagaimana tanggapan keluarga, anak-anak, dan ketidakpastian akan hari-hari yang akan datang. Dalam prosesnya menghadapi penyakit ini, ia dan suami sempat merasa marah, frustrasi, tertekan, dan terisolasi. Pada masa itu pula, ternyata suami AR juga merasakan hal yang sama sehingga adu argumen tidak terhindarkan, komunikasi dan dukungan pun menurun. AR merasa perlu ada waktu untuknya dan suami memahami kondisi ini dengan mata terbuka, menjaga hubungan pernikahan tetap kondusif, dan memikirkan langkah terbaik yang harus dilakukan untuk ke depannya. Setelah berdiam sejenak, AR dan suami menyempatkan untuk membahas apa yang mereka rasakan dan bagaimana mereka dapat mengurangi stres ini bersama-sama.

Cuplikan pengalaman di atas memberikan gambaran bagaimana secara otomatis banyak perubahan yang terjadi dalam berbagai aspek kehidupan penderita kanker, dan mungkin penderita penyakit kronis lainnya. Namun, tidak menutup kemungkinan bahwa perubahan ini juga berdampak pada pasangan ataupun anggota keluarga lainnya. Dalam budaya timur yang menganut kolektivisme, termasuk di Indonesia, perubahan merupakan ancaman yang potensial terhadap stabilitas dan rasa aman dalam kehidupan sehari-hari (Chun, Moos, dan Cronkite, 2006). Kanker dan penyakit lain yang tergolong dalam penyakit kronis membuat penderita harus menghadapi rasa sakit dan perubahan

secara fisik, psikologis, dan rangkaian pengobatan yang tidak kunjung selesai dan beragam, seperti operasi, cek darah, pemeriksaan rutin, dan konsumsi obat-obatan (Brenda, 2008). Sejalan dengan Brenda, Taylor (2006; 2012) menjelaskan bahwa penyakit kronis adalah penyakit yang muncul secara tidak terduga, berkembang secara perlahan, dan memberi dampak secara fisik, psikologis, dan sosial dalam jangka waktu yang lama (minimal 6 bulan) atau bahkan seumur hidup, serta melibatkan lingkungan dan dirinya dalam proses perawatan (Larsen & Lubkin, 2009). Berbagai jenis penyakit kronis, antara lain adalah kanker, penyakit pernapasan kronis, penyakit jantung, dan diabetes, hipertensi, *stroke*, arthritis, epilepsi, osteoporosis, hepatitis kronis, gagal ginjal, *Alzheimer disease*, *Parkinson disease* ().

Berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2011, disebutkan pula bahwa penyakit jantung, kanker, gangguan pernapasan kronis, dan diabetes adalah penyakit yang paling banyak menyebabkan kematian. Pada tahun 2008 tercatat 2,7 juta orang-orang di negara ASEAN meninggal akibat empat penyakit ini (Kompas, 22 Juni 2011). Hal ini sejalan dengan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bahwa proporsi angka kematian akibat penyakit-penyakit ini meningkat dari 41,7% pada tahun 1995, 49,9% tahun 2001, dan 59,5% pada tahun 2007 (Kemenkes RI, 2011). Data tambahan dari Yayasan Stroke Indonesia menyebutkan bahwa ternyata *stroke* juga masuk ke dalam lima besar penyakit mematikan di Indonesia yang jumlahnya semakin meningkat sejak tahun 2004 sampai sekarang, bahkan sudah menduduki peringkat ketiga setelah jantung dan kanker (ww.medicastore.com). Penyakit-penyakit kronis ini banyak menyebabkan kematian karena tingkat keparahan penyakit yang meningkat, melemahkan berbagai fungsi tubuh, dan fasilitas pengobatan yang masih kurang memadai, terutama di negara-negara berkembang. Dengan menderita penyakit kronis, sepertiga tahun dari usia potensial hidup seseorang hilang sebelum usia 65 tahun (Larsen & Lubkin, 2009), yang dapat diartikan bahwa penyakit kronis pada umumnya terjadi dalam usia-usia produktif dan ketika seseorang terlibat dalam suatu hubungan interpersonal, termasuk pernikahan.

Kematian dan tingkat keparahan penyakit-penyakit kronis seringkali juga dikaitkan dengan riwayat kesehatan, faktor keturunan, gaya hidup, dan jaminan kesehatan yang kurang memadai. Sebagai contoh, mereka yang setiap hari merokok dengan jumlah yang tak terbatas, tidak menutup kemungkinan pada usia tertentu menderita gangguan pernapasan kronis atau bahkan kanker paru-paru. Orang-orang dengan pola makan yang tidak teratur, tidak melihat kondisi kesehatan, memungkinkan untuk menderita diabetes. Demikian pula jika ada gen penyakit turunan dalam keluarga, maka penyakit kronis itu pun tidak dapat dihindarkan. Penyakit-penyakit kronis ini diderita dalam waktu lama sehingga tidak menutup kemungkinan jika dampak fisik, psikologis, maupun sosial dirasakan bersamaan oleh penderita, yang mungkin juga oleh pasangannya. Taylor (2006; 2012) menjabarkan dampak negatif yang mungkin muncul pada penderita penyakit kronis, antara lain: gangguan pernapasan, sakit di beberapa bagian tubuh, munculnya komplikasi penyakit lain, pekerjaan terganggu, interaksi dengan lingkungan sekitar terhambat, masalah finansial, ketakutan akan tingkat keparahan penyakit dan proses penyembuhan. Selain itu, komunikasi antarpasangan cenderung bersifat negatif (mengintimidasi, marah) dan muncul tantangan peran dalam berkeluarga (Weiss & Heyman, 1997).

Dampak-dampak negatif ini tidak dapat dihindarkan dan dapat memicu munculnya stres. Stres adalah suatu pengalaman emosional negatif disertai dengan perubahan biokimia, fisiologis, kognitif, dan tingkah laku yang diarahkan untuk mengubah situasi *stressful* tersebut atau mengakomodasi dampak-dampaknya (Baum, 1990 dalam Taylor, 2006). Terkadang, penyakit-penyakit kronis ini tidak dapat disembuhkan secara total. Kerjasama dari penderita, keluarga, dan pelayanan kesehatanlah yang dapat mengelola rasa sakit yang muncul serta terutama bahwa dukungan dari orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang berperan ketika penderita penyakit kronis menghadapi penyakitnya (Taylor, 2006; 2012). Dengan penyakit kronis yang berlangsung dalam waktu lama atau bahkan seumur hidup dan memberi dampak pada berbagai aspek kehidupan, maka perlu dilakukan *coping* yang tepat untuk memberikan dampak positif dalam kehidupan penderita penyakit kronis. Proses yang dilakukan oleh individu dalam mengatasi perbedaan yang ada antara tuntutan situasi dan sumber daya yang

dimiliki pada situasi *stressful* disebut sebagai *coping* (Sarafino, 1998) dan proses ini melibatkan upaya kognitif dan tingkah laku yang terus berubah untuk mengelola perbedaan tersebut (Lazarus dan Folkman, 1984). Menurut Bodenmann (2005), tipe *coping* dalam suatu hubungan interpersonal (misalnya pernikahan) dibagi menjadi tiga, yaitu: *individual coping* (menggunakan sumber daya personal, baik kognitif, tingkah laku, emosi untuk mengatasi masalah), *dyadic coping* (dalam proses *coping* memungkinkan adanya saling mempengaruhi satu sama lain, baik suami maupun istri), dan mencari dukungan dari lingkungan sosial, seperti teman, kerabat, anggota keluarga yang lain (Bodenmann, 2005 ; Meier, Bodenmann, Morgeli & Jenewein, 2011).

Dalam *individual coping*, kemampuan individu untuk mengatasi stres memiliki dampak positif atau negatif terhadap konsekuensi dari stres itu sendiri (Folkman & Moskowitz, 2004). Sebagai contoh: ketika penderita diabetes mengalihkan pikiran akan sakit yang dideritanya dengan lebih memperbanyak aktivitas bersama keluarga, dan mengatur pola makan, maka stres yang dirasakan individu tersebut berkurang atau teralihkan kepada hal lain yang lebih bermanfaat. Lazarus dan Folkman (1984) membagi *coping* menjadi dua menurut fungsinya, yaitu : *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. *Problem-focused coping* adalah usaha *coping* yang dilakukan langsung mengarah pada sumber stres dan berorientasi pada pemecahan masalah dengan tujuan mengontrol sumber stres dan menghilangkan stres dengan cara melakukan tindakan aktif yang berkaitan dengan situasi stres yang dihadapi. Sedangkan *emotion-focused coping* adalah usaha *coping* yang diarahkan pada emosi-emosi negatif yang berhubungan dengan sumber stres. Jenis *coping* ini ditujukan untuk mengurangi atau mengontrol tekanan emosi yang berhubungan dengan situasi *stressful*.

Selanjutnya, *dyadic coping* dijelaskan oleh Bodenmann (2005) sebagai cara dari salah satu pasangan ketika berpikir mengenai masalah yang dihadapinya dan mencoba untuk memecahkan masalah tersebut, dan hal ini akan mempengaruhi pasangannya untuk juga melakukan hal yang sama. Bodenmann (2005) menjelaskan bahwa *dyadic coping* terdiri dari *supportive dyadic coping* (ketika salah satu pasangan membantu pasangannya dalam usaha *coping* yang dilakukan), *common dyadic coping* (kedua pasangan berpartisipasi dalam proses

*coping* yang sejalan atau saling melengkapi untuk mengatasi masalah), *delegated dyadic coping* (salah satu pasangan bertanya kepada pasangannya untuk mengambil alih tugas dan kewajiban tertentu berkaitan dengan mengurangi pengalaman yang *stressful*), dan *negative dyadic coping*, dimana pasangan mendukung pasangannya yang sedang sakit dengan penolakan, ketidakseriusan, tidak menginspirasi, dan tidak ada keterlibatan aktif (*ambivalent dyadic coping* dan *superficial dyadic coping*).

Secara umum, tujuan utama dari *dyadic coping* ini adalah untuk mengurangi tingkat stres dari setiap pasangan dan meningkatkan kualitas dalam suatu hubungan pernikahan (Bodenmann, 2005). Selain itu, Meier, Bodenmann, Morgeli, & Jenewein (2011) juga menambahkan bahwa *dyadic coping* dapat meningkatkan kepercayaan, kenyamanan, dan keintiman antarpasangan secara mutual serta memberi pengaruh positif dalam hubungan dan menguntungkan bagi kedua pasangan. Dalam penelitian Berg & Upchurch (2007), ditemukan pula bahwa *dyadic coping* menjadi prediktor penting dalam bagaimana pasangan berkompromi dengan tingkat penyakit kronis, dihubungkan dengan kesehatan, psikososial, dan hasil dari suatu hubungan.

Bodenmann (2000) menjelaskan bahwa saat berhadapan dengan situasi *stressful*, pertama kali individu akan melakukan *coping* secara individual, baik langsung menyelesaikan masalahnya (*problem-focused*) atau melakukan *coping* terhadap emosi negatif yang muncul (*emotion-focused*). Jika proses *individual coping* dianggap kurang berhasil dalam mengatasi stres, maka kemudian *dyadic coping* akan berperan, dimana adanya keterlibatan pasangan dalam mengatasi stres yang dihadapi (Bodenmann, 2005). Dalam proses *coping* ini tidak menutup kemungkinan bahwa strategi *coping* yang dipakai individu terpengaruh oleh budaya dimana individu tersebut tinggal, baik individualisme maupun kolektivisme. Orang-orang dengan orientasi budaya individualisme (mayoritas di negara-negara barat, seperti Eropa dan Amerika), yang lebih memprioritaskan bertemunya tujuan *coping* yang memfokuskan pada diri individu dan motivasi untuk memaksimalkan kesenangan, memiliki upaya untuk mengatasi masalah yang diarahkan pada pengendalian lingkungan untuk menyesuaikan kebutuhan pribadi mereka (Wong dan Ujimoto, 1998). Orang-orang ini akan menghadapi

atau mendekati masalah dan kemudian mencoba untuk menyelesaikannya secara langsung. Berkaitan dengan ini, Cole dan rekan-rekan (2002) menyatakan bahwa masyarakat Eropa-Amerika lebih menggunakan *problem-focused coping* untuk menyelesaikan masalah. Sedangkan, orang-orang dengan orientasi budaya kolektivisme (mayoritas di negara-negara timur) lebih memprioritaskan bertemunya tujuan *coping* yang memfokuskan pada kesejahteraan orang lain maupun diri sendiri dan memiliki motivasi yang lebih untuk meminimalisasi perasaan kehilangan, memiliki upaya untuk mengatasi masalah yang diarahkan pada menjaga hubungan interpersonal dan sumber-sumber daya lainnya (Wong dan Ujimoto, 1998). Dalam penelitiannya, Eshun, Chang, dan Owusu (1998) menyatakan bahwa masyarakat Korea, Malaysia, Ghana, dan beberapa negara timur lainnya cenderung menggunakan *emotion-focused coping* dalam menyelesaikan masalah atau situasi stres mereka.

Selanjutnya, jika stres yang dialami penderita penyakit kronis dan *coping* yang dilakukan untuk mengatasi stres tersebut dikaitkan dengan suatu hubungan interpersonal, misalnya pernikahan, maka ada kemungkinan bahwa kedua hal ini berdampak pada puas atau tidaknya hubungan pernikahan yang dijalani bersama pasangan. Menurut Roach, Frazier, dan Bowden (1981), kepuasan pernikahan adalah persepsi seseorang mengenai pernikahannya, dimana hal-hal yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan dapat muncul berbeda-beda tergantung pada waktu tertentu selama hubungan pernikahan berjalan. Beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pernikahan, antara lain: bertahan dari kerentanan, situasi yang memunculkan stres, dan proses adaptasi (Bradbury, 1995 dalam Aditya & Magno, 2011). Selain itu, Custer (2009) dalam penelitiannya juga menambahkan bahwa bagaimana pasangan mengatasi konflik dan memecahkan masalah, istri bekerja atau tidak, dan kondisi kesehatan masing-masing individu dari pasangan juga berpengaruh dalam kepuasan suatu pernikahan. Dikaitkan dengan *coping* pada penderita dengan penyakit kronis, kepuasan pernikahan menjadi salah satu variabel menarik yang dapat ditelaah lebih lanjut, terutama di Indonesia.

Hasil penelitian Flor, Turk, dan Scholz (1986) mengenai dampak dari penyakit kronis terhadap hubungan pernikahan menyebutkan bahwa sakit yang

dialami, *mood* depresi yang berlebihan, dan kurangnya dukungan sosial menunjukkan kepuasan pernikahan yang rendah. Hasil penelitian lain dari Bodenmann (2005) yang berkaitan dengan *coping* mengungkapkan bahwa *positive dyadic coping* secara signifikan berhubungan dengan fungsi pernikahan yang baik dan tingginya tingkat kepuasan dalam hubungan, dengan *dyadic coping* menilai 30% - 40% yang termasuk dalam varians kepuasan pernikahan. Semakin tinggi skor *positive dyadic coping* maka tingkat kepuasan pernikahan juga semakin tinggi. Sebaliknya, jika skor *negative dyadic coping* tinggi maka tingkat kepuasan pernikahan akan semakin rendah, yang menunjukkan adanya tingkat stres yang tinggi. Mereka juga mendapatkan hasil bahwa *positive dyadic coping* memiliki hubungan positif dengan kepuasan hubungan responden. Walaupun bukti-bukti menunjukkan bahwa *dyadic coping* dan fungsi suatu pernikahan dihubungkan secara bersamaan dan dari waktu ke waktu (Bodenmann, Pihet, & Kayser, 2006), sampai sekarang belum jelas apakah memang ada hubungan yang unik pada *dyadic coping* antarpasangan atau lebih tepatnya hanya mencerminkan strategi *individual coping* yang lebih luas. Banyak penelitian hanya membahas hubungan *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan tetapi tidak banyak membahas peran *individual coping* di dalam meningkatkan atau menjaga kepuasan pernikahan tersebut. Hasil penelitian lain dengan sampel penderita *psoriasis* menjelaskan bahwa *problem-focused coping* berkorelasi dengan hasil yang positif pada penderita penyakit kronis (Wahl, Hanestad, Wiklund, & Moum, 1999), dan hasil yang positif dapat berupa adanya kepuasan dalam pernikahan penderita penyakit kronis tersebut.

Di negara-negara barat, penelitian mengenai hubungan *individual coping*, *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan ini mulai berkembang beberapa tahun belakangan ini, baik dengan partisipan pasangan yang berpacaran, sudah menikah maupun pasangan menikah dengan salah satunya menderita penyakit kronis. Seperti hasil penelitian Papp dan Witt (2010) pada partisipan yang berpacaran menjelaskan bahwa *dyadic coping* relatif lebih memprediksi fungsi dalam suatu hubungan interpersonal (misal: kepuasan hubungan) dibandingkan dengan *individual coping*. Selain itu, seperti yang telah disebutkan dalam hasil-hasil penelitian di atas bahwa *positive dyadic coping* signifikan berhubungan dengan

kepuasan pernikahan, terutama pada pasangan yang sudah menikah (Bodenmann, 2005). Sebaliknya, di negara-negara timur, penelitian ini masih jarang dilakukan. Bahkan di Indonesia belum ada penelitian yang membahas hubungan ketiga hal ini, terutama jika dikaitkan dengan penderita penyakit kronis. Padahal jumlah penderita penyakit kronis semakin lama semakin meningkat seiring dengan berjalannya tahun. Di negara-negara barat, dengan budaya individualistik yang lebih menonjol, *dyadic coping* ternyata memiliki pengaruh lebih penting dalam menghadapi situasi *stressful* dan relatif memprediksi suatu hubungan interpersonal. Di negara-negara timur, dengan budaya kolektivisme, dukungan keluarga dan orang-orang sekitar menjadi penting ketika individu berhadapan dengan situasi stres. Di Indonesia sendiri, sebagai salah satu negara Timur yang menganut budaya kolektif, penelitian yang melihat hubungan *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan seperti ini perlu dilakukan, terutama pada penderita dengan penyakit kronis yang memang jumlahnya cukup banyak di Indonesia.

Dengan melihat fenomena akan banyaknya penderita penyakit kronis di Indonesia, dampaknya ke berbagai aspek kehidupan, pentingnya pemilihan *coping* yang sesuai pada penderita penyakit kronis, hasil positif yang hendak dicapai, berupa kepuasan pernikahan, dan masih kurangnya pengembangan penelitian ini di Indonesia, maka peneliti tertarik untuk melihat hubungan *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis (jantung, diabetes, *stroke*, dan kanker). Pada penelitian kuantitatif ini, peneliti menggunakan tiga alat ukur, yaitu *Brief COPE*, *Dyadic Coping Inventory* dan *Marital Satisfaction Scale*, yang kemudian ketiga kuesioner tersebut digabungkan dalam satu *booklet* untuk kemudian diberikan kepada partisipan penelitian.

## 1.2. Masalah Penelitian

Permasalahan utama yang diteliti dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis?” *Individual coping* dan *dyadic coping* sebagai variabel bebas dan kepuasan pernikahan sebagai variabel terikat.

### 1.3. Tujuan

Berdasarkan masalah penelitian di atas, penelitian ini bertujuan untuk:

- Mengetahui dan menguji hubungan antara *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita dengan penyakit kronis.
- Memperoleh gambaran umum *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita dengan penyakit kronis.

### 1.4. Manfaat

#### 1.4.1. Manfaat Teoritis

Manfaat penelitian ini secara teoritis yaitu dapat menambahkan pengetahuan dari hasil penelitian sebelumnya, terutama di Indonesia mengenai *coping* dan kepuasan pernikahan sekaligus memperkaya teori mengenai *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis.

#### 1.4.2. Manfaat Praktis

Secara praktis, penelitian ini dapat menjadi acuan konsultasi, baik sebagai tindakan intervensi bagi pasangan yang sudah menikah ketika mengalami kesulitan dalam menghadapi situasi *stressful* terutama karena salah satu pasangan menderita penyakit kronis. Selain itu, penelitian ini dapat menjadi tambahan pengetahuan bagi pasangan yang sudah menikah untuk bagaimana menggunakan teknik *coping* yang tepat dalam menghadapi situasi stres agar dapat menjaga atau meningkatkan kualitas pernikahan, termasuk di dalamnya adalah kepuasan pernikahan, walaupun berada dalam situasi *stressful*.

### 1.5. Sistematika Penulisan

Dalam penelitian ini, penulis menggunakan penulisan yang terdiri dari lima bab dan pada setiap bab memiliki subbab lengkap dengan penjelasannya tentang hal-hal yang berkaitan dengan penelitian ini. Kelima bab tersebut yaitu:

1. BAB 1 : Bab ini merupakan pendahuluan yang terdiri dari latar belakang mengapa ingin meneliti hubungan *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis, masalah penelitian,

tujuan penelitian, manfaat yang diharapkan dari penelitian ini, dan sistematika penulisan.

2. BAB 2 : Dalam bab ini menguraikan landasan teori atau tinjauan pustaka yang berisi konsep-konsep mengenai penyakit kronis, *coping* (*individual coping* dan *dyadic coping*), kepuasan pernikahan, dan dinamika hubungan di antara ketiga hal tersebut.
3. BAB 3 : Bab ini terdiri dari metode penelitian yang dipakai, variabel yang dipilih dalam penelitian, masalah penelitian, subyek penelitian, cara pengumpulan data, instrumen atau alat ukur yang dipakai, uji coba alat ukur, dan metode pengolahan data.
4. Bab 4 : Memaparkan hasil penelitian dan analisis hasil penelitian yang diperoleh sesuai dengan konsep dan teori yang dipakai.
5. Bab 5 : Dalam bab ini, penulis memberikan kesimpulan dari jawaban pertanyaan penelitian, saran untuk penelitian ini , dan diskusi berkaitan dengan hal-hal yang telah ditemukan ataupun belum ditemukan dalam penelitian.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini akan menjelaskan mengenai teori yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu teori mengenai *coping* (*individual coping* dan *dyadic coping*), kepuasan pernikahan, penyakit kronis, dan dinamika hubungan antarvariabel tersebut.

#### **2.1. Stres dan Penyakit Kronis**

Stres adalah suatu pengalaman emosional negatif disertai dengan perubahan biokimia, fisiologis, kognitif, dan tingkah laku yang diarahkan untuk mengubah situasi *stressful* tersebut atau mengakomodasi dampak-dampaknya (Baum, 1990 dalam Taylor, 2006). Stres ini muncul karena ada pemicu dan tentu saja berbeda-beda antarindividu. Kenny dan Cook (1999 dalam Randall & Bodenmann, 2008) menggolongkan pemicu stres dalam suatu hubungan dekat (misalnya pernikahan) menjadi eksternal atau internal, *major* atau *minor*, maupun akut atau kronis. Dikaitkan dengan penggolongan di atas, penyakit kronis tergolong sebagai *major stressors* yang didefinisikan sebagai “*normative and non-normative critical life events*”, internal dan eksternal *stressors* karena berasal dari dalam diri (genetik) maupun lingkungan individu (berada dalam lingkungan merokok), serta termasuk ke dalam pemicu stres kronis yang merupakan aspek-aspek yang relatif stabil dalam lingkungan dan memberi dampak jangka panjang dalam kehidupan seseorang.

##### **2.1.1. Definisi Penyakit Kronis**

Penyakit kronis pada dasarnya adalah penyakit yang disebabkan oleh faktor keturunan maupun lingkungan, berdampak pada munculnya berbagai faktor risiko (fisik, psikologis, sosial, finansial), terjadi pada jangka waktu yang lama (lebih dari enam bulan) serta membutuhkan perawatan jangka panjang dan kompleks (Brenda, 2008). Penyakit kronis ini mempengaruhi berbagai aspek dalam kehidupan seseorang, baik secara individu maupun melibatkan pasangan dan keluarga. Brenda (2008) juga menambahkan bahwa penyakit-penyakit yang

tergolong kronis ini juga biasanya akibat dari paparan berulang atau berkepanjangan ke lingkungan atau adanya zat-zat yang tidak mendukung struktur normal dan fungsi tubuh. Maksudnya, penyakit kronis ini muncul pada seorang individu bisa dikarenakan adanya ketidakseimbangan zat-zat dalam tubuh, adanya gen bawaan penyakit tertentu, dan terkena dampak negatif dari lingkungan yang terus menerus (misal: asap rokok, makanan yang tidak sehat, dan lain-lain) , yang pada akhirnya mengganggu fungsi tubuh.

### **2.1.2. Jenis-jenis Penyakit Kronis**

Berbagai jenis penyakit kronis, antara lain penyakit pernapasan kronis, jantung, kanker, diabetes, hipertensi, *stroke*, arthritis, epilepsi, osteoporosis, hepatitis kronis, *Alzheimer disease*, dan *Parkinson disease* (<http://www.medterms.com>). Berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2011, disebutkan pula bahwa empat urutan teratas penyakit kronis tersebut paling banyak menyebabkan kematian. Pada tahun 2008 tercatat 2,7 juta orang-orang di negara ASEAN meninggal akibat empat penyakit ini (Kompas, 22 Juni 2011). Hal ini sejalan dengan data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bahwa proporsi angka kematian akibat penyakit-penyakit ini meningkat dari 41,7% pada tahun 1995, 49,9% tahun 2001, dan 59,5% pada tahun 2007 (Kemenkes RI, 2011). Penyakit-penyakit kronis ini banyak menyebabkan kematian karena tingkat keparahan penyakit yang meningkat, melemahkan berbagai fungsi tubuh, dan fasilitas pengobatan yang masih kurang memadai, terutama di negara-negara berkembang. Dengan menderita penyakit kronis, sepertiga tahun dari usia potensial hidup seseorang hilang sebelum usia 65 tahun (Larsen & Lubkin, 2009), yang dapat diartikan bahwa penyakit kronis pada umumnya terjadi dalam usia-usia produktif dan ketika seseorang terlibat dalam suatu hubungan interpersonal, termasuk pernikahan.

### **2.1.3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penyakit Kronis**

Situasi, lingkungan, dan gaya hidup yang dipilih seseorang saat menderita penyakit kronis. Selain itu faktor usia dan faktor lingkungan (seperti terpapar oleh racun, stres, diet, status sosial ekonomi, akses ke pelayanan

kesehatan, dan tingkat pendidikan) juga berkontribusi dalam berkembangnya penyebaran penyakit kronis. Brenda (2008) membagi menjadi empat kelompok faktor yang mempengaruhi muncul dan berkembangnya penyakit kronis dan saling mempengaruhi satu sama lain, yaitu:

a. Faktor Genetis, Keturunan, dan Kekerabatan

Berkaitan dengan faktor ini, penyakit kronis erat kaitannya dengan bertambahnya usia. Sebagai manusia yang terus tumbuh dan berkembang, sel-sel di dalam tubuh juga semakin matang, mendukung tercapainya segala sesuatu yang diinginkan individu hingga pada akhirnya mengalami degenerasi dan penolakan. Tubuh akan mengalami penurunan fungsi seiring dengan bertambahnya usia. Sebagai bagian normal dari proses penuaan, seseorang menjadi lebih rentan terhadap penyakit, adanya peningkatan risiko akan penyakit jantung dan mulai terjadi pengeroposan tulang. Sel-sel yang sudah tua semakin rentan akan timbulnya penyakit-penyakit kronis yang lain. Namun, penyakit kronis ini pun juga dapat diturunkan kepada anak sejak dalam kandungan ketika orangtua memang memiliki riwayat penyakit kronis tertentu. Abnormalitas pada kromosom secara genetis dapat mengindikasikan penyakit tertentu dan dapat dideteksi bahkan sebelum terjadinya kehamilan. Dalam hal ini tidak menutup kemungkinan pula ada faktor lingkungan juga yang berperan, seperti orangtua yang mengonsumsi alkohol, yang memicu munculnya penyakit tertentu pada anak. Keluarga dengan riwayat penyakit jantung dan pembuluh darah cenderung akan mengidap penyakit tersebut ketika usia lanjut.

b. Faktor Sosial

Perilaku bersama yang ditunjukkan oleh sekelompok orang selama jangka waktu tertentu menunjukkan kemampuan untuk mengubah pola penyakit dari waktu ke waktu. Kecenderungan gaya bersosialisasi saat ini dapat meningkatkan dan memperburuk risiko berkembangnya penyakit kronis. Berawal dari pergi bersama teman-teman, dimana mayoritas dari mereka merokok, dan kemudian tanpa disadari, kita menerima tawaran mereka untuk ikutan merokok. Merokok dan mengonsumsi makanan cepat saji menjadi kebiasaan yang dilakukan oleh masyarakat di tengah kesibukan dalam melakukan berbagai pekerjaan. Kebiasaan inilah yang menyebabkan meningkatnya penderita obesitas

dan penyakit jantung. Penelitian menunjukkan bahwa masyarakat dengan pendapatan dan level pendidikan yang rendah, berkorelasi tinggi dengan pengonsumsi makanan cepat saji. Selain itu, pendapatan dan pendidikan yang rendah juga berkaitan dengan tidak adanya kesempatan yang sama dalam akses, kemampuan untuk membayar, pilihan tempat tinggal yang aman, dan pemahaman tentang pentingnya kesehatan dan bahaya penyakit. Selain gaya hidup, situasi stres juga mempengaruhi munculnya penyakit kronis. Otak, hormon, dan fungsi tubuh lainnya akan bereaksi beriringan dengan kesiapan individu dalam menghadapi stres tersebut. Jika stres ini berkepanjangan maka tidak menutup kemungkinan bahwa seseorang akan terkena hipertensi, diabetes, penyakit jantung bahkan kanker. Walaupun setelah penyakit-penyakit ini muncul, mungkin stres pun tidak dapat dihindarkan.

#### c. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan yang menjadi pemicu munculnya penyakit-penyakit kronis ini, antara lain: racun yang tersebar di udara dan makanan, radiasi elektromagnetik, polusi yang disebabkan oleh bencana alam, akses dalam pelayanan kesehatan yang tidak memadai, paparan sinar matahari yang berlebihan, dan hal lain berkaitan dengan cuaca ekstrim. Terkena paparan polusi yang terus menerus meningkatkan munculnya penyakit kanker yang semakin spesifik. Asap rokok, kendaraan bermotor, emisi pabrik banyak menimbulkan gangguan pernapasan kronis, asma bahkan kanker paru-paru. Selain asap, efek alam ataupun polusi dari bencana alam yang terjadi, radiasi, penyebaran gas beracun juga menjadi penyebab seseorang menderita penyakit kronis. Tidak menutup kemungkinan pula bahwa paparan sinar matahari yang berlebihan, menipisnya lapisan ozon yang menyebabkan paparan sinar ultraviolet yang tidak terkendali juga meningkatkan risiko kanker kulit. Walaupun kanker kulit berhubungan dengan riwayat keluarga dan warna kulit.

#### d. Faktor Tingkah Laku

Faktor ini berkaitan dengan bagaimana individu bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri terutama dalam hal kesehatan. Kebiasaan individu untuk mengonsumsi alkohol, makanan cepat saji, obat-obatan, rokok memiliki potensi yang tinggi untuk terkena berbagai penyakit kronis. Hal ini ditambah jika individu

kurang melakukan olahraga, maka menyebabkan munculnya penyakit jantung, obesitas, *stroke*, hipertensi, kanker, gangguan pernapasan, dan lain-lain. Selain beberapa hal di atas, bagaimana individu bergaul dan melakukan hubungan seksual pun menjadi hal yang perlu diperhatikan karena penyakit seperti HIV/AIDS dan *herpes* pun sekarang semakin meningkat.

Berkaitan dengan keempat faktor di atas, tidak menutup kemungkinan akan adanya tumpang tindih dalam keterlibatan faktor-faktor ini dengan perkembangan penyakit kronis (Brenda, 2008) dan umumnya penyakit kronis pada satu orang tidak hanya disebabkan oleh satu faktor saja. Misalnya : seseorang terkena penyakit diabetes didiagnosis memang karena ada keturunan tetapi ketika individu ini tidak mengimbangi dengan gaya hidup yang sehat dan pola makan yang benar, maka penyakit akan semakin berkembang dan tidak kunjung membaik.

## 2.2. *Coping*

Stres yang dirasakan oleh penderita penyakit kronis, tentu saja tidak hanya menyerang secara fisik tetapi juga ke berbagai aspek kehidupan, baik psikologis, finansial maupun sosial. Dengan karakteristik penyakit kronis yang cukup kompleks dan penderita akan berada dalam situasi tersebut dalam waktu yang panjang, maka diperlukan adanya usaha dari penderita dengan kerjasama dari orang-orang terdekat untuk dapat keluar dari situasi stres tersebut atau setidaknya mengurangi tekanan muncul hingga menyelesaikan masalah tersebut. Upaya yang dilakukan oleh individu dalam mengatasi perbedaan yang ada antara tuntutan situasi (eksternal) dan sumber daya yang dimiliki (internal) pada situasi *stressful* biasa disebut sebagai *coping* (Sarafino, 1998). Pernyataan ini juga sejalan dengan yang diungkapkan Lazarus dan Moskowitz (2004) mengenai *coping* yaitu proses mengatur atau mengelola tuntutan internal dan eksternal yang melebihi kemampuan orang tersebut. Dalam suatu hubungan interpersonal, *coping* dibagi ke dalam tiga bentuk (Bodenmann, 2005), yaitu *individual coping*, *dyadic coping*, dan mencari dukungan sosial. Namun dalam penelitian ini hanya *individual coping* dan *dyadic coping* yang dibahas selanjutnya.

### 2.2.1. *Individual Coping*

*Coping* secara individual memiliki berbagai macam variasi, berbeda-beda pada setiap individu dan situasi stres yang dialami. *Individual coping* pada dasarnya merupakan upaya yang dilakukan individu dalam mengatasi situasi stres (perbedaan tuntutan eksternal dan sumber daya yang dimiliki). Lazarus dan Folkman (1984) membagi *coping* menjadi dua menurut fungsinya, yaitu : *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. *Problem-focused coping* adalah usaha *coping* yang dilakukan langsung mengarah pada sumber stres dan berorientasi pada pemecahan masalah dengan tujuan mengontrol sumber stres dan menghilangkan stres dengan cara melakukan tindakan aktif yang berkaitan dengan situasi stres yang dihadapi. Dalam pengantarnya, Carver, Scheier, dan Weintraub (1989) menyebutkan lima *subscales* yang tergolong *problem-focused coping* (*active coping, planning, suppression of competing activities, restraint coping, dan seeking instrumental support*).

Selanjutnya, menurut Lazarus dan Folkman (1984), *emotion-focused coping* adalah usaha *coping* yang diarahkan pada emosi-emosi negatif yang berhubungan dengan sumber stres, menghadapi tekanan emosi, dan mempertahankan keseimbangan emosi. Jenis *coping* ini ditujukan untuk mengurangi atau mengontrol tekanan emosi yang berhubungan dengan situasi *stressful*. Lazarus dan Folkman (1984) menjelaskan bahwa dalam *emotion-focused coping* ini, ada strategi yang melibatkan proses kognitif dalam mengurangi tekanan emosional, antara lain : menghindar, menjaga jarak, meminimalisasi interaksi dengan situasi stres, *selective attention*, membandingkan dengan hal-hal yang positif, dan mencari nilai-nilai positif dari pengalaman negatif yang dialami. Namun ada juga sebagian kecil strategi *emotion-focused* yang ‘meningkatkan’ tekanan emosional. Sebagian individu perlu untuk merasa bersalah atau tidak enak sebelum akhirnya merasa lebih baik dan ada penerimaan terhadap situasi stres yang dihadapi. Menurut Carver dan rekan-rekan (1989), terdapat lima *subscales* yang termasuk dalam kategori *emotion focused coping*, yaitu *seeking of emotional support, positive reinterpretation and growth, acceptance, denial, dan turning to religion*. Sedangkan tiga *subscales* lagi masih

menjadi perdebatan karena dianggap tidak terlalu bermanfaat (*focus on and venting emotions, behavioral disengagement*).

### 2.2.1.1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Individual Coping*

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi bagaimana seseorang yang memiliki masalah kesehatan (misal: menderita penyakit kronis) dapat menyesuaikan dengan keadaan dan selanjutnya melakukan proses *coping* yang sesuai. *Coping* itu sendiri dipengaruhi oleh tiga faktor, berdasarkan *crisis theory* (Moos, 1982; Moos & Schaefer, 1986 dalam Sarafino & Smith, 2012), yaitu : *illness-related factors, background and personal factors* serta *physical and environmental factors*.

#### a. *Illness-Related Factors*

Semakin besar ancaman yang dirasakan individu terhadap sakit yang dialaminya, maka semakin sulit mereka melakukan *coping* terhadap masalahnya, termasuk ketika ada perubahan fisik yang mengganggu atau memalukan. Individu dengan penyakit kronis cenderung menyembunyikan masalah yang dihadapinya dari orang lain.

#### b. *Background and Personal Factors*

Orang yang dapat melakukan *coping* terhadap masalah atau penyakit kronis yang dialami cenderung memiliki kepribadian yang resilien untuk melihat makna dari situasi yang sulit. Penderita penyakit kronis cenderung menemukan tujuan dan kualitas hidup serta bertahan dari keputusan. Selain itu, berkaitan dengan latar belakang individu, *coping* yang dilakukan dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, derajat sosial, komitmen beragama, dan kematangan emosional. Keyakinan penderita penyakit kronis akan penyebab, dampak, dan *treatment* yang dilakukan terkadang salah dan mempengaruhi penyesuaian diri.

#### c. *Physical and Environmental Factors*

Penderita penyakit kronis yang tinggal sendiri, hanya memiliki sedikit teman untuk berbagi cerita, dan memiliki hubungan interpersonal yang kurang baik dengan orang lain, akan cenderung memiliki penyesuaian diri yang buruk terhadap penyakit kronis yang dialami. Sumber dukungan

utama bagi penderita penyakit kronis, yaitu anggota keluarga dan kekuatan fisik dari individu tersebut mempengaruhi pemilihan strategi *coping* yang berbeda-beda pada penderita penyakit kronis.

#### 2.2.1.2. Pengukuran *Individual Coping*

*Coping* dapat diukur dengan berbagai macam alat ukur, antara lain: COPE, *Negative Mood Regulation* (NMR), *Coping Behaviors Inventory*, dan lain-lain. Dalam penelitian ini, *individual coping* diukur dengan menggunakan alat ukur Brief COPE yang dibuat oleh Carver (1997). Brief COPE ini digunakan untuk melihat bagaimana individu mengatasi masalah yang dihadapi, meng-*assess* respons *coping* yang penting dan potensial dengan cepat. Partisipan diminta untuk menentukan pilihan jawaban dari pernyataan-pernyataan yang ada mengenai hal-hal yang dilakukan ketika menghadapi situasi stres. Pada dasarnya, alat ukur ini merupakan hasil adaptasi dari alat ukur COPE yang juga dibuat oleh Carver, Scheier, & Weintraub (1989). COPE dibuat dengan landasan teori stress dan *coping* dari Lazarus dan Folkman (1984) ) serta model tingkah laku regulasi diri dari Carver dan Scheier (1981, 1990). Menurut Lazarus dan Folkman (1984), bentuk umum dari *coping* dibagi menjadi dua, yaitu *problem-focused coping* (menyelesaikan masalah atau melakukan sesuatu mengatasi sumber stres) dan *emotion-focused coping* (mengurangi atau mengatasi tekanan emosional yang berkaitan dengan situasi stres).

COPE terdiri dari empat belas *subscales*, yang masing-masing terfokus pada konsep tertentu. Sebagian berkaitan dengan aspek dari *coping* itu sendiri dan sebagian lagi berkaitan dengan hal penting lainnya yang mempengaruhi *coping*. Respon-respon *coping* yang muncul menjadi sangat penting dalam proses *coping* dan memprediksi pengaruh fisiologis yang kemungkinan akan muncul (Carver, 1997, hal. 93). Beberapa *subscales* dalam COPE juga sudah digolongkan ke dalam *problem* atau *emotion-focused coping*. Penggolongan ini juga berlaku untuk Brief COPE yang merupakan revisi dari COPE.

COPE secara lengkap terdiri dari enam puluh item, dimana setiap *subscale* diwakili oleh empat item. Namun, Carver dan rekan-rekan menemukan bahwa partisipan penelitian, yang mayoritas adalah penderita, menjadi tidak sabar

untuk menyelesaikan kuesioner tersebut karena jumlah item yang terlalu banyak dan beberapa item yang tidak sesuai (Carver, dkk, 1993). Proses revisi alat ukur terjadi sebagai berikut, dimana dua *subscales* dari COPE dihilangkan dari instrumen Brief COPE karena hasilnya tidak terlalu diperlukan dalam penelitian sebelumnya, tiga *subscales* yang lain sedikit diperbaiki dan satu *subscale* baru ditambahkan karena melihat bukti-bukti penting yang muncul dari respons *coping* ini (Carver, 1997, hal 94). *Subscales* yang dihilangkan dari Brief COPE, yaitu: *restraint coping* dan *suppression of competing activities*. Selanjutnya, tiga *subscales* yang sedikit dimodifikasi untuk memfokuskan apa yang dituju adalah *positive reinterpretation and growth* menjadi *positive reframing*, *Focus on* dan *venting of emotions* menjadi *venting* (awalnya pengalaman tertekan terlalu terlibat di dalamnya tetapi kemudian sedikit dimodifikasi sehingga tekanan hanya sebagai hasilnya). Kemudian *subscale mental disengagement* menjadi *self-distraction* (lebih fokus pada apa saja yang dilakukan seseorang untuk menjauhkan pikiran dari pemicu stres). Selanjutnya, *subscale* yang ditambahkan dalam Brief COPE yang tidak ada di dalam COPE adalah *self blame* (mengkritisi diri sendiri akan tanggung jawab individu dalam situasi stres tersebut). McCrae dan Costa (1986 dalam Carver, 1997, hal. 95) menyebutkan bahwa *self blame* cukup banyak ditemukan dalam penelitian lain yang mengukur *coping* dan menjadi prediktor mengenai penyesuaian diri saat menghadapi stres.

Dalam studinya, Carver (1997) menjelaskan bahwa *subscale denial* dan *behavioral disengagement* sudah dinyatakan valid, reliabel, dan menjadi prediktor yang baik dalam beberapa penelitian dengan sampel penderita penyakit kronis, dalam hal ini partisipan dengan HIV positif dan kanker payudara (Antoni, Esterling, Lutgendorf, Fletcher, & Schneiderman, 1995; Ironsin, dkk, 1994; Carver, dkk, 1993; Antoni, dkk, 1991 dalam Carver, 1997). Selanjutnya, Carver juga menjelaskan untuk *subscale self-blame* bahwa item-item yang terdapat di dalamnya sudah menjadi prediktor yang baik jika dikaitkan dengan penyesuaian diri di bawah situasi stres (Bolger, 1986; McCrae & Costa, 1986 dalam Carver, 1997).

### 2.2.2 *Dyadic Coping*

Teori mengenai *dyadic coping* ini diangkat oleh Bodenmann (1995) dengan didasarkan pada *transactional stress theory* dari Lazarus dan Folkman (1984) dengan pendekatan lebih kepada penderita penderita kanker. Selanjutnya, Bodenmann (1997, 2005) melihat dan mengembangkan *dyadic coping* ini menjadi suatu model yang sistemik dan erat kaitannya dengan proses, yang dinamakan *Systemic-Transactional Model*. Model ini melihat bagaimana menghadapi stres yang dialami bersama dan bagaimana pasangan mengatasi masalah, baik secara individual maupun kolektif sebagai suatu unit. Bodenmann (1997, 2005) mengatakan bahwa pada level individual, penilaian terhadap stres terbentuk karena kebutuhan dan kekhawatiran individu. Proses komunikasi stres muncul dimana setiap pasangan mengomunikasikan stres mereka masing-masing dengan harapan menerima dukungan atau umpan balik mengenai *coping* yang dilakukan. Pasangan dapat merespon hal ini secara *supportive* (memberi saran dan membantu dalam tugas sehari-hari, menunjukkan empati, mengekspresikan rasa solidaritas, dan berpandangan positif) maupun *unsupportive* (banyak mengkritik, mengambil jarak dari pasangan, menunjukkan ketidaktertarikan). Selanjutnya dalam level pasangan, kesejahteraan dalam berelasi dipengaruhi oleh kebiasaan pasangan untuk bekerja sebagai satu tim untuk mengatur aspek-aspek dari pemicu stres yang mempengaruhi, baik suami maupun istri (Badr, Kashy, Carmack, & Cristofanilli, 2010).

Pada dasarnya, Bodenmann (1995, 2005) mengemukakan bahwa *dyadic coping* adalah upaya yang digunakan oleh salah satu atau kedua pasangan untuk mengatasi situasi stres, dimana upaya tersebut merupakan pola interaksional yang terdiri dari ketegangan di antara kedua pasangan.

“...an interactional pattern considered to consist of strains that affect one of the partners or the dyad, as well as the efforts used by one or both partners to handle stressful events” (Bodenmann, 1995)

Bodenmann (2005) menambahkan bahwa seseorang tidak dapat menjelaskan penilaian terhadap stres dan usaha melakukan *coping* pasangannya tanpa menyadari dampaknya pada pasangan dan pernikahan. Dalam melihat fungsi suatu hubungan, *dyadic coping* memiliki dua tujuan utama (Bodenmann, 2005), yaitu: mengurangi stres masing-masing pasangan dan meningkatkan kualitas suatu

hubungan. Kesejahteraan salah satu pasangan tergantung dari kesejahteraan pasangannya yang lain serta integrasi masing-masing dari mereka dengan lingkungan sosial. Hal ini juga sejalan dengan Cutrona dan Gardner (2006 dalam Bodenmann & Randall, 2012) yang menyebutkan bahwa *dyadic coping* bertujuan untuk mengembalikan dan mempertahankan kesejahteraan personal masing-masing pasangan dengan mengurangi level stres dan meningkatkan fungsi pasangan melalui saling percaya, kedekatan, dan adanya keintiman.

#### **2.2.2.1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Dyadic Coping**

Jenis *dyadic coping* yang ditampilkan setiap orang bisa berbeda-beda tergantung dari bagaimana situasi stres yang dihadapi seseorang. Bodenmann (2005) menjelaskan bahwa semua bentuk dari *dyadic coping* ini dipengaruhi oleh beberapa faktor internal maupun eksternal, yaitu: *individual skills* (kemampuan mengomunikasikan stres, kemampuan menyelesaikan masalah, kompetensi sosial, dan kemampuan berorganisasi), *motivational factors* (kepuasan hubungan atau ketertarikan dalam suatu hubungan yang lama), dan *contextual factors* (level dari pengalaman stres yang pernah dialami pasangan atau kondisi *mood* mereka).

Dalam *individual skills*, bagaimana individu menyampaikan apa yang dirasakannya kepada pasangan, penggunaan bahasa, mendiskusikan permasalahan, dan cara-cara yang akan ditempuh untuk menyelesaikan masalah, hingga memutuskan langkah apa yang akan diambil adalah kemampuan-kemampuan yang perlu dimiliki individu untuk dapat memunculkan *dyadic coping*. Ketika individu belum memiliki kemampuan yang baik untuk dirinya sendiri dalam mengatasi masalah, tentunya memerlukan kerja keras pula untuk membantu pasangan dalam menghadapi masalahnya. Selanjutnya, jenis *dyadic coping* bisa berbeda karena adanya perbedaan kepuasan hubungan yang dirasakan oleh setiap individu. Ketika individu puas dengan hubungannya yang dijalani bersama pasangan (komunikasi lancar, jarang terjadi konflik, ada pembagian peran dan tanggung jawab, dan lain-lain), maka individu tersebut akan menampilkan jenis *dyadic coping* yang tujuannya adalah untuk membantu pasangan mengatasi masalahnya. Individu termotivasi untuk membantu pasangannya karena adanya kepuasan dari hubungan yang dijalankan bersama

pasangan. Yang terakhir adalah faktor kontekstual, dalam hal ini berkaitan dengan pengalaman stres yang pernah dialami pasangan dan kondisi *mood*. Ketika *mood* individu sedang baik, ada kemungkinan untuk menampilkan *positive dyadic coping*, demikian pula sebaliknya. Namun, tidak menutup kemungkinan jika kondisi *mood* digabungkan dengan pengalaman stres sebelumnya, maka jenis *dyadic coping* yang tampil pun bisa berbeda, tergantung bagaimana konteks yang dimaknai oleh pasangan.

#### 2.2.2.2. Jenis Dyadic Coping

Dalam teori dan penelitiannya, Bodenmann (2005) mengemukakan bahwa *dyadic coping* terdiri dari empat komponen, yaitu: *supportive dyadic coping*, *common dyadic coping*, dan *delegated dyadic coping*, dan *negative dyadic coping*. *Negative dyadic coping* meliputi *hostile dyadic coping*, *ambivalent dyadic coping*, dan *superficial dyadic coping*. Lebih lanjut, Bodenmann menjelaskan bahwa *supportive dyadic coping* terjadi saat salah satu pasangan membantu pasangannya dalam usaha mengatasi masalah. *Coping* ini diekspresikan melalui berbagai aktivitas seperti: membantu tugas sehari-hari atau memberikan saran-saran praktis, berempati, membantu pasangan untuk mengubah situasi, mengomunikasikan keyakinan akan kemampuan atau kapabilitas pasangan atau mengekspresikan solidaritas dengan pasangan (misal: “Reaksi seperti ini juga akan menyakiti saya jika saya berada dalam situasi ini”). *Supportive dyadic coping* ini tidak hanya perilaku altruistik atau sukarela tetapi juga meliputi usaha untuk mendukung pasangan yang memiliki tujuan sekunder untuk mengurangi stres yang dialaminya sendiri. Karena stres yang belum terselesaikan atau tidak efektif ditangani oleh salah satu pasangan akan mempengaruhi yang lain, maka kedua pasangan memiliki kepentingan vital dalam mendukung satu sama lain untuk menjamin kesejahteraan mereka sendiri dan stabilitas hubungan. Sebagai contoh antara lain, menanyakan perasaan pasangan dan mendengarkannya dengan sikap empati, mencoba memberi saran untuk melakukan aktivitas menyenangkan agar stres berkurang.

Selanjutnya, Bodenmann (2005) menjelaskan bahwa *common dyadic coping* adalah ketika kedua pasangan berpartisipasi dalam proses *coping*, sejalan

atau sebagai pelengkap untuk mengatasi masalah yang ada atau emosi yang muncul dari masalah tersebut dengan menggunakan berbagai cara, antara lain: bersama-sama menyelesaikan masalah, bersama-sama mencari informasi yang diperlukan, berbagi perasaan, memunculkan komitmen yang timbal balik atau melakukan relaksasi bersama-sama. Dalam *common dyadic coping* ini, kedua pasangan sama-sama mengalami stres (terkadang pemicu stres-nya sama tetapi bisa juga berbeda) dan mencoba untuk mengatasi situasi stres tersebut secara bersama-sama. Pasangan mengaplikasikan strategi yang dibuat untuk menyelesaikan masalah atau membantu satu sama lain untuk mengurangi dampak emosional yang muncul. Contohnya, bersama-sama dengan pasangan saling menceritakan apa yang dirasakan, melakukan pencarian informasi dari internet atau membaca buku bersama. Jenis yang berikutnya *delegated dyadic coping*, terjadi ketika salah satu pasangan mengambil alih tanggung jawab untuk mengurangi stres yang dirasakan oleh pasangannya yang lain. Selama proses *delegated dyadic coping* ini berlangsung, pasangan secara tegas bertanya untuk memberikan dukungan dan kontribusi yang baru selama proses *coping* dibentuk. Jenis *dyadic coping* ini biasanya digunakan dalam menghadapi pemicu stres yang lebih berorientasi pada masalah (*problem-oriented*). Misalnya, karena istri tiba-tiba mengalami gangguan pernapasan kronis, maka suami mengambil alih tugas istri seperti menyiapkan makanan dan mengantarkan anak-anak ke sekolah.

Dalam menghadapi situasi stres ini, tidak menutup kemungkinan bahwa individu menampilkan bentuk negatif dari *dyadic coping*. Bodenmann (2005) menjelaskan bahwa *hostile dyadic coping* adalah dukungan yang disertai dengan penghinaan, menjauh, mengejek, menampilkan ketidaktertarikan atau meminimalkan keseriusan stres yang dihadapi oleh pasangan. Ini berarti, pasangan memberikan dukungan (misal: memberi saran) tetapi dalam cara yang negatif, ada unsur kekerasan di dalamnya, baik secara verbal maupun non-verbal. Yang berikutnya adalah *ambivalent dyadic coping*, terjadi ketika salah satu pasangan mendukung pasangannya dengan tidak baik atau dengan sikap bahwa kontribusi yang diberikan seharusnya tidak perlu. Terakhir adalah *superficial dyadic coping* meliputi dukungan yang tidak tulus, contohnya menanyakan tentang perasaan pasangan tetapi tanpa adanya empati.

### 2.2.2.3. Pengukuran *Dyadic Coping*

*Dyadic coping* diukur dengan menggunakan *Fragebogen zur Erfassung des Dyadischen Copings als Tendenz* (FDCT-N) yang disusun oleh Bodenmann pada tahun 1990. Seiring berjalannya waktu dan perkembangan penelitiannya, ia mengembangkan dan mengadaptasi alat ukur ini pada tahun 1995, 2000, dan yang terakhir pada tahun 2007. Adaptasi terakhir ini bersamaan dengan perubahan nama instrumen menjadi *Dyadic Coping Inventory* (DCI) yang sampai sekarang banyak digunakan oleh para peneliti untuk mengembangkan penelitian ini di berbagai negara.

*Dyadic Coping Inventory* ini berguna untuk meng-*assess* komunikasi stres dan *dyadic coping* seperti yang dirasakan oleh (1) setiap pasangan mengenai *coping* mereka masing-masing (apa yang saya lakukan saat stres dan apa yang saya lakukan ketika pasangan saya stres); (2) persepsi salah satu pasangan mengenai *coping* pasangannya (apa yang dilakukan pasangan saat ia stres dan apa yang dilakukan pasangan saat saya stres); (3) pandangan salah satu pasangan tentang bagaimana mereka mengatasi stres sebagai satu kesatuan dalam pasangan (apa yang kami lakukan ketika kami stres sebagai pasangan). Dalam beberapa penelitiannya, Bodenmann (2005) menggunakan instrumen ini untuk melihat hubungan *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan pada pasangan yang sudah menikah, berada dalam suatu hubungan intim jangka panjang, dan tergabung dalam komunitas tertentu dalam masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya. Dalam penelitiannya, Kramer, Ceschi, Linden, dan Bodenmann (2005) melihat gambaran bagaimana *individual* dan *dyadic coping* berperan dalam konteks saat seseorang memiliki pengalaman traumatis. Sementara itu, Meier, Bodenmann, Morgeli, dan Jenewein (2011) juga melakukan studi kuantitatif namun digabungkan dengan studi kualitatif mengenai hubungan *dyadic coping* dan *well-being* pada penderita dengan gangguan pernapasan kronis.

### 2.3. Pernikahan dan Kepuasan Pernikahan

Pernikahan menurut Seccombe dan Warner, yaitu:

“ *a legally and socially recognized relationship between a woman and a man that includes sexual, economic, and social rights and responsibilities for partners.*” (Seccombe dan Warner, 2004:231)

Pernikahan adalah hubungan yang sah dan diketahui secara sosial antara seorang laki-laki dan perempuan, yang melibatkan seksual, ekonomi, dan hak serta tanggung jawab sosial untuk pasangan (Seccombe & Warner, 2004).

Dalam berbagai literatur dan penelitian, kepuasan pernikahan memiliki beberapa istilah yang menyerupainya. Lewis dan Spanier (1979 dalam Haseley, 2006 ; Fitzpatrick, 1988) mengemukakan bahwa kepuasan pernikahan disamakan dengan *marital happiness* (kebahagiaan pernikahan), *marital stability* (stabilitas pernikahan), dan *marital quality* (kualitas pernikahan), dan *marital adjustment* (penyesuaian pernikahan). Namun demikian, dalam penelitian ini peneliti akan memfokuskan dalam penggunaan istilah kepuasan pernikahan, sesuai dengan konsep yang sudah dirancang sebelumnya. Dalam penelitiannya, Roach, Frazier, dan Bowden (1981) menjabarkan arti kepuasan itu sendiri sebagai sikap, yang dalam persepsi apapun dapat berubah dari waktu ke waktu, dan erat kaitannya dengan pengalaman hidup yang signifikan. Berdasarkan definisi kepuasan ini, selanjutnya Roach, Frazier, dan Bowden menjelaskan kepuasan pernikahan sebagai sikap sejauh mana seseorang menilai hubungan pernikahannya menyenangkan atau tidak.

*“Marital satisfaction is defined as an attitude of greater or lesser favorability toward one’s own marital relationship.”* (Roach, Frazier, dan Bowden, 1981:539).

Dalam pengertian lain, menurut Fitzpatrick (1988, dalam Bird dan Melville, 1994) menyatakan bahwa kepuasan pernikahan adalah bagaimana pasangan yang menikah mengevaluasi kualitas dari pernikahan mereka tersebut; ini adalah deskripsi subyektif dari apakah suatu hubungan pernikahan itu baik, menyenangkan, dan memuaskan.

*“...how marital partners evaluate the quality of their marriage. It is subjective description of whether a marital relationship is good, happy or satisfying”* (Fitzpatrick, 1988 dalam Bird dan Melville, 1994: 192)

Hendrick dan Hendrick (1997) juga menjelaskan dalam penelitiannya bahwa kepuasan pernikahan merupakan pengalaman subyektif seseorang akan kebahagiaan dan kesenangan personal dalam hubungan pernikahan. Kepuasan pasangan dalam pernikahan muncul saat mereka cenderung menghabiskan waktu bersama-sama dalam berbagai aktivitas, menggunakan selera humor masing-masing, serta mengurangi kritik dan adu argumen yang berkepanjangan

antarpasangan (Taylor, Peplau, dan Sears, 1997). Pada beberapa tahun berikutnya, Bradbury, Fincham, dan Beach (2000) menjelaskan bahwa kepuasan pernikahan mencerminkan suatu evaluasi pernikahan, dimana fitur, ciri atau sifat positif itu penting dan fitur negatif relatif tidak ada. Sedangkan ketidakpuasan pernikahan merefleksikan yang sebaliknya, yaitu suatu evaluasi pernikahan dimana fitur negatif itu penting dan fitur positif relatif tidak ada.

Berdasarkan berbagai definisi mengenai kepuasan pernikahan di atas dan disesuaikan dengan rancangan yang dibuat untuk penelitian ini, maka peneliti memilih untuk menggunakan pengertian dari Roach, Frazier, dan Bowden (1981) yang menyatakan bahwa kepuasan pernikahan sebagai sikap sejauh mana seseorang menilai hubungan pernikahannya menyenangkan atau tidak.

### **2.3.1. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pernikahan**

Duvall dan Miller (1985:139) membagi dua faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pernikahan, yaitu *background characteristics* (sebelum pernikahan) dan *current characteristics* (selama pernikahan). *Background characteristics* antara lain: kebahagiaan pernikahan orangtua, kebahagiaan pada masa anak-anak, pembentukan disiplin oleh orangtua, pendidikan seksual dari orangtua, dan masa perkenalan sebelum menikah. Sedangkan *current characteristics* adalah faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya kepuasan pernikahan setelah terjadinya pernikahan itu sendiri. Misalnya faktor keuangan, pembagian tugas dalam rumah tangga, kehadiran anak, hubungan seksual.

Sejalan dengan hal di atas, peneliti menyimpulkan beberapa faktor yang berpengaruh pada kepuasan pernikahan. Faktor-faktor tersebut antara lain:

#### a. Kepuasan seksual

Maruta dan rekan-rekan (1978; 1981) mengungkapkan hasil penelitian dan observasinya bahwa aktivitas seksual 78% penderita penyakit kronis menurun secara signifikan dan lebih dari 50% tidak puas dengan aktivitas seksual yang dilakukan.

#### b. Kondisi kesehatan pasangan

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Hasftrom dan Schram (1984; Flor, Turk, Scholz, 1987) didapatkan hasil bahwa istri dengan suami yang memiliki penyakit kronis lebih tidak puas dengan pernikahan yang dijalani dibandingkan suami dengan istri yang memiliki penyakit kronis. Penderita dengan tingkat kepuasan pernikahan yang rendah ternyata memiliki pasangan yang juga tidak puas dengan pernikahan mereka. Heaton dan Blake (1999) menambahkan bahwa pengalaman perempuan dalam pernikahan cenderung lebih negatif dibandingkan dengan laki-laki dan pernikahan yang bahagia ternyata lebih dianggap penting oleh perempuan dibandingkan dengan laki-laki.

c. Cara menghadapi masalah atau situasi stres

Hasil penelitian Olson dan Olson (2000 dalam Olson & DeFrain, 2006) menyatakan bahwa aspek yang paling membedakan antara adanya kepuasan dalam pernikahan atau tidak adalah bagaimana masing-masing pasangan dapat saling memahami perasaan ketika menghadapi masalah. Flor, Turk, dan Scholz (1987) menyebutkan bahwa sakit yang dirasakan oleh penderita penyakit kronis dianggap dapat mempengaruhi kepuasan pernikahan, kondisi fisik, dan emosional sebagai pasangan. Hal-hal ini dapat diantisipasi oleh pasangan dengan bagaimana mereka melakukan *coping* untuk menjaga kualitas dalam hubungan pernikahan.

Menurut Atwater dan Duffy (1999:240), kesuksesan atau kepuasan pernikahan dilihat dari aspek hubungan dalam pernikahan termasuk kematangan cinta, keintiman, dan kebersamaan. Menurutnya, karakteristik pernikahan yang memuaskan adalah

1. Mampu memecahkan masalah bersama-sama.
2. Bersenang-senang bersama dan saling berbagi pengalaman.
3. Adanya kualitas yang baik dalam komunikasi pasangan sebelum menikah. Hal ini untuk mengetahui bagaimana perbedaan dan masalah yang muncul dapat diatasi, terutama pada awal pernikahan.
4. *Affective-affirmative*, komunikasi dengan cinta, dan adanya penerimaan tanpa syarat kepada pasangan.

### 2.3.2. Pengukuran Kepuasan Pernikahan

Kepuasan pernikahan dapat diukur dengan beberapa alat ukur, seperti: *Locke-Wallace Marital Adjustment Test*, *Dyadic Adjustment Scale (DAS)*, *Kansas Marital Satisfaction Scale (KMSS)*, *Comprehensive Marital Satisfaction Scale*, (CMSS) atau dapat digali lebih lanjut dengan menggunakan metode wawancara. Namun demikian, dalam penelitian ini peneliti menggunakan *Marital Satisfaction Scale (MSS)* yang dibuat oleh Roach, Frazier, dan Bowden pada tahun 1981 untuk mengukur kepuasan pernikahan. Alat ukur ini dipilih karena dirancang untuk menghindari adanya kontaminasi dari *marital conventionality* dan *social desirability*, reliabel, sensitif pada perubahan dalam hubungan pernikahan, dan tidak memiliki pertanyaan yang menstimulasi respon yang tidak realistis (tipe respon yang menunjukkan hubungan yang sempurna). Alat ukur ini digunakan untuk meng-*assess* tingkat kepuasan seseorang terhadap pernikahan yang dijalani. Selain itu, penyusunan MSS juga bertujuan untuk menghasilkan suatu set alat ukur kepuasan pernikahan yang memiliki fokus tunggal dan mudah dinilai, menjaga dari kontaminasi konvensionalisasi pernikahan dan keinginan sosial serta memberikan item-item yang dapat mencerminkan perubahan sikap yang mungkin terjadi sebagai hasil dari intervensi terhadap pernikahan seseorang. Pada dasarnya, Roach, Frazier, dan Bowden (1981) menyusun alat ukur ini dengan pengertian kepuasan pernikahan sebagai sikap sejauh mana seseorang menilai hubungan pernikahannya menyenangkan atau tidak. Alat ukur ini terdiri dari 48 item dengan lima pilihan jawaban, mulai dari sangat tidak setuju sampai sangat setuju.

*Marital Satisfaction Scale* ini merupakan hasil revisi dari *Marital Satisfaction Inventory (MSI)* yang terdiri dari 73 item dan disusun oleh Snyder (1979). Dari 73 item ini, 48 item dipilih untuk melihat kemampuan individu-individu dalam menghasilkan sesuatu yang bermakna dalam hubungan pernikahan (*single factor*), dimana skor yang reliabel termasuk sensitif terhadap perubahan dalam hubungan pernikahan. Item-item yang dipilih ini lebih untuk mempertegas pendapat seseorang mengenai hubungan pernikahan yang dijalani dibandingkan mengingat kembali kenyataan atau fakta yang terjadi dalam pernikahan tersebut.

Dalam prosesnya hingga tersusun *Marital Satisfaction Scale* ini, dilakukan beberapa studi terhadap *Marital Satisfaction Inventory* oleh Roach,

Frazier, dan Bowden (1981). *Pilot study* menggunakan 73 item MSI, dilakukan kepada 88 partisipan, yang kebanyakan dari mereka adalah konselor sekolah di wilayah Texas. Hampir setengahnya berkulit hitam, mayoritas perempuan, dan berusia antara 20-65 tahun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa item-item yang ada berkorelasi dengan baik dengan *total scale* (kecuali item nomor 7, 16, dan 43), memiliki *internal consistency* yang tinggi ( $\alpha = 0.982$ ), mengukur satu faktor utama (kepuasan pernikahan), dan 80% responden mengindikasikan adanya kepuasan dalam pernikahan mereka. Studi yang kedua dinamakan *Frazier study* dengan menggunakan 70 item MSI, diberikan kepada 309 responden (termasuk 88 partisipan yang sudah mengikuti *pilot study*). Mayoritas sampel adalah dewasa muda kulit putih, sarjana, dan telah menikah selama 1-4 tahun. Hasil studi menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan skor kepuasan pernikahan yang signifikan antara responden perempuan dan laki-laki. Koefisien reliabilitas dalam studi ini menunjukkan skor yang sangat tinggi dengan  $\alpha = 0.969$ , tidak berbeda jauh dengan hasil koefisien reliabilitas *pilot study*.

Selanjutnya adalah studi ketiga, *The Bowden study*, untuk menentukan nilai *concurrent validity* dari MSI dengan sampel 15 pasangan yang puas dan 15 pasangan yang tidak puas dengan pernikahannya. Kategorisasi ini diidentifikasi melalui *peer ratings* dan konselor pernikahan yang profesional. Responden berusia antara 20-39 tahun, kulit putih, sarjana, dan pendapatan keluarga di atas \$8,000 per tahun. Dalam prosesnya, MSI dikorelasikan dengan *Marital Problem Checklist* dan menghasilkan nilai korelasi sebesar -0.73 (pasangan yang puas dengan pernikahannya memiliki lebih sedikit masalah dibandingkan pasangan yang tidak puas dengan pernikahannya). Studi terakhir, yaitu *Thompson study*, menggunakan MSI 73 item dengan 368 responden, baik kulit putih, hitam, maupun Hispanik. Sampel termasuk ke dalam golongan menengah dan sebagian besar bergerak di bidang pendidikan, dengan rentang usia 22-50 tahun. Setelah melakukan empat studi ini, didapatkan koefisien reliabilitas MSS yang sangat tinggi, yaitu 0.97 dan nilai korelasi sebesar 0.79. Akhirnya, setelah beberapa studi dilakukan dan mendapatkan nilai reliabilitas dan validitas yang tinggi, maka *Marital Satisfaction Scale* ini tersusun dari 48 item (Roach, Frazier, & Bowden, 1981).

#### **2.4. Hubungan *Individual Coping*, *Dyadic Coping*, dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis**

Individu yang didiagnosis mengidap penyakit kronis, antara lain: kanker, jantung, *stroke*, dan diabetes akan mengalami stres karena dampak dari penyakit tersebut ke berbagai aspek kehidupan, antara lain: kesehatan fisik dan mental, finansial, gaya hidup, pola makan, aktivitas sehari-hari, pekerjaan, peran sosial, hubungan pernikahan, peran pasangan dalam pernikahan, dan lain-lain. Dampak-dampak yang muncul ini dipengaruhi oleh bagaimana individu dan keluarga (terutama pasangan) mengatasi situasi stres yang diakibatkan oleh penyakit kronis (Flor, Turk, dan Scholz, 1987). Dalam penelitiannya, Maruta dan rekan-rekan (1978; 1981) menyebutkan bahwa lebih dari 30% penderita penyakit kronis mengalami masalah dalam hubungan pernikahan mereka dan cenderung tidak puas dengan pernikahan yang dijalani. Setiap penderita penyakit kronis juga memiliki cara yang berbeda-beda dalam mengelola rasa sakit yang dideritanya. Reaksi terhadap rasa sakit itu tergantung dari kemampuan *coping* individu, kepribadian, dukungan keluarga dan sosial, akses terhadap layanan kesehatan, dan dampak penyakit kronis yang diderita dalam fungsi kehidupan sehari-hari (Sarafino dan Smith, 2012).

Dalam dinamika stres *coping*, Bodenmann (2000) menjelaskan bahwa saat berhadapan dengan situasi *stressful*, untuk pertama kali individu akan melakukan *coping* secara individual, baik langsung menyelesaikan masalahnya (*problem-focused*) atau melakukan *coping* terhadap emosi negatif yang muncul (*emotion-focused*). Jika proses *individual coping* dianggap kurang berhasil dalam mengatasi stres, maka kemudian *dyadic coping* akan berperan, dimana adanya keterlibatan pasangan dalam mengatasi stres yang dihadapi (Bodenmann, 2005). Penjelasan ini didukung oleh hasil penelitian dari Bouchard, Sabourin, Lussier, Wright, dan Richer (1998) yang menyebutkan bahwa strategi *individual coping* berhubungan dengan fungsi dalam pernikahan individu tersebut. Pada studi yang dilakukan Wahl, Hanestad, Wiklund, dan Moum (1999) ditemukan pula bahwa tingkah laku aktif dari individu dalam *problem-focused coping* berkorelasi dengan hasil yang positif pada penderita penyakit kronis, dan hasil yang positif dapat berupa kepuasan pernikahan. Selanjutnya, dalam penelitian Berg dan Upchurch

(2007) disebutkan bahwa *dyadic coping* menjadi prediktor utama dalam bagaimana pasangan mengatasi stres dengan penyakit kronis yang berkaitan dengan kesehatan individu, psikososial, dan hubungan interpersonal, salah satunya adalah kepuasan pernikahan. Pernyataan ini sejalan dengan yang dikemukakan Sarafino dan Smith (2012) bahwa penderita akan membutuhkan bantuan keluarga, terutama pasangan, dalam menghadapi stres akibat dari penyakit kronis yang dideritanya. Oleh karena itu, peneliti berhipotesis bahwa *coping* yang dilakukan oleh penderita penyakit kronis, baik secara individual maupun dengan dukungan keluarga (terutama pasangan), berhubungan dengan pernikahan yang dijalani, terutama dengan kepuasan pernikahan.

Proses *coping* yang dilakukan setiap penderita penyakit tentu saja berbeda-beda tergantung dari jenis penyakit dan bagaimana penderita menyikapi situasi stres tersebut. Penderita dengan penyakit kronis cenderung memiliki kesulitan dalam hal *coping* jika dikaitkan perubahan fungsi tubuh yang mengganggu atau bahkan memalukan (Bekkers, dan rekan-rekan, 1995). Ketika sakit menjadi semakin parah dan menimbulkan situasi stres lainnya, maka *problem-focused coping* sangat perlu dilakukan (Wahl, Hanestad, Wiklund, dan Moum, 1999). Walaupun demikian, *emotion-focused coping* juga masih diperlukan untuk mengatasi permasalahan-permasalahan psikososial yang muncul selama menderita penyakit kronis, seperti: menghadapi ketidakpastian, ketakutan, dan krisis kontrol diri (Miller, 1992). Melihat penyakit dari sisi positif, menerima kenyataan akan sakit yang diderita, dan memanfaatkan dukungan sosial menjadi *coping* yang sesuai untuk menghadapi penyakit kronis (Lazarus dan Folkman, 1984). Namun, tidak menutup kemungkinan adanya strategi lain dari *emotion-focused*, seperti menjauh dari situasi stres yang dihadapi, menyerah atau menolak untuk memikirkan tentang penyakit yang dialami, justru berhubungan dengan meningkatnya tekanan dan ketidakmampuan (Carver dkk, 1993; Dunkel-Schetter dkk, 1992; Felton dkk, 1984 dalam Ayers, 2007).

*Problem-focused strategies*, dimana dalam teori seharusnya dapat menampilkan potensi adaptif yang lebih besar. Mencari informasi mengenai penyakit yang dialami dan melakukan perencanaan untuk mengatasinya menjadi strategi yang memiliki hubungan paling konsisten dengan hasil yang positif ,

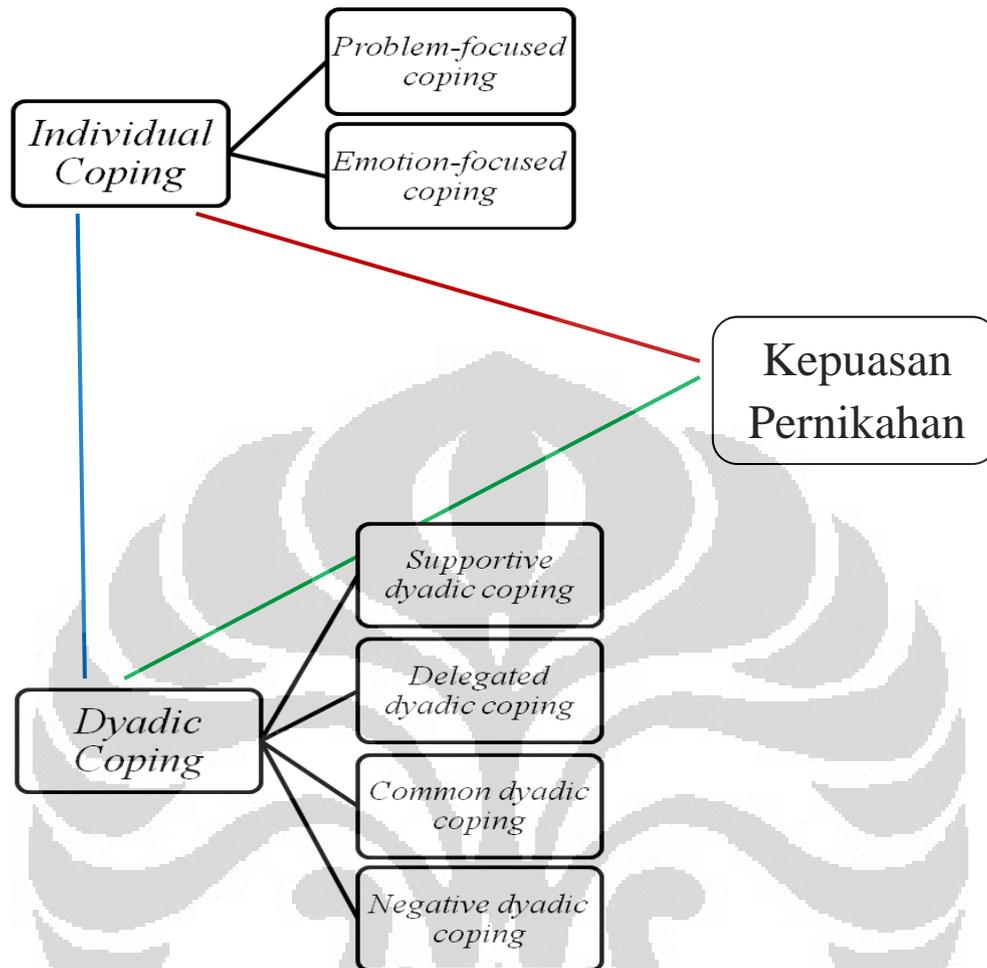
seperti misalnya kepuasan pernikahan (Felton, dkk, 1984 dalam Ayers, 2007). Kedua strategi ini akan memberi pengaruh terbaik ketika individu dapat mengontrol pemicu stres yang muncul. Namun demikian, kurangnya hubungan yang kuat antara *problem-focused strategies* dan hasil yang positif terhadap penderita dengan penyakit kronis biasanya disebabkan adanya ketidakcocokan antara situasi yang tidak setuju untuk diubah atau dikontrol dan strategi *problem-focused* yang digunakan individu (Ayers, 2007). Dalam situasi dan lingkungan tertentu, *emotion-focused strategies* menjadi lebih bermanfaat dan membantu dalam proses mengembangkan intervensi yang sesuai dengan karakteristik yang dihadapi oleh penderita dengan penyakit kronis. Intervensi yang dilakukan mengarah pada bagaimana mengurangi tekanan psikologis yang dihubungkan dengan mengelola situasi ketika menghadapi penyakit kronis (Chesney, dkk, 2003).

Ketika *individual coping* dianggap kurang atau tidak berhasil pada individu, maka *dyadic coping* akan berperan membantu mengatasi masalah. Namun, jika *individual coping* berhasil (menunjukkan hasil yang positif) maka situasi ini juga dapat meningkatkan *dyadic coping*. Papp dan Witt (2010) menyampaikan jika dikaitkan dengan *individual coping*, maka hubungan antara *individual coping* dan *dyadic coping* positif dan signifikan tetapi nilai korelasinya tidak terlalu besar. Peran pasangan menjadi sangat penting bagi penderita penyakit kronis ketika menghadapi masa-masa sulitnya (Ayers, 2007). Dengan adanya keterlibatan pasangan dalam *dyadic coping* ini, maka kualitas dalam suatu hubungan pernikahan, terutama kepuasan pernikahan patut dipertimbangkan. Bodenmann (2005) dalam studi meta-analisis yang berkaitan dengan *coping* mengungkapkan bahwa *positive dyadic coping* secara signifikan berhubungan dengan fungsi pernikahan yang baik dan tingginya tingkat kepuasan dalam hubungan, dengan *dyadic coping* menilai 30% - 40% yang termasuk dalam varians kepuasan pernikahan. Semakin tinggi skor *positive dyadic coping* maka tingkat kepuasan pernikahan juga semakin tinggi. Sebaliknya, jika skor *negative dyadic coping* tinggi maka tingkat kepuasan pernikahan akan semakin rendah, yang menunjukkan adanya tingkat stres yang tinggi. Hal ini didukung pula oleh hasil penelitian Hafstrom dan Schram (1984) bahwa ketidakpuasan dalam

pernikahan akan semakin meningkat, dimana setidaknya salah satu dari pasangan memiliki *disability* atau menderita penyakit kronis.

Di negara-negara barat, penelitian mengenai hubungan *individual coping*, *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan ini mulai berkembang beberapa tahun belakangan ini, baik dengan partisipan pasangan yang berpacaran, sudah menikah maupun pasangan menikah dengan salah satunya menderita penyakit kronis. Seperti hasil penelitian Papp dan Witt (2010) pada partisipan yang berpacaran menjelaskan bahwa *dyadic coping* relatif lebih memprediksi fungsi dalam suatu hubungan interpersonal (misal: kepuasan hubungan) dibandingkan dengan *individual coping*. Selain itu, seperti yang telah disebutkan dalam hasil-hasil penelitian di atas bahwa *positive dyadic coping* signifikan berhubungan dengan kepuasan pernikahan, terutama pada pasangan yang sudah menikah (Bodenmann, 2005).

Berdasarkan penjelasan dan penelitian yang sudah dilakukan sebelumnya, peneliti berhipotesis bahwa ada hubungan antara *individual coping* dan *dyadic coping*, *individual coping* dan kepuasan pernikahan serta *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan.



**Diagram 2.4.1** Dinamika Teori *Individual Coping*, *Dyadic Coping*, dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis

## BAB 3

### METODE PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan hal-hal yang berkaitan dengan masalah penelitian, hipotesis penelitian, pendekatan dan tipe penelitian, metode pengumpulan data dan subyek penelitian, prosedur persiapan dan pelaksanaan penelitian, hasil uji coba alat ukur, dan metode pengolahan serta analisis data yang digunakan dalam penelitian ini.

#### 3.1. Masalah Penelitian

Permasalahan utama yang diteliti dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis?” yang dapat dirinci sebagai berikut:

- a. Apakah terdapat hubungan antara *individual coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis?
- b. Apakah terdapat hubungan antara *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis?
- c. Apakah terdapat hubungan antara *individual coping* dan *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis?

Selain rumusan masalah utama, terdapat rumusan permasalahan tambahan yang ingin dijawab dalam penelitian ini, yaitu:

- a. Bagaimana gambaran umum *individual coping* pada penderita penyakit kronis?
- b. Bagaimana gambaran umum *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis?
- c. Bagaimana gambaran umum kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis?

#### 3.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut

### 3.2.1. Hipotesis Alternatif ( $H_a$ )

- a. Terdapat hubungan yang signifikan antara *individual coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis.
- b. Terdapat hubungan yang signifikan antara *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis.
- c. Terdapat hubungan yang signifikan antara *individual coping* dan *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis.

### 3.2.2. Hipotesis Nol ( $H_0$ )

- a. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *individual coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis.
- b. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis.
- c. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *individual coping* dan *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis.

## 3.3. Variabel Penelitian

Variabel-variabel yang terkait dalam penelitian ini adalah *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan. Berikut ini penjelasan lebih lanjut mengenai ketiga variabel tersebut.

### 3.3.1. Variabel bebas pertama : *Individual Coping*

- Definisi Konseptual

*Individual coping* adalah upaya yang dilakukan oleh individu dalam mengatasi perbedaan yang ada antara tuntutan situasi (eksternal) dan sumber daya yang dimiliki (internal) pada situasi *stressful* (Sarafino, 1998). Menurut Lazarus dan Folkman (1984), variasi dari  *coping* yang dapat dilakukan individu, antara lain : *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. *Problem-focused coping* adalah usaha  *coping* yang dilakukan langsung mengarah pada sumber stres dan berorientasi pada pemecahan masalah dengan tujuan mengontrol sumber stres dan menghilangkan stres dengan cara melakukan tindakan aktif yang berkaitan dengan situasi stres yang dihadapi. Sedangkan *emotion-focused coping* adalah usaha  *coping* yang diarahkan pada emosi-emosi negatif

yang berhubungan dengan sumber stres, menghadapi tekanan emosi, dan mempertahankan keseimbangan emosi. Jenis *coping* ini ditujukan untuk mengurangi atau mengontrol tekanan emosi yang berhubungan dengan situasi *stressful*.

- Definisi Operasional

Definisi operasional dari *individual coping* adalah skor total dari alat ukur Brief COPE yang disusun oleh Carver (1997). Alat ukur ini terdiri dari 14 *subscales*, dimana ada *subscale* yang lebih mengarah pada *problem-focused coping* dan ada juga yang *emotion-focused coping*. Dari hasil ini, individu akan dilihat lebih cenderung fokus pada pendekatan *coping* yang mana saja. Semakin tinggi skor individu pada setiap salah satu strategi *copin*, maka semakin menggambarkan jenis *individual coping* yang dilakukan seseorang.

### 3.3.2. Variabel bebas kedua : *Dyadic Coping*

- Definisi Konseptual

*Dyadic coping* adalah upaya yang digunakan oleh salah satu atau kedua pasangan untuk mengatasi situasi stres, dimana upaya tersebut merupakan pola interaksional yang terdiri dari ketegangan di antara kedua pasangan (Bodenmann, 1995). *Dyadic coping* terdiri dari empat jenis, yaitu: *supportive dyadic coping*, *common dyadic coping*, *delegated dyadic coping*, dan *negative dyadic coping*. *Negative dyadic coping* meliputi tiga bentuk, yaitu: *hostile dyadic coping*, *ambivalent dyadic coping*, dan *superficial dyadic coping*.

- Definisi Operasional

Dalam penelitian ini, definisi operasional dari *dyadic coping* adalah skor total setiap individu, dari seluruh item alat ukur *dyadic coping* yang dibuat oleh Bodenmann (2007). Semakin tinggi skor total yang diperoleh individu berarti merepresentasikan semakin tinggi pula individu menggunakan *dyadic coping* ketika menghadapi situasi stres yang dihadapi. Selain itu, dapat dilihat pula bahwa individu cenderung

menggunakan jenis *dyadic coping* yang mana ketika berada dalam situasi stres, terutama ketika menderita penyakit kronis.

### 3.3.3. Variabel terikat : Kepuasan Pernikahan

- Definisi Konseptual

Roach, Frazier, dan Bowden (1981) menyatakan bahwa kepuasan pernikahan adalah sikap sejauh mana seseorang menilai hubungan pernikahannya menyenangkan atau tidak selama berlangsungnya hubungan pernikahan tersebut.

- Definisi Operasional

Definisi operasional dari kepuasan pernikahan adalah skor total yang diperoleh dari alat ukur kepuasan pernikahan, yaitu *Marital Satisfaction Scale* yang disusun oleh Roach, Frazier, dan Bowden (1981), yang merupakan hasil revisi dari *Marital Satisfaction Inventory* yang disusun oleh Snyder (1979).

### 3.4. Tipe dan Desain Penelitian

Menurut Kumar (2005), berdasarkan tujuan penelitian dan tipe informasi yang diperoleh, yakni untuk mengetahui hubungan *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis, maka pendekatan penelitian yang digunakan adalah pendekatan kuantitatif. Penelitian ini akan mengukur variasi dari suatu fenomena dengan menggunakan variabel kuantitatif sehingga dapat diketahui besarnya variasi tersebut dan tujuan, desain, sampel serta pertanyaan-pertanyaan untuk responden sudah disiapkan sebelumnya. Selain itu, penelitian ini juga termasuk ke dalam *correlational research*, yaitu menemukan atau membuktikan adanya hubungan, asosiasi atau interdependensi di antara dua atau lebih aspek situasi. Berdasarkan *application* dari penelitian, penelitian ini termasuk ke dalam *applied research* karena informasi yang diperoleh mengenai fenomena tertentu dapat digunakan pada hal lain, misalnya untuk merancang suatu kebijakan dan mengembangkan pemahaman mengenai fenomena tertentu.

Berkaitan dengan berapa kali jumlah pengambilan data, penelitian ini termasuk ke dalam *cross-sectional studies*, dimana pengambilan data hanya dilakukan satu kali. Selain itu, penelitian ini termasuk *non-experimental studies*, dimana tidak ada perlakuan tertentu yang diberikan pada variabel bebas untuk memberikan dampak pada variabel terikat.

### **3.5. Sampel Penelitian**

Populasi dalam penelitian adalah individu yang sedang atau pernah menderita penyakit kronis. Karakteristik sampel dalam penelitian ini adalah individu yang pernah atau sedang menderita penyakit kronis (selama minimal enam bulan setelah divonis), seperti: jantung, kanker, *stroke*, dan diabetes ; sudah menikah dan bukan yang sedang terbaring sakit dan masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini dilakukan peneliti mengingat bahwa adanya keterbatasan dari penderita yang sedang terbaring sakit untuk melakukan hal-hal seperti mengisi kuesioner, yang memerlukan waktu dan tenaga lebih untuk melakukannya. Alasan peneliti memilih karakteristik sampel dengan empat penyakit kronis tersebut karena berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2011, disebutkan bahwa jantung, kanker, *stroke*, dan diabetes menjadi empat urutan teratas penyakit kronis yang paling banyak menyebabkan kematian. Pada tahun 2008 tercatat 2,7 juta orang-orang di negara ASEAN meninggal akibat penyakit-penyakit kronis ini (Anna, 2011).

#### **3.5.1. Prosedur dan Teknik Pengambilan Sampel Penelitian**

Prosedur yang digunakan dalam pemilihan sampel penelitian ini adalah *non probability sampling*, dimana tidak semua individu dalam populasi memiliki kesempatan yang sama untuk menjadi sampel penelitian (Kumar, 2005). Dalam penelitian ini, teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah teknik *snowball sampling* dan *incidental sampling*. *Snowball sampling* merupakan teknik pengambilan sampel dengan menggunakan sistem *network* atau jaringan. Informasi disebarikan oleh satu orang ke orang lainnya sesuai dengan karakteristik yang sudah ditentukan peneliti. Sedangkan *incidental sampling* merupakan teknik pengambilan sampel, dimana setiap orang dapat terlibat dalam penelitian ini

asalkan sesuai dengan karakteristik yang sudah ditentukan sebelumnya (pernah atau sedang menderita penyakit jantung, kanker, *stroke* atau diabetes, sudah menikah, dan tidak sedang terbaring sakit) sehingga informasi yang didapatkan dari partisipan benar-benar sesuai dengan tujuan penelitian (Kumar, 2005). Pengambilan data dengan cara ini juga menjadi pilihan banyak peneliti karena memungkinkan efisiensi waktu dan biaya (Gravetter & Forzano, 2009).

### **3.5.2. Jumlah Partisipan Penelitian**

Gravetter dan Forzano (2007) menyatakan bahwa untuk mencapai distribusi data yang mendekati kurva normal, maka diperlukan minimal 30 sampel penelitian. Walaupun demikian, semakin besar jumlah sampel yang digunakan maka semakin akurat pula data penelitian yang dihasilkan dalam menggambarkan populasi (Kumar, 2005). Dalam penelitian ini, dikarenakan tidak mudahnya mencari sampel penelitian berdasarkan kriteria yang sudah ditentukan sebelumnya oleh peneliti dan keterbatasan waktu, maka peneliti menggunakan sampel terpakai sebanyak 60 orang dalam penelitian ini. Kiranya partisipan-partisipan penelitian ini nantinya dapat memberikan informasi dengan maksimal, sesuai yang dibutuhkan peneliti.

### **3.6. Instrumen Penelitian**

Menurut Kumar (2005), terdapat beberapa teknik pengambilan data yaitu observasi, wawancara, dan kuisioner. Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kuisioner untuk melakukan pengambilan data. Kuisioner adalah alat ukur yang terdiri dari sejumlah item berupa pertanyaan tertulis, dimana dalam proses pengerjaannya, responden diminta untuk membaca setiap pertanyaan yang tertera kemudian menginterpretasikan pertanyaan-pertanya tersebut dan menuliskan sendiri jawabannya pada lembar kuisioner (Kumar, 2005). Jawaban yang diberikan oleh responden tidak mengandung unsur benar atau salah, umumnya untuk melihat gambaran kondisi responden pada saat instrumen penelitian diberikan. Peneliti memilih metode kuisioner atas dasar beberapa pertimbangan, antara lain: dengan menggunakan kuisioner akan lebih efisien dan efektif, baik dalam hal waktu, tenaga maupun biaya.

### 3.6.1. Alat Ukur *Individual Coping* dan Uji Coba Alat Ukur *Individual Coping*

Carver (1997) melakukan revisi terhadap alat ukur COPE yang kemudian menghasilkan Brief COPE, dimana ada beberapa *subscales* yang ditambahkan dan ada pula yang dihilangkan. Brief COPE terdiri dari 14 *subscales*, yang masing-masing terdiri dari dua item. Dari 14 *subscales* ini, beberapa sudah digolongkan ke dalam *problem* atau *emotion-focused coping*, seperti misalnya: *active coping*, *planning*, *using instrumental support*, dan *positive reframing* masuk ke dalam *problem-focused coping*. Sedangkan *using emotional support*, *venting*, *behavioral disengagement*, *denial*, *humor*, *acceptance*, dan *religion* termasuk ke dalam *emotion-focused coping* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Beberapa *subscales* seperti *substance use*, *self blame*, dan *self distraction* masuk ke dalam *emotion-focused* berdasarkan penjelasan Lazarus dan Folkman (1986) di atas.

Carver (1997) menguji instrumen ini kepada penghuni suatu komunitas tempat tinggal yang sedang melakukan pemulihan setelah dilanda badai Andrew. Pengujian dilakukan tiga kali dan pada tahap pertama melibatkan 168 partisipan. Enam bulan kemudian, 124 partisipan melakukan pengujian tahap kedua dan satu tahun kemudian 126 melakukan pengujian ketiga. Seluruh *assessment* ini digunakan terpisah untuk mengevaluasi reliabilitas dari setiap *subscales*. Uji reliabilitas dilakukan Carver (1997) dengan menggunakan *Cronbach Alpha* yang menunjukkan bahwa hampir semua *subscales* menghasilkan koefisien reliabilitas di atas 0.6, kecuali *venting*, *denial*, dan *acceptance*. Namun, karena pada setiap *subscales* hanya terdiri dari dua item, menurut Nunnally (1978), koefisien reliabilitas yang dapat diterima adalah minimal 0.5 (Carver, 1997, hal. 97). Koefisien reliabilitas dari masing-masing *subscales* : *Active Coping* (0.68), *Planning* (0.73), *Positive Reframing* (0.64), *Acceptance* (0.57), *Humor* (0.73), *Religion* (0.82), *Using Emotional Support* (0.71), *Using Instrumental Support* (0.64), *Self-Distraction* (0.71), *Denial* (0.54), *Venting* (0.50), *Substance Use* (0.90), *Behavioral Disengagement* (0.65), dan *Self-Blame* (0.69).

Berikut adalah tabel kisi-kisi alat ukur *individual coping*, yaitu Brief COPE (Carver, 1997) :

**Tabel 3.6.1.1. Kisi-kisi Alat Ukur *Individual Coping* (Brief COPE)**

<i>Subscales</i>	No. Item	Contoh Item
<i>Venting</i> (E)	9 dan 21	Saya dapat mengekspresikan perasaan negatif saya.
<i>Active coping</i> (P)	2 dan 7	Saya mengambil tindakan untuk mencoba membuat masalah ini menjadi lebih baik.
<i>Self-distraction</i> (E)	1 dan 19	Saya mengalihkan pikiran dari masalah ini dengan bekerja atau melakukan aktivitas lain.
<i>Denial</i> (E)	3 dan 8	Saya tidak percaya bahwa masalah ini telah terjadi.
<i>Substance use</i> (E)	4 dan 11	Saya menggunakan alkohol atau obat-obatan lain agar merasa lebih baik.
<i>Use of emotional support</i> (E)	5 dan 15	Saya mendapatkan penghiburan dan pengertian dari orang lain.
<i>Use of instrumental support</i> (P)	10 dan 23	Saya mendapatkan bantuan dan saran dari orang lain.
<i>Behavioral disengagement</i> (E)	6 dan 16	Saya 'angkat tangan' dalam upaya mengatasi masalah ini.
<i>Positive reframing</i> (P)	12 dan 17	Saya mencoba melihat masalah ini dari sudut pandang yang berbeda agar membuatnya tampak lebih positif
<i>Planning</i> (P)	14 dan 25	Saya berusaha membuat strategi untuk dapat menyelesaikan masalah ini.
<i>Humor</i> (E)	18 dan 28	Saya membuat lelucon mengenai masalah yang sedang saya hadapi ini.
<i>Acceptance</i> (E)	20 dan 24	Saya menerima fakta bahwa masalah ini telah terjadi.
<i>Religion</i> (E)	22 dan 27	Saya berdoa dan bermeditasi.
<i>Self-blame</i> (E)	13 dan 26	Saya menyalahkan diri sendiri karena masalah atau penyakit yang saya hadapi ini.

Dalam uji validitas dan reliabilitas, peneliti yang merupakan mahasiswa dengan dibantu oleh dosen pembimbing, terlebih dahulu menerjemahkan item-item dalam instrumen Brief COPE. Setelah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia, peneliti meminta bantuan kepada dua orang ahli bahasa Inggris, yaitu seorang dosen sastra Inggris dan seorang teman yang lama tinggal di luar negeri. Hal ini dilakukan untuk melihat apakah item-item dalam alat ukur ini mengalami perubahan makna dari bentuk aslinya setelah diterjemahkan. Dari hasil umpan

balik didapatkan bahwa ada beberapa item yang memerlukan revisi dari kata-kata yang digunakan sehingga nantinya dapat lebih dimengerti oleh partisipan. Setelah revisi item dilakukan, peneliti melakukan *expert judgement* dari dosen pembimbing skripsi dan dosen lain untuk melihat apakah item-item dalam alat ukur ini mencerminkan konstruk yang akan diukur.

Uji coba alat ukur Brief COPE ini dilakukan kepada 30 orang yang pernah atau sedang menderita penyakit kronis (kanker, jantung, stroke, diabetes, gangguan pernapasan kronis, hipertensi, epilepsi, asam urat, rematik, dan lain-lain) dan sudah menikah. Suatu alat ukur dikatakan berkualitas jika memenuhi syarat validitas dan reliabilitas yang sudah ditentukan (Pallant, 2005). Uji reliabilitas Brief COPE dilakukan dengan metode *coefficient-alpha* (*Cronbach's alpha*) dengan koefisien alfa sebesar 0.843, dimana menurut Kaplan dan Saccuzzo (2005), sebuah alat tes dikatakan cukup baik bila digunakan dalam suatu penelitian adalah jika memiliki koefisien reliabilitas antara 0.7 – 0.8. Koefisien reliabilitas untuk masing-masing *subscales* adalah: *Active Coping* (0.84), *Planning* (0.86), *Positive Reframing* (0.78), *Acceptance* (0.91), *Humor* (0.90), *Religion* (0.89), *Using Emotional Support* (0.90), *Using Instrumental Support* (0.83), *Self-Distraction* (0.89), *Denial* (0.84), *Venting* (0.78), *Substance Use* (0.75), *Behavioral Disengagement* (0.91), dan *Self-Blame* (0.80).

Selanjutnya, Aiken dan Groth-Marnat (2006) menyatakan bahwa nilai validitas yang dianggap baik adalah lebih besar dari 0.2. Namun, dalam alat ukur ini ternyata ditemukan beberapa item dengan nilai validitas yang kurang baik (kurang dari 0.2), yaitu item nomor 3 dan 8 (*subscale denial*), 4 dan 11 (*subscale substance use*), 6 dan 16 (*subscale behavioral disengagement*), serta item 13 dan 26 (*subscale self-blame*). Berdasarkan hasil tersebut, peneliti memutuskan untuk mengeliminasi item-item yang tidak valid tersebut. Walaupun sudah ada penelitian sebelumnya di negara barat tetapi ternyata item-item tersebut tidak sesuai untuk masyarakat di Indonesia yang menganut budaya timur dan ada kecenderungan semua responden untuk menjawab 'tidak' atau '1' pada kedelapan item tersebut (tingkat *social desirability*-nya tinggi untuk item-item tersebut).

### 3.6.1.1. Metode Skoring Alat Ukur *Individual Coping*

Setiap item dalam kuesioner ini diukur melalui empat pilihan jawaban, yaitu belum pernah, kadang-kadang, sering, dan sangat sering. Pilihan “belum pernah” memiliki skor 1, “kadang-kadang” memiliki skor 2, “sering” memiliki skor 3, dan “sangat sering” memiliki skor 4. Dalam penelitiannya, Carver (1997) tidak menjelaskan mengenai pengkategorisasian dari skor total yang sudah didapatkan individu. Skor total *individual coping* diperoleh dengan menjumlahkan skor pada masing-masing item yang diperoleh individu tersebut mulai dari item nomor 1 sampai 28.

Tanpa adanya interpretasi, skor yang diperoleh individu tidak akan ada artinya (Anastasi dan Urbina, 1997). Oleh karena itu diperlukan pengkategorisasian skor *individual coping* agar bisa diinterpretasi. Berkaitan dengan ini, Carver (1997) tidak menyertakan kategorisasi skor Brief COPE ini di dalam tulisan penelitiannya. Oleh karena itu, peneliti melakukan kategorisasi skor dengan terlebih dahulu mencari rata-rata skor dari keseluruhan skor *dyadic coping* partisipan, mencari standar deviasi, dan kemudian dikelompokkan dengan ketentuan yaitu : rendah (-1SD), sedang (-1SD sampai +1SD), dan tinggi (+1SD). Setelah kategorisasi terbentuk, maka dapat dilihat apakah skor total setiap individu berada di kategori rendah, sedang atau tinggi.

### 3.6.2. Alat Ukur *Dyadic Coping* dan Uji Coba Alat Ukur *Dyadic Coping*

Instrumen ini terdiri dari sembilan *subscales*, 37 item, dan dengan pilihan jawaban dari 1 “sangat jarang” sampai 5 “sangat sering”. Dalam instrumen ini, terdapat beberapa yang termasuk ke dalam pernyataan *unfavorable*, yaitu item 7, 10, 11, 15, 22, 25, 26, dan 27. Bodenmann (2005; Ledermann, dan rekan-rekan, 2010) membagi *dyadic coping* ke dalam dua bagian besar, yaitu *positive dyadic coping* dan *negative dyadic coping*. *Positive dyadic coping* meliputi *problem* dan *emotion-focused supportive dyadic coping*, *problem* dan *emotion-focused dyadic coping*, dan *delegated dyadic coping*. Sedangkan *negative dyadic coping* terdiri dari *hostile*, *ambivalent*, dan *superficial dyadic coping*. Dalam uji psikometri, Bodenmann (2006) memisahkan pengujian reliabilitas pada partisipan perempuan dan laki-laki pada setiap *subscales* dalam DCI dan menghasilkan koefisien alfa

dalam rentang 0.7 – 0.8. Pada tahun 2010, Ledermann dan rekan-rekan melakukan penelitian lanjutan mengenai aspek psikometri dari DCI pada tiga kelompok bahasa (Jerman, Italia, dan Perancis), dan bahasa Inggris sebagai tambahan.

**Tabel 3.6.2.1. Kisi-kisi Alat Ukur *Dyadic Coping* (DCI)**

No. Item	Jenis Item	Contoh Item
7	<i>Negative Dyadic Coping</i>	Pasangan saya menyalahkan saya karena saya tidak cukup baik dalam mengatasi stres.
13	<i>Supportive Dyadic Coping</i>	Pasangan saya membantu menganalisis keadaan sehingga saya dapat menghadapi masalah dengan lebih baik.
15	<i>Negative Dyadic Coping</i>	Pasangan saya cenderung menarik diri saat saya sedang stres
20	<i>Supportive Dyadic Coping</i>	Saya menunjukkan empati dan pengertian kepada pasangan saya.
30	<i>Delegated Dyadic Coping</i>	Saya membantu pasangan ketika ia memiliki terlalu banyak hal yang harus dikerjakan.
32	<i>Common Dyadic Coping</i>	Kami terlibat dalam diskusi serius mengenai masalah yang dihadapi dan memikirkan tentang apa yang selanjutnya harus dilakukan.
35	<i>Common Dyadic Coping</i>	Kami menyayangi satu sama lain, bercinta, dan menggunakan cara tersebut untuk mengatasi stres.

Uji reliabilitas dilakukan peneliti dengan menggunakan metode *Cronbach's Alpha* dengan koefisien alfa sebesar 0.932 dan termasuk memiliki reliabilitas yang sangat baik. Sedangkan untuk validitas, ada beberapa item yang memiliki nilai validitas kurang baik ( $<0.2$ ), yaitu item nomor 7, 10, 11, 25, 26, dan 28. Berdasarkan tinjauan pada hasil penelitian-penelitian sebelumnya, peneliti tidak membuang keenam item tersebut. Peneliti akan melakukan revisi pada item-item tersebut karena menduga ada masalah pada keterbacaan, yaitu pemilihan kata yang tidak sesuai atau kalimat yang sulit dipahami.

### 3.6.2.1. Metode Skoring Alat Ukur *Dyadic Coping*

Pada alat ukur ini terdapat lima skala pilihan jawaban, yaitu sangat jarang, jarang, kadang-kadang, sering, dan sangat sering. Pilihan “belum pernah” memiliki skor 1, “jarang” memiliki skor 2, “kadang-kadang” memiliki skor 3,

“sering” memiliki skor 4, dan “sangat sering” memiliki skor 5. Sedangkan, untuk beberapa pernyataan *unfavorable* berlaku hal sebaliknya. Pilihan jawaban diskoring 1 untuk “sangat sering”, 2 ”sering”, 3 “kadang-kadang”, dan 4 “belum pernah”. Skor total *dyadic coping* setiap individu didapatkan dengan menjumlahkan skor semua item dan kemudian skor total perlu dikategorisasi agar dapat diinterpretasi. Kategorisasi dilakukan dengan terlebih dahulu mencari rata-rata skor dari keseluruhan skor *dyadic coping* partisipan, mencari standar deviasi, dan kemudian dikelompokkan dengan ketentuan yaitu : rendah (-1SD), sedang (-1SD sampai +1SD), dan tinggi (+1SD). Setelah kategorisasi terbentuk maka dapat dilihat apakah skor total setiap individu berada di kategori rendah, sedang atau tinggi.

### 3.6.3. Alat Ukur Kepuasan Pernikahan dan Uji Coba Alat Ukur Kepuasan Pernikahan

Setelah melakukan empat kali studi, didapatkan koefisien reliabilitas MSS yang sangat tinggi, yaitu 0.97 dan nilai korelasi sebesar 0.79. Berdasarkan nilai reliabilitas dan validitas yang tinggi, maka *Marital Satisfaction Scale* ini terbentuk dan terdiri dari 48 item (Roach, Frazier, & Bowden, 1981).

**Tabel 3.6.3.1. Kisi-kisi Alat ukur Kepuasan Pernikahan (MSS)**

No.Item	Jenis Item	Contoh Item
5	F	Saya selalu dapat mempercayai pasangan saya.
10	UF	Pernikahan saya memberi dampak yang buruk pada kesehatan saya.
14	F	Saya berharap pernikahan saya memberi kepuasan yang terus bertambah dari waktu ke waktu.
19	UF	Pasangan saya membuat saya bingung dan gelisah.
24	F	Pasangan saya menginspirasi saya untuk melakukan yang terbaik yang saya bisa.
34	UF	Penikahan saya terbentur ketidaksepakatan atas hal-hal yang menyangkut kesenangan atau rekreasi.
44	UF	Saya benar-benar memiliki kesulitan untuk percaya pada pasangan saya.

Uji coba alat ukur *Marital Satisfaction Scale* ini dilakukan kepada 30 orang partisipan yang juga sudah membantu mengisi kuesioner Brief COPE sebelumnya, dimana MSS menjadi bagian ketiga dari kuesioner yang diisi oleh partisipan. Uji reliabilitas dilakukan dengan metode *Cronbach's Alpha*, dengan koefisien alfa sebesar 0.959. Reliabilitas dikatakan cukup baik jika memiliki koefisien alfa antara 0.7 – 0.8 (Kaplan dan Saccuzo, 2005) dan nilai validitas di atas 0.2 (Aiken dan Groth-Marnat, 2006). Hasil uji coba alat ukur menunjukkan adanya beberapa item yang memiliki nilai validitas kurang baik (<0.2), yaitu nomor 7, 16, 29, dan 34, item-item lain Namun, dengan pertimbangan bahwa alat ukur ini sudah melalui banyak uji coba sebelumnya dan banyak digunakan dalam penelitian-penelitian mengenai hubungan pernikahan dalam beberapa tahun belakangan ini (Strong, 2010; Hammerberg, Fisher, dan Wynter, 2008; Blonder, Langer, Pettigrew, dan Garrity, 2007; Whiteway, 2001) maka peneliti tidak membuang keempat item tersebut. Peneliti mencoba melakukan sedikit revisi pada item-item tersebut dengan mengganti beberapa kata yang mungkin membingungkan bagi partisipan dan mengubah susunan kalimat sehingga nantinya lebih mudah dipahami oleh partisipan penelitian.

**Tabel 3.6.3.2. Revisi Item Alat ukur Kepuasan Pernikahan (MSS)**

No.Item	Item	Hasil Revisi
7	Pernikahan saya terlalu mengikat diri saya.	Pernikahan saya terlalu membatasi ruang gerak saya.
16	Saya mempertimbangkan situasi pernikahan saya menjadi semenyenangkan yang seharusnya.	Menurut saya, situasi pernikahan saya mengarah pada hal yang menyenangkan.
34	Pernikahan saya terbentur ketidaksepakatan atas hal-hal yang menyangkut rekreasi.	Pernikahan saya terbentur ketidaksepakatan atas hal-hal yang menyangkut kesenangan atau rekreasi.

### 3.6.3.1. Metode Skoring Alat Ukur Kepuasan Pernikahan

Alat ukur yang terdiri dari 48 item ini sebenarnya menggunakan lima pilihan jawaban, dimulai dari 1 dengan “sangat tidak setuju” sampai 5 dengan “sangat setuju”. Tetapi kemudian peneliti mengubah skala 5 menjadi skala 4

dengan pertimbangan agar tidak ada kecenderungan jawaban pada skala yang di tengah-tengah. Dengan alasan ini, peneliti menghilangkan pilihan jawaban yang di tengah-tengah dan tersusunlah pilihan jawaban 1 untuk “sangat tidak setuju”, 2 untuk “tidak setuju”, 3 “setuju”, dan 4 “sangat setuju”. Dalam alat ukur ini, setengah dari jumlah keseluruhan item termasuk ke dalam item *unfavorable* dan setengahnya lagi termasuk *favorable* terhadap suatu hubungan pernikahan, yaitu kepuasan pernikahan (Roach, Frazier, & Bowden, 1981). Untuk item-item *unfavorable*, interpretasinya harus dibalik menjadi 1”sangat setuju”, 2 “setuju”, 3 “tidak setuju” , dan 4 “sangat tidak setuju”. Skor total dari setiap individu didapatkan dengan menjumlahkan skor setiap item. Selanjutnya kategorisasi dilakukan dengan terlebih dahulu mencari rata-rata skor dari keseluruhan skor *dyadic coping* partisipan, mencari standar deviasi, dan kemudian dikelompokkan dengan ketentuan yaitu : rendah (-1SD), sedang (-1SD sampai +1SD), dan tinggi (+1SD). Setelah kategorisasi terbentuk maka dapat dilihat apakah skor total setiap individu berada di kategori rendah, sedang atau tinggi.

### **3.7. Prosedur Penelitian**

Dalam prosedur penelitian ini, peneliti akan membahas mengenai persiapan, pelaksanaan penelitian, dan bagaimana pengolahan data dilakukan.

#### **3.7.1. Tahap Persiapan**

Pada tahap ini, peneliti pertama-tama melakukan peninjauan literatur mengenai topik penelitian yang dipilih, menentukan informasi-informasi mana saja yang dapat dipakai, dan kemudian mendiskusikannya kepada pembimbing skripsi dan beberapa narasumber lain untuk memperdalam topik dan berbagai hal yang berkaitan dengan penelitian. Setelah mencari berbagai informasi mengenai topik yang ingin diteliti, peneliti menemukan alat ukur untuk masing-masing variabel, yaitu Brief COPE yang disusun oleh Carver (1997), *Dyadic Coping Inventory* disusun oleh Bodenmann (2007), dan *Marital Satisfaction Scale* yang dibuat oleh Roach, Frazier, dan Bowden (1981).

Setelah menemukan alat ukur yang sesuai, peneliti melakukan penerjemahan item-item ke dalam bahasa Indonesia, melakukan uji kualitatif (uji keterbacaan dan *expert judgement*) dan uji kuantitatif (uji validitas dan

reliabilitas) terhadap ketiga alat ukur tersebut. Proses penerjemahan sampai pada uji kualitatif berlangsung pada bulan Maret 2012, dimana mendapat umpan balik mengenai pemilihan kata-kata dan kejelasan pernyataan di dalam kuesioner. Selanjutnya untuk uji kuantitatif berlangsung pada bulan April 2012 sesuai dengan yang telah dijelaskan sebelumnya.

### **3.7.2. Tahap Pelaksanaan**

Setelah menyelesaikan uji kualitatif dan kuantitatif, peneliti kemudian melakukan pengambilan data dengan menyebarkan kuesioner. Secara keseluruhan, pengambilan data berlangsung pada bulan pertengahan bulan April sampai awal Mei 2012. Lokasi pengambilan data ada yang dilakukan di rumah sakit, tepatnya di klinik fisioterapi, tempat pijat akupunktur, dan di tempat masing-masing partisipan. Selain dapat mengisi kuesioner langsung dengan menggunakan *hardcopy*, partisipan juga dapat mengisi kuesioner secara *online*. Setiap pengambilan data, instruksi, dan pengerjaan kuesioner dilakukan secara individual. Dalam pengambilan data ini, peneliti lebih banyak menggunakan partisipan dari orangtua kenalan peneliti sehingga instruksi dan proses pengerjaan dijelaskan melalui kuesioner yang sudah diberikan, di awal setiap bagian. Demikian pula, dengan partisipan yang mengisi secara *online*. Semua instruksi dan proses pengerjaan dapat dilihat langsung dalam lembar pengisian.

Selain partisipan mengisi secara individual, peneliti beberapa kali membacakan item-item kuesioner kepada partisipan. Hal ini dilakukan karena partisipan sudah tidak terlalu jelas jika membaca tulisan kecil sehingga peneliti diminta untuk membacakan setiap pernyataan dan kemudian partisipan menjawab sesuai dengan pilihan jawaban yang sudah dijelaskan sebelumnya. Dalam hal ini, peneliti bertatap muka langsung dengan partisipan sehingga sebelum kuesioner diberikan, peneliti melakukan bina rapor terlebih dahulu dan setelah itu memulai pengisian kuesioner. Proses seperti ini dilakukan oleh peneliti ketika melakukan pengambilan data di Klinik Fisioterapi RSCM dan tempat pijat akupunktur.

### 3.7.3. Tahap Pengolahan Data

Data-data dari kuesioner yang sudah dikembalikan kemudian diskor sesuai dengan teknik skoring yang sudah ditentukan sebelumnya untuk masing-masing variabel penelitian. Skoring dilakukan dengan menggunakan *Microsoft Excel* dan setelah itu data diolah dengan menggunakan SPSS (*Statistical Package for Social Science*) dengan teknik-teknik:

- Statistik Deskriptif

Teknik ini digunakan untuk mengolah data partisipan dan data demografis yang ada. Selain itu, teknik ini juga untuk melihat gambaran umum mengenai karakteristik dari sampel penelitian berdasarkan frekuensi, nilai rata-rata atau *mean*, dan persentase dari skor yang didapatkan oleh individu.

- *Pearson Correlation*

Teknik ini digunakan untuk mengetahui besar dan arah hubungan linier dari dua variabel (Gravetter dan Wallnau, 2008). Dalam penelitian ini, akan dikorelasikan antara variabel *individual coping* dengan *dyadic coping*, *individual coping* dengan kepuasan pernikahan dan *dyadic coping* dengan kepuasan pernikahan.

- *Multiple Regression*

Menurut Gravetter dan Forzano (2009), dalam pengolahan data, teknik ini digunakan untuk memprediksi satu variabel dari dua atau lebih variabel prediktor

- *Independent Sample T-Test* dan *ANOVA*

Kedua teknik ini digunakan sebagai analisis tambahan untuk melihat perbedaan *mean* pada *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan ditinjau dari berbagai aspek demografis sehingga nantinya dapat mengetahui pada aspek demografis apa terdapat perbedaan *mean* yang signifikan di antara ketiga variabel tersebut.

## BAB 4

### ANALISIS DAN INTERPRETASI HASIL

Dalam bab ini, peneliti akan memaparkan mengenai hasil penelitian yang sudah didapat sebelumnya. Hasil penelitian ini akan terbagi menjadi tiga bagian. Bagian pertama akan meliputi gambaran umum partisipan penelitian berdasarkan data geografis, bagian kedua berisi penjelasan mengenai hasil dan analisis utama serta bagian ketiga merupakan pemaparan mengenai hasil dan analisis tambahan.

#### 4.1 Gambaran Subyek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah penderita penyakit kronis yang sudah menikah. Penyakit kronis yang diderita, antara lain: kanker, jantung, *stroke*, dan diabetes, sebagai empat penyakit kronis yang paling banyak menyebabkan kematian di Indonesia. Total responden dalam penelitian ini adalah 60 orang dengan pengambilan data dilakukan di tempat masing-masing responden. Berikut ini akan dipaparkan mengenai gambaran umum subyek penelitian berdasarkan data demografis yang diolah dengan perhitungan statistik:

**Tabel 4.1.1 Gambaran Umum Subyek  
Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, dan Pendidikan**

Aspek Demografis		Frekuensi	%
Jenis Kelamin	Laki-laki	29	48,3
	Perempuan	31	51,7
	<b>Total</b>	60	100
Usia	35 – 44 tahun	7	11,7
	45 – 54 tahun	19	31,7
	55 – 64 tahun	27	45
	65 – 74 tahun	7	11,7
	<b>Total</b>	60	100
Pendidikan	SD	1	1,7
	SMP	2	3,3
	SMA	16	26,7
	D3	2	3,3
	S1	25	41,7
	S2	14	23,3

Berdasarkan tabel di atas berkaitan dengan gambaran umum subyek berdasarkan jenis kelamin, mayoritas subyek penelitian adalah perempuan (51,7%) walaupun tidak terlalu berbeda jauh dengan jumlah subyek laki-laki. Selanjutnya, dari hasil pengelompokkan, terlihat bahwa mayoritas subyek penelitian berada pada rentang usia 55-64 tahun (45%). Pada kategori pendidikan, mayoritas subyek penelitian berada pada tingkat pendidikan sarjana. Aspek demografis lain yang juga dilihat dalam penelitian ini adalah durasi pernikahan, jumlah anak, dan pengeluaran per bulan. Berikut adalah gambaran secara umum subyek penelitian berdasarkan ketiga aspek tersebut:

**Tabel 4.1.2 Gambaran Umum Subyek Berdasarkan Durasi Pernikahan, Jumlah Anak, dan Pengeluaran per Bulan**

<b>Aspek Demografis</b>		<b>Frekuensi</b>	<b>%</b>
Durasi Pernikahan	<10 tahun	2	3,3
	10 – 20 tahun	12	20
	>20 tahun	46	46
	<b>Total</b>	60	100
Jumlah Anak	0 – 1	5	8,3
	2 – 3	45	75
	4 – 5	8	13,3
	6 – 7	2	3,3
	<b>Total</b>	60	100
Pengeluaran/bulan	< 1.500.000	2	3,3
	1.500.000 – 3.000.000	8	13,3
	3.000.000 – 4.500.000	8	13,3
	4.500.000 – 6.000.000	18	30
	>6.000.000	24	40
	<b>Total</b>	60	100

Dari data di atas dapat diketahui bahwa mayoritas subyek penelitian sudah menikah > 20 tahun (46%). Berdasarkan jumlah anak mayoritas subyek memiliki 2 – 3 orang anak (75%). Aspek berikutnya adalah pengeluaran per bulan. Aspek ini ditanyakan kepada responden untuk mengganti informasi mengenai pendapatan yang diperoleh. Banyak responden yang memiliki kecenderungan untuk tidak menjawab pertanyaan seputar pendapatan dan lebih memilih mengisi pengeluaran per bulan. Berdasarkan subyek penelitian yang

didapatkan, mayoritas memiliki pengeluaran setiap bulannya di atas Rp 6.000.000,00 (40%).

Aspek demografis lain yang berkaitan erat dengan penderita penyakit kronis adalah lama menderita sakit dan jenis penyakit yang diderita. Berikut ini gambaran umum subyek penelitian berdasarkan kedua aspek tersebut :

**Tabel 4.1.3 Gambaran Umum Subyek Berdasarkan Jenis Penyakit Kronis dan Lama Sakit**

Aspek Demografis		Frekuensi	%
Jenis Penyakit	Jantung	16	26,7
	Diabetes	17	18,3
	Stroke	13	21,7
	Kanker	14	23,3
	<b>Total</b>	60	100
Lama Sakit	1 - 5 tahun	35	60
	6 – 10 tahun	14	23,3
	11 -15 tahun	4	6,7
	16 – 20 tahun	3	5
	21 - 25 tahun	1	1,7
	26 – 30 tahun	2	3,3
	<b>Total</b>	60	100

Berkaitan dengan data di atas, dapat dilihat bahwa secara umum proporsi jenis penyakit kronis dari subyek penelitian yang didapatkan tidak berbeda jauh. Proporsi terbanyak adalah penderita diabetes dengan 28,3%. Selanjutnya adalah gambaran umum mengenai berapa lama subyek menderita penyakit kronis. Berdasarkan karakteristiknya, suatu penyakit dikatakan kronis salah satunya karena bersifat menahun atau bahkan seumur hidup. Mayoritas subyek penelitian menderita penyakit kronis dalam rentang 1 – 5 tahun (60%).

#### 4.2. Gambaran Umum Hasil Penelitian

Pada bagian ini, peneliti akan menjabarkan terlebih dahulu gambaran umum *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan pada penderita dengan penyakit kronis sebelum melihat korelasi diantara ketiga variabel tersebut.

#### 4.2.1 Gambaran Umum *Individual Coping* pada Penderita Penyakit Kronis

Berikut ini adalah gambaran umum *individual coping* pada penderita dengan penyakit kronis :

**Tabel 4.2.1.1 Gambaran Umum *Problem-Focused Coping* dan *Emotion-Focused Coping***

	Rata-rata Skor Total	Jumlah Item	Mean Jenis <i>Coping</i>
<i>Problem-focused</i>	21,95	8	2,74
<i>Emotion-focused</i>	31,2	12	2,6

**Tabel 4.2.1.2 Gambaran Umum *Individual Coping***

Total Subyek	Rata-rata Skor Total	Nilai Terendah	Nilai Tertinggi	Standar Deviasi
60	53,15	36	76	8

Dari tabel 4.2.1.1 dapat dijelaskan bahwa setiap jenis  *coping* memiliki jumlah item yang berbeda sehingga rata-rata skor total saja tidak cukup untuk dijadikan patokan untuk melihat gambaran prioritas jenis  *coping* yang digunakan oleh penderita penyakit kronis. *Mean problem-focused coping* ternyata memiliki nilai yang lebih besar, yaitu 2,74 dibandingkan dengan *emotion-focused coping* dengan 2,6.

Berdasarkan tabel 4.2.1.2 , terlihat bahwa rata-rata skor total *individual coping* subyek penelitian adalah 53,15. Nilai minimum untuk skor total *individual coping* adalah 36. Sedangkan nilai maksimum skor *individual coping* adalah 76 dengan standar deviasi sebesar 8. Pada dasarnya standar deviasi adalah pengukuran untuk melihat seberapa baik rata-rata skor total dapat merepresentasikan data yang ada. (Field, 2005). Kecilnya nilai standar deviasi mengindikasikan bahwa skor pada data semakin mendekati rata-rata. Sedangkan besarnya nilai standar deviasi mengindikasikan bahwa rata-rata skor total tidak terlalu akurat dalam merepresentasikan data. Melalui standar deviasi dan rata-rata skor total, peneliti dapat melakukan perhitungan *true score* dari skor total *individual coping* subyek dan didapatkan hasil yaitu 45,15 – 61,15.

Tabel 4.2.1.3 Persebaran Skor *Individual Coping*

Kategorisasi Skor	Rentang Skor	Total Subyek	%
Rendah	<45	10	16,7
Sedang	45 – 61	41	68,3
Tinggi	>61	9	15

Sementara itu, berdasarkan persebaran skor *individual coping* di atas, dapat dijelaskan bahwa mayoritas individu sudah cukup mampu mengatasi situasi stres secara individual ketika menghadapi penyakit kronis, baik dengan *problem-focused coping*, *emotion-focused coping* ataupun keduanya.

#### 4.2.2. Gambaran Umum *Dyadic Coping* pada Penderita Penyakit Kronis

Berikut ini adalah gambaran umum *dyadic coping* pada penderita dengan penyakit kronis :

Tabel 4.2.2.1 Gambaran Umum *Supportive, Delegated, Common, dan Negative Dyadic Coping*

	Rata-rata Skor Total	Jumlah Item	Mean Jenis <i>Dyadic Coping</i>
<i>Supportive</i>	27,33	10	2,73
<i>Delegated</i>	10,51	4	2,63
<i>Common</i>	13,31	5	2,66
<i>Negative</i>	13,08	8	1,64

Tabel 4.2.2.2 Gambaran Umum *Dyadic Coping*

Total Subyek	Rata-rata Skor Total	Nilai Terendah	Nilai Tertinggi	Standar Deviasi
60	89,47	48	118	12,55

Berdasarkan tabel 4.2.2.1 dapat dijelaskan bahwa setiap jenis *dyadic coping* memiliki jumlah item yang berbeda sehingga rata-rata skor total saja tidak cukup untuk dijadikan patokan untuk melihat gambaran prioritas jenis *dyadic coping* yang digunakan oleh penderita penyakit kronis. Semakin besar nilai *mean* setiap jenis *dyadic coping* menunjukkan bahwa semakin penting dan merepresentasikan keadaan subyek ketika menghadapi penyakit kronis. Dalam tabel dapat dilihat ternyata *mean supportive dyadic coping* menghasilkan nilai paling tinggi, yaitu 2,73. Selanjutnya adalah *common dyadic coping* dengan *mean*

2,66, *delegated dyadic coping* dengan 2,63, dan *negative dyadic coping* dengan 1,64.

Dari tabel 4.2.2.2 dapat dilihat bahwa rata-rata skor total *dyadic coping* subyek penelitian adalah 89,47. Nilai minimum untuk skor total *dyadic coping* adalah 48. Sedangkan nilai maksimum skor *dyadic coping* adalah 118 dengan standar deviasi sebesar 12,55. Melalui standar deviasi dan rata-rata skor total, peneliti dapat melakukan perhitungan *true score* dari skor total *dyadic coping* subyek dan didapatkan hasil yaitu 76,92 – 102,02.

**Tabel 4.2.2.3 Persebaran Skor *Dyadic Coping***

Kategorisasi Skor	Rentang Skor	Total Subyek	%
<b>Rendah</b>	<77	7	11,7
<b>Sedang</b>	77 – 102	44	73,3
<b>Tinggi</b>	>102	9	15

Sementara itu, berdasarkan tabel persebaran skor *dyadic coping* di atas, dapat dijelaskan bahwa mayoritas responden penelitian sudah cukup baik melakukan upaya bersama pasangan dan mendapat dukungan dari pasangan dalam mengatasi situasi stres ketika menderita penyakit kronis.

#### 4.2.3. Gambaran Umum Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis

Berikut ini adalah gambaran umum *dyadic coping* pada penderita dengan penyakit kronis :

**Tabel 4.2.3.1 Gambaran Umum Kepuasan Pernikahan**

Total Subyek	Rata-rata Skor Total	Nilai Terendah	Nilai Tertinggi	Standar Deviasi
<b>60</b>	145,13	93	181	20,16

Berdasarkan tabel di atas , terlihat bahwa rata-rata skor total kepuasan pernikahan subyek penelitian adalah 145,13. Nilai minimum untuk skor total kepuasan pernikahan adalah 93. Sedangkan nilai maksimum skor kepuasan pernikahan adalah 181 dengan standar deviasi sebesar 20,16. Melalui standar deviasi dan rata-rata skor total, peneliti dapat melakukan perhitungan *true score*

dari skor total kepuasan pernikahan subyek dan didapatkan hasil yaitu 124,97 – 165,29.

**Tabel 4.2.2.1 Persebaran Skor Kepuasan Pernikahan**

Kategorisasi Skor	Rentang Skor	Total Subyek	%
<b>Rendah</b>	<125	12	20
<b>Sedang</b>	125 – 165	38	63,3
<b>Tinggi</b>	>165	10	16,7

Berdasarkan persebaran skor kepuasan pernikahan di atas, dapat diartikan bahwa mayoritas responden penelitian cukup puas dengan pernikahan yang mereka jalani ketika dalam situasi menderita penyakit kronis.

#### 4.3. Analisis Utama

Untuk mengetahui hubungan antara *individual coping* dan *dyadic coping*, *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan, *individual coping* dan kepuasan pernikahan serta hubungan ketiga variabel tersebut, maka peneliti menggunakan teknik *Pearson correlation*. Selanjutnya, jika akan melihat jenis *individual* atau *dyadic coping* mana yang lebih berkontribusi dalam memprediksi kepuasan pernikahan, maka peneliti akan menggunakan teknik *multiple regression*. Sebelum menjelaskan hubungan beberapa hal tersebut secara mendalam, berikut ini adalah tabel hubungan secara umum di antara *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan :

**Tabel 4.3.1 Hubungan *Individual Coping*, *Dyadic Coping*, dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis**

	Kepuasan Pernikahan		<i>Dyadic Coping</i>	
	r	p	r	p
<i>Individual Coping</i>	0,295*	0,022	0,555**	0,000
<i>Dyadic Coping</i>	0,662**	0,000	-	-

\*  $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Berdasarkan tabel di atas, dapat diketahui bahwa secara umum nilai korelasi antara *individual coping* dan kepuasan pernikahan adalah 0,295 signifikan pada l.o.s 0,05. Maka, dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara *individual coping* dan kepuasan pernikahan. Selanjutnya, untuk

nilai korelasi antara *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan adalah 0,662 signifikan pada l.o.s 0,01. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis. Kedua variabel memiliki korelasi positif dengan kepuasan pernikahan. Hal ini berarti semakin tinggi masing-masing nilai dari *individual coping* dan *dyadic coping*, maka semakin tinggi pula nilai kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis. Selain kedua korelasi tersebut, ternyata *individual coping* juga berkorelasi positif dan signifikan pada l.o.s 0,01 dengan nilai korelasi sebesar 0,555. Ini berarti semakin tinggi skor *individual coping* maka skor *dyadic coping* juga semakin tinggi.

Hasil uji F-Test pada tabel 4.3.2 digunakan untuk mengetahui apakah model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan pernikahan. Berdasarkan tabel tersebut dapat diketahui bahwa nilai F sebesar 22,931 signifikan ( $p < 0,05$ ). Hal ini berarti bahwa model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan pernikahan dengan menggunakan variabel *individual coping* dan *dyadic coping*. Berdasarkan perhitungan regresi tersebut, dapat diketahui terdapat hubungan positif antara *individual coping* dan *dyadic coping* dengan kepuasan pernikahan sebesar 0,668. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi nilai *individual coping* dan *dyadic coping*, maka semakin tinggi pula nilai kepuasan pernikahan.

**Tabel 4.3.2 Uji F-test dan Perhitungan  $R^2$  *Individual Coping* *Dyadic Coping*, dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis**

Uji F-test	Mean Square	F	Sig
Regresi	5348,253	22,931	0,000
Perhitungan Regresi	R		$R^2$
	0,668		0,446

Selain itu dapat diketahui pula nilai *coefficient determination* yang dapat dilihat pada kolom *R Square* sebesar 0,446. Menurut Cohen dan Cohen (1983), nilai tersebut dapat memberikan kontribusi yang tergolong *medium* atau cukup. Nilai tersebut juga dapat menjelaskan bahwa 44,6% variabilitas kepuasan pernikahan dapat dijelaskan *individual coping* dan *dyadic coping*, sedangkan

55,4% variabilitas kepuasan pernikahan dijelaskan oleh faktor-faktor di luar dari kedua variabel tersebut.

**Tabel 4.3.3 Koefisien Regresi *Individual Coping*, *Dyadic Coping*, dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis**

	<b>B</b>	<b>Standardized Coefficients Beta</b>	<b>Sig</b>
(Constant)	55,634		0,001
<i>Individual Coping</i>	-0,263	-0,105	0,382
<i>Dyadic Coping</i>	1,157	0,720	0,000

\* $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Dalam tabel 4.3.3., menjelaskan variabel mana yang lebih berkontribusi terhadap kepuasan pernikahan. Berdasarkan tabel tersebut diketahui bahwa *dyadic coping* signifikan dalam memprediksi kepuasan pernikahan pada l.o.s 0,05. Hal ini berarti bahwa *dyadic coping* memberikan kontribusi dalam memprediksi kepuasan pernikahan. Sedangkan *individual coping* tidak signifikan dalam memprediksi kepuasan pernikahan pada l.o.s 0,05.

#### **4.3.1. Hubungan *Individual Coping* dan Jenis *Dyadic Coping* pada Penderita Penyakit Kronis**

Berdasarkan tabel 4.3.1.1, dapat diketahui bahwa pertama, nilai koefisien korelasi antara *individual coping* dan *supportive dyadic coping* adalah 0,537 yang signifikan pada l.o.s 0,01. Maka, dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *individual coping* dan *supportive dyadic coping*. Kedua, diketahui bahwa nilai koefisien korelasi *individual coping* dan *delegated dyadic coping* adalah 0,440 yang signifikan pada l.o.s 0,01. Maka, dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *individual coping* dan *delegated dyadic coping*. Ketiga, diketahui bahwa nilai korelasi *individual coping* dan *common dyadic coping* adalah 0,453 yang signifikan pada l.o.s 0,01. Maka, dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *individual coping* dan *common dyadic coping*. Keempat, diketahui bahwa nilai korelasi *individual coping* dan *negative dyadic coping* adalah -0,221 dimana tidak signifikan pada

l.o.s 0,05. Maka, dapat dikatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *individual coping* dan *negative dyadic coping*.

**Tabel 4.3.1.1 Hubungan *Individual Coping* dan Jenis *Dyadic Coping* pada Penderita Penyakit Kronis**

<i>Dyadic Coping</i>	<i>Individual Coping</i>	
	r	p
<i>Supportive Dyadic Coping</i>	0,537**	0,000
<i>Delegated Dyadic Coping</i>	0,440**	0,000
<i>Common Dyadic Coping</i>	0,453**	0,000
<i>Negative Dyadic Coping</i>	-0,221	0,090

\*  $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

*Individual coping* memiliki nilai korelasi positif dengan *supportive*, *delegated*, dan *common dyadic coping*. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi nilai *individual coping*, maka semakin tinggi pula nilai ketiga jenis  *coping* tersebut pada penderita penyakit kronis.

Selanjutnya, berdasarkan tabel 4.3.1.2, dapat diketahui bahwa pertama, nilai koefisien korelasi antara *problem-focused coping* dan *dyadic coping* adalah 0,619 yang signifikan pada l.o.s 0,01. Maka, dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *problem-focused coping* dan *dyadic coping*. Kedua, diketahui bahwa nilai koefisien korelasi antara *emotion-focused coping* dan *dyadic coping* adalah 0,444 yang signifikan pada l.o.s 0,01. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *emotion-focused coping* dan *dyadic coping*.

**Tabel 4.3.1.2 Hubungan antara *Problem-focused*, *Emotion-focused*, dan *Dyadic Coping* pada Penderita Penyakit Kronis**

	<i>Dyadic Coping</i>	
	r	p
<i>Problem-focused</i>	0,619**	0,000
<i>Emotion-focused</i>	0,444**	0,000

\* $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Kedua strategi *individual coping* tersebut memiliki korelasi positif dengan *dyadic coping*. Hal ini berarti semakin tinggi nilai dari *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*, maka semakin tinggi pula nilai *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis.

Setelah melihat adanya hubungan antara *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping* dengan *dyadic coping*, selanjutnya peneliti ingin melihat dari antara kedua variabel tersebut, mana yang berkontribusi lebih baik dalam memprediksi *dyadic coping* dengan menggunakan metode *multiple regression*.

**Tabel 4.3.1.3 Uji F-test dan Perhitungan R<sup>2</sup> Individual Coping dan Dyadic Coping pada Penderita Penyakit Kronis**

Uji F-test	Mean Square	F	Sig
Regresi	1630,105	15,397	0,000
Perhitungan Regresi	R		R <sup>2</sup>
	0,592		0,351

\* $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Berdasarkan tabel 4.3.1.3 dapat diketahui bahwa nilai F 15,397 signifikan dengan  $p < 0,05$ . Hal ini berarti bahwa model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi *dyadic coping* dengan menggunakan variabel *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. Dari perhitungan regresi di atas dapat diketahui bahwa terdapat hubungan yang positif antara *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping* dengan *dyadic coping* sebesar 0,592. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi nilai *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*, maka semakin tinggi pula nilai *dyadic coping*. Selain itu diketahui pula nilai *ceoefficient of determination* yang dapat dilihat pada kolom R<sup>2</sup> sebesar 0,351. Menurut Cohen dan Cohen (1983), nilai tersebut dapat memberikan kontribusi yang tergolong *medium* atau cukup. Nilai tersebut juga dapat menjelaskan bahwa 35,1% variabilitas *dyadic coping* dapat dijelaskan oleh *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. Sedangkan 64,9% variabilitas *dyadic coping* dijelaskan oleh variabel-variabel di luar dari *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*.

Setelah melihat hubungan yang signifikan antara *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping* dengan *dyadic coping*, maka peneliti ingin melihat mana yang lebih berkontribusi terhadap *dyadic coping*. Dalam tabel 4.3.1.4 menjelaskan variabel mana yang lebih berkontribusi terhadap *dyadic coping*.

**Tabel 4.3.1.4 Koefisien Regresi Jenis *Individual Coping* dan *Dyadic Coping* pada Penderita Penyakit Kronis**

	B	Standardized Coefficients Beta	Sig
(Constant)	41,647		0,000
<i>Problem-focused Coping</i>	1,713	0,498	0,001
<i>Emotion-focused Coping</i>	0,327	0,136	0,321

\* $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Berdasarkan tabel tersebut diketahui bahwa *problem-focused coping* signifikan pada l.o.s 0,05. Hal ini berarti bahwa *problem-focused coping* memberikan kontribusi dalam memprediksi *dyadic coping*. Namun demikian, ternyata *emotion-focused coping* tidak signifikan dalam memprediksi *dyadic coping* pada l.o.s 0,05.

Selanjutnya, dengan melihat bahwa *problem-focused coping* memiliki kontribusi yang besar terhadap *dyadic coping* dan *negative dyadic coping* tidak memiliki hubungan signifikan dengan *individual coping*, maka hubungan yang lebih signifikan dan penjelasannya dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 4.3.1.5 Hubungan *Problem-focused Coping* dan Jenis *Dyadic Coping* pada Penderita Penyakit Kronis**

<i>Dyadic Coping</i>	<i>Problem-focused Coping</i>	
	r	p
<i>Supportive Dyadic Coping</i>	0,582**	0,000
<i>Delegated Dyadic Coping</i>	0,486**	0,000
<i>Common Dyadic Coping</i>	0,451**	0,000

\* $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Berdasarkan tabel 4.3.1.5, dapat diketahui bahwa pertama, nilai koefisien korelasi antara *problem-focused coping* dan *supportive dyadic coping* adalah 0,582 yang signifikan pada l.o.s 0,01. Maka, dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *problem-focused coping* dan *supportive dyadic*

*coping*. Kedua, diketahui bahwa nilai koefisien korelasi antara *problem-focused coping* dan *delegated dyadic coping* adalah 0,486 yang signifikan pada l.o.s 0,01. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *problem-focused coping* dan *delegated dyadic coping*. Ketiga, nilai korelasi antara *problem-focused coping* dan *common dyadic coping* adalah 0,451 signifikan pada l.o.s 0,01. *Individual coping* memiliki korelasi positif dengan ketiga jenis *dyadic coping*. Hal ini berarti semakin tinggi nilai *individual coping*, maka semakin tinggi pula nilai ketiga jenis *dyadic coping* tersebut pada penderita penyakit kronis.

#### **4.3.2. Hubungan Jenis *Individual Coping*, Jenis *Dyadic Coping*, dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis**

Berikut ini adalah tabel hubungan *individual coping*, jenis *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan setelah sebelumnya melihat hubungan secara umum diantara ketiga variabel tersebut.

Berdasarkan tabel 4.3.2.1, pada bagian *individual coping*, dapat dilihat bahwa nilai koefisien korelasi *problem-focused coping* dan kepuasan pernikahan adalah 0,451 signifikan pada l.o.s 0,01. Maka dapat dikatakan terdapat hubungan antara *problem-focused coping* dan kepuasan pernikahan. Sedangkan, nilai koefisien korelasi *emotion-focused coping* dan kepuasan pernikahan adalah 0,137, dimana tidak signifikan pada l.o.s 0,05. Oleh karena itu, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara *emotion-focused coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis. *Problem-focused coping* memiliki korelasi positif dengan kepuasan pernikahan. Hal ini berarti semakin tinggi nilai *problem-focused coping*, maka semakin tinggi pula nilai kepuasan pernikahan.

**Tabel 4.3.2.1 Hubungan Jenis *Individual Coping*, Jenis *Dyadic Coping*, dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis**

<i>Coping Strategies</i>	Kepuasan Pernikahan	
	r	p
<b><i>Individual Coping</i></b>		
<i>Problem-focused Coping</i>	0,451**	0,000
<i>Emotion-focused Coping</i>	0,137	0,296
<b><i>Dyadic Coping</i></b>		
<i>Supportive Dyadic Coping</i>	0,713**	0,000
<i>Delegated Dyadic Coping</i>	0,538**	0,000
<i>Common Dyadic Coping</i>	0,702**	0,000
<i>Negative Dyadic Coping</i>	-0,546**	0,000

\* $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Pada bagian *dyadic coping*, dapat dilihat bahwa pertama, nilai koefisien korelasi *supportive dyadic coping* dan kepuasan pernikahan adalah 0,713 signifikan pada l.o.s 0,01. Maka, dapat dikatakan terdapat hubungan antara *supportive dyadic coping* dan kepuasan pernikahan. Selanjutnya, nilai koefisien korelasi *delegated dyadic coping* dan kepuasan pernikahan adalah 0,538 signifikan pada l.o.s 0,01 sehingga dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *delegated dyadic coping* dan kepuasan pernikahan. Ketiga, nilai koefisien korelasi *common dyadic coping* dan kepuasan pernikahan adalah 0,702 signifikan pada l.o.s 0,01. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara *common dyadic coping* dan kepuasan pernikahan. Yang terakhir, nilai koefisien korelasi *negative dyadic coping* dan kepuasan pernikahan adalah 0,566 signifikan pada l.o.s 0,0. Maka, dapat dikatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *negative dyadic coping* dan kepuasan pernikahan.

*Supportive*, *delegated*, dan *common dyadic coping* memiliki korelasi positif dengan kepuasan pernikahan sehingga nantinya dapat menunjukkan bahwa semakin tinggi nilai setiap jenis *dyadic coping* tersebut maka semakin tinggi pula nilai kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis. Sedangkan *negative dyadic coping* memiliki korelasi negatif dengan kepuasan pernikahan. Ini berarti semakin tinggi nilai *negative dyadic coping* maka tingkat kepuasan pernikahan semakin rendah.

### 4.3.3. Faktor yang Berperan dalam Jenis *Individual Coping* dan Jenis *Dyadic Coping* Terhadap Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis

Berdasarkan tabel 4.3.1.3 dapat diketahui bahwa nilai F 8,83 signifikan dengan  $p < 0,01$ . Hal ini berarti bahwa model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan pernikahan dengan menggunakan variabel *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. Dari perhitungan regresi di atas dapat diketahui bahwa terdapat hubungan yang positif antara *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping* dengan *dyadic coping* sebesar 0,486. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi nilai *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*, maka semakin tinggi pula nilai kepuasan pernikahan.

**Tabel 4.3.3.1 Uji F-test dan Perhitungan R<sup>2</sup> Jenis *Individual Coping* dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis**

Uji F-test		Mean Square	F	Sig
	Regresi	2838,17	8,83	0,000
Perhitungan	R			R <sup>2</sup>
	Regresi	0,486		0,237

\* $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Selain itu diketahui pula nilai *coefficient of determination* yang dapat dilihat pada kolom R<sup>2</sup> sebesar 0,273. Menurut Cohen dan Cohen (1983), nilai tersebut dapat memberikan kontribusi yang tergolong rendah. Nilai tersebut juga dapat menjelaskan bahwa 27,3% variabilitas kepuasan pernikahan dapat dijelaskan oleh *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. Sedangkan 72,7% variabilitas kepuasan pernikahan dijelaskan oleh variabel-variabel di luar dari *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*.

**Tabel 4.3.3.2 Koefisien Regresi Jenis *Individual Coping* dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis**

	B	Standardized Coefficients Beta	Sig
(Constant)	100,969		0,000
<i>Problem-focused Coping</i>	3,28	0,594	0,000
<i>Emotion-focused Coping</i>	-0,892	-0,231	0,123

\* $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Dalam tabel 4.3.3.2 menjelaskan variabel mana yang lebih berkontribusi terhadap kepuasan pernikahan. Berdasarkan tabel tersebut diketahui bahwa *problem-focused coping* signifikan pada l.o.s 0,01. Hal ini berarti bahwa *problem-focused coping* memberikan kontribusi dalam memprediksi *dyadic coping*. Namun demikian, ternyata *emotion-focused coping* tidak signifikan dalam memprediksi kepuasan pernikahan pada l.o.s 0,05.

Selanjutnya, berdasarkan tabel 4.3.3.3 dapat diketahui bahwa nilai F 26,711 signifikan dengan  $p < 0,01$ . Hal ini berarti bahwa model regresi ini dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan pernikahan dengan menggunakan variabel keempat jenis *dyadic coping*. Dari perhitungan regresi di bawah, dapat diketahui bahwa terdapat hubungan yang positif antara jenis *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan sebesar 0,813. Hal ini berarti bahwa semakin tinggi nilai keempat jenis *dyadic coping*, maka semakin tinggi pula nilai kepuasan pernikahan.

**Tabel 4.3.3.3 Uji F-test dan Perhitungan R<sup>2</sup> Dyadic Coping dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis**

Uji F-test	Mean Square	F	Sig
Regresi	3959,484	26,711	0,000
Perhitungan Regresi	R		R <sup>2</sup>
	0,813		0,660

\* $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Selain itu diketahui pula nilai *ceoefficient of determination* yang dapat dilihat pada kolom R<sup>2</sup> sebesar 0,66. Menurut Cohen dan Cohen (1983), nilai tersebut dapat memberikan kontribusi yang tergolong tinggi. Nilai tersebut juga dapat menjelaskan bahwa 66,6% variabilitas kepuasan pernikahan dapat dijelaskan oleh *supportive, delegated, common, dan negative dyadic coping*. Sedangkan 33,4% variabilitas kepuasan pernikahan dijelaskan oleh variabel-variabel di luar dari *supportive, delegated, common, dan negative dyadic coping*.

Dalam tabel 4.3.3.3 menjelaskan variabel mana yang lebih berkontribusi terhadap kepuasan pernikahan. Berdasarkan tabel tersebut diketahui bahwa *supportive, common, dan negative dyadic coping* signifikan pada l.o.s 0,05. Hal ini berarti bahwa ketiga jenis *dyadic coping* memberikan kontribusi dalam

memprediksi kepuasan pernikahan. Sedangkan *delegated dyadic coping* tidak signifikan dalam memprediksi kepuasan pernikahan.

**Tabel 4.3.3.4 Koefisien Regresi *Dyadic Coping* dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis**

	<b>B</b>	<b>Standardized Coefficients Beta</b>	<b>Sig</b>
(Constant)	101,116		0,000
<i>Supportive Dyadic Coping</i>	1,282	0,311	0,013
<i>Delegated Dyadic Coping</i>	-0,112	-0,112	0,904
<i>Common Dyadic Coping</i>	2,544	0,413	0,001
<i>Negative Dyadic Coping</i>	-1,815	-0,284	0,002

\* $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Berdasarkan *standardized coefficients beta* dapat diketahui bahwa *common dyadic coping* memiliki nilai yang lebih besar jika dibandingkan dengan nilai ketiga jenis *dyadic coping* yang lain. Maka, *common dyadic coping* memiliki kontribusi yang paling besar terhadap kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis. Selanjutnya diikuti oleh *supportive dyadic coping* dan *negative dyadic coping*.

#### 4.4. Analisis Tambahan

Berkaitan dengan penelitian ini, peneliti melakukan analisis tambahan untuk melihat gambaran *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan terhadap beberapa aspek demografis. Untuk memperoleh gambaran *dyadic coping* ditinjau dari aspek demografis, peneliti akan melihat perbedaan *mean dyadic coping* pada masing-masing aspek demografis. Pengolahan data pada hasil tambahan ini menggunakan teknik statistik uji ANOVA dan *t-test*. Menurut Gravetter dan Wallnau (2007), kedua teknik ini berguna untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan *mean* yang signifikan antar dua kelompok atau lebih. Hasil pengolahan data yang disajikan adalah hanya aspek demografis yang memiliki perbedaan *mean* signifikan pada setiap variabel. Sedangkan, jika tidak ditemukan adanya perbedaan *mean* yang signifikan maka tidak akan dijabarkan dalam hasil tambahan penelitian, melainkan hanya ditambahkan sebagai bagian dari lampiran.

#### 4.4.1. Gambaran *Dyadic Coping* Ditinjau dari Aspek Demografis

Melalui pengolahan data, hanya aspek demografis jenis penyakit yang memiliki perbedaan *mean* signifikan dengan *dyadic coping*. Berikut akan dijelaskan perbedaan *mean dyadic coping* pada aspek demografis jenis penyakit.

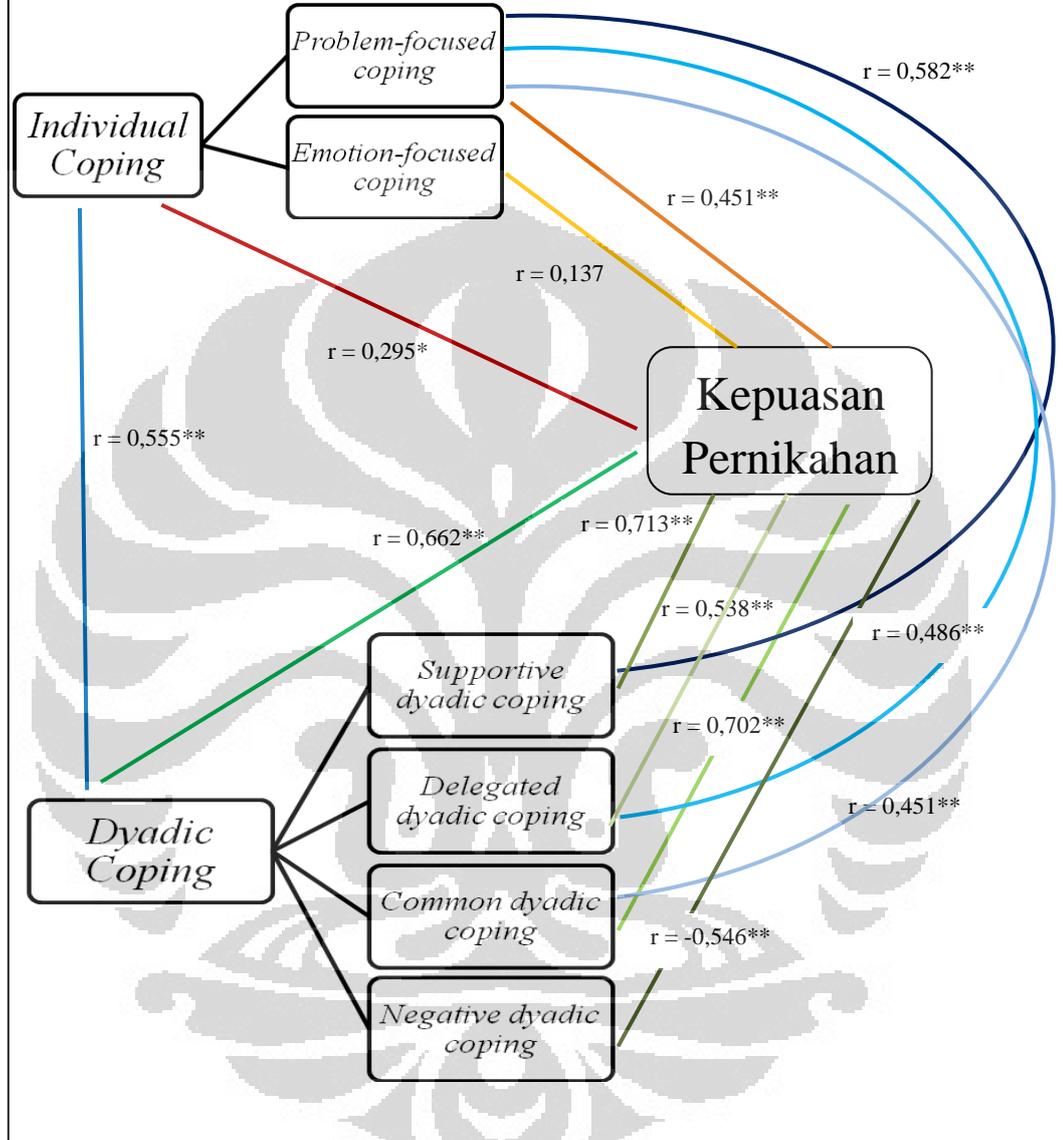
**Tabel 4.4.1.1 Perbedaan *Mean Dyadic Coping* Terhadap Jenis Penyakit**

Aspek	Demografis	Mean	p	F
Jenis Penyakit	Jantung	82,29	0,044	2,872
	Kanker	88,25		
	Stroke	92,69		
	Diabetes	94,05		

\* $p < 0,05$  level. ; \*\* $p < 0,01$  level

Berdasarkan tabel di atas, dapat terlihat bahwa terdapat perbedaan *mean dyadic coping* yang signifikan pada aspek demografis jenis penyakit ( $F = 3,015$ ,  $p < 0,05$ ). Data tersebut menunjukkan bahwa *mean dyadic coping* pada penderita jantung adalah yang terendah, dengan 82,29. Diikuti oleh penderita kanker dengan *mean dyadic coping* sebesar 88,25 dan *mean dyadic coping* penderita stroke dengan 92,69. Sedangkan *mean dyadic coping* pada penderita diabetes menjadi yang tertinggi, yaitu 94,05

#### 4.5. Rangkuman Hasil Analisis Hubungan *Individual Coping*, *Dyadic Coping*, dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis



## BAB 5

### KESIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN

Pada bab ini, peneliti akan dibahas mengenai kesimpulan dan diskusi mengenai hasil utama dan hasil tambahan penelitian, keterbatasan penelitian, saran praktis maupun metodologis untuk penelitian selanjutnya.

#### 5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data yang dilakukan terhadap enam puluh orang partisipan penderita penyakit kronis, dengan karakteristik : sudah menikah, pernah atau sedang menderita penyakit kronis minimal enam bulan (jantung, diabetes, *stroke*, kanker), dan masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari, maka didapatkan kesimpulan jawaban atas rumusan masalah, sebagai berikut: terdapat hubungan antara *individual coping* dan kepuasan pernikahan, *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan, serta *individual coping* dan *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis. Selain itu, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa *dyadic coping* menjadi prediktor yang lebih baik daripada *individual coping* dalam memprediksi kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis.

Berdasarkan gambaran umum *individual coping* didapatkan hasil bahwa mayoritas individu sudah cukup mampu mengatasi situasi stres secara individual ketika menghadapi penyakit kronis, baik dengan *problem-focused coping*, *emotion-focused coping* ataupun keduanya. Selanjutnya, berdasarkan gambaran umum *dyadic coping*, didapatkan hasil bahwa mayoritas responden penelitian sudah cukup baik melakukan upaya bersama pasangan dan atau mendapat dukungan dari pasangan dalam mengatasi situasi stres ketika menderita penyakit kronis. Berkaitan dengan gambaran kepuasan pernikahan, maka dapat dijelaskan bahwa mayoritas responden penelitian cukup puas dengan pernikahan yang mereka jalani ketika menghadapi penyakit kronis.

Secara lebih spesifik berdasarkan dimensi dalam *individual coping*, diperoleh kesimpulan bahwa ada hubungan antara *problem-focused coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis. Namun, tidak ada hubungan

antara *emotion-focused coping* dan kepuasan pernikahan. Jika dilihat dari dimensi *dyadic coping*, didapatkan kesimpulan bahwa ada hubungan antara *supportive dyadic coping*, *delegated dyadic coping*, dan *common dyadic coping* dengan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis. Selanjutnya, didapatkan kesimpulan pula bahwa *common dyadic coping* lebih berkontribusi dalam memprediksi kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis.

Dalam kaitan antara dimensi *individual coping* dan *dyadic coping*, didapatkan kesimpulan bahwa ada hubungan antara *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping* dengan *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis. Selanjutnya, *problem-focused coping* juga berkontribusi dalam memprediksi *dyadic coping* pada penderita kronis sedangkan *emotion-focused coping* tidak berkontribusi dalam memprediksi kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis. Jika *individual coping* dihubungkan dengan dimensi dari *dyadic coping*, dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara *individual coping* dengan *supportive*, *delegated*, dan *common dyadic coping*.

Selanjutnya, dapat disimpulkan pula bahwa ada hubungan antara *problem-focused coping* dengan *supportive*, *common*, dan *delegated dyadic coping* pada penderita penyakit kronis. Selain itu, berdasarkan hasil analisis tambahan dengan tujuan melihat gambaran variabel-variabel penelitian yang ditinjau dari aspek demografis subyek penelitian, ditemukan bahwa terdapat perbedaan *mean dyadic coping* yang pada aspek jenis penyakit kronis yang diderita oleh pasien.

## 5.2. Diskusi Hasil Penelitian

Dalam bagian ini akan didiskusikan hasil utama dan hasil tambahan penelitian yang peneliti anggap penting dan menarik.

Beberapa tahun belakangan ini, semakin banyak peneliti yang membahas mengenai hubungan *coping* dan fungsi pernikahan, salah satunya adalah kepuasan pernikahan. Dalam penelitian-penelitian yang dilakukan, peneliti cukup sering menggunakan partisipan penderita penyakit kronis karena mereka berpendapat bahwa penyakit kronis berpengaruh dalam berbagai aspek kehidupan dan menjadi penting untuk diteliti guna merancang intervensi yang terbaik. Penderita penyakit kronis tidak hanya mengalami penurunan kondisi fisik tetapi juga mengalami

kecemasan, depresi, *self-esteem* turun, *helplessness*, bermasalah dalam interaksi sosial, dan lain-lain. Seseorang yang didiagnosis menderita penyakit kronis tahu bahwa penyakit ini akan ada dalam jangka waktu yang lama atau bahkan sepanjang kehidupan (Imao, 2004). Penelitian mengenai *coping* dengan partisipan penderita penyakit kronis banyak menggunakan dasar teori stres dan *coping* dari Lazarus dan Folkman (1984). Pendekatan yang dilakukan adalah dengan menggunakan *problem* dan *emotion-focused coping*. Bodenmann (2005) melakukan beberapa penelitian hingga akhirnya tersusunlah *dyadic coping*, dimana ada keterlibatan pasangan ketika proses *coping* dilakukan pada penderita penyakit kronis yang dihubungkan dengan fungsi dalam suatu hubungan dan salah satunya adalah kepuasan pernikahan.

Berdasarkan penghitungan, didapatkan hasil bahwa terdapat korelasi yang positif dan signifikan antara *individual coping* dan kepuasan pernikahan ( $r = 0,52$ ,  $p < 0,01$ ), dan *dyadic coping* dengan kepuasan pernikahan ( $r = 0,781$ ,  $p < 0,05$ ). Selanjutnya didapatkan hasil bahwa *dyadic coping* dapat memprediksi kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis ( $\beta = 1,181$ ,  $p < 0,05$ ) sedangkan *individual coping* tidak memprediksi kepuasan pernikahan. Hal ini berarti, *dyadic coping* menjadi prediktor yang lebih baik dibandingkan *individual coping* dalam memprediksi kepuasan pernikahan penderita penyakit kronis. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Berg dan Upchurch (2007) bahwa *dyadic coping* menjadi prediktor utama dalam bagaimana pasangan dapat mengatasi penyakit kronis ini jika dikaitkan dengan kesehatan, psikososial, dan hubungan berelasi. *Dyadic coping* melibatkan pasangan dalam proses *coping* yang dilakukan (Bodenmann, 2005). Selain itu, tujuan dari *dyadic coping* adalah meningkatkan kualitas suatu hubungan (Bodenmann, 2005) sekaligus meningkatkan fungsi pasangan melalui saling percaya, kedekatan, adanya keintiman (Cutrona dan Gardner, 2006). Pernikahan pada dasarnya melibatkan hubungan perempuan dan laki-laki sebagai satu pasangan, berkaitan dengan berbagai aspek kehidupan, dan salah satunya adalah kualitas dari hubungan tersebut yang berupa kepuasan pernikahan. Kepuasan pernikahan pada intinya melihat suatu hubungan pernikahan menyenangkan atau tidak sebagai kesatuan pasangan. sejalan dengan tujuan dari *dyadic coping* yang sudah disebutkan sebelumnya.

Peneliti melakukan pengujian lebih lanjut dengan melihat hubungan setiap dimensi dari *individual coping* dengan kepuasan pernikahan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *problem-focused coping* berkorelasi positif dan signifikan ( $r=0,451$ ,  $p<0,05$ ) dengan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis sedangkan *emotion-focused coping* tidak berkorelasi dengan kepuasan pernikahan penderita penyakit kronis. Mencari informasi berkaitan dengan penyakit yang dialami dan membuat perencanaan mengenai apa yang akan dilakukan selanjutnya oleh penderita penyakit kronis, menjadi strategi-strategi yang memiliki hubungan paling konsisten dengan hasil yang positif (Felton et.al, 1984), dan salah satunya dapat berupa kepuasan pernikahan. Peneliti berhipotesis bahwa aktivitas atau upaya yang fokus pada penyelesaian masalah tentunya akan berlangsung dalam waktu lama dan akan terus melibatkan pasangan karena penderita penyakit kronis berada dalam suatu hubungan pernikahan. Pada akhirnya akan berdampak pada kepuasan pernikahan. Pakenham, Stewart, dan Rogers (1997) menambahkan bahwa *problem-focused coping* berkorelasi dengan penyesuaian diri yang baik pada penderita penyakit kronis. Penyesuaian diri yang baik nantinya akan terbawa dalam hubungan pernikahan yang dijalani bersama pasangan. Sedangkan *emotion-focused coping* berkaitan dengan aspek emosional yang cenderung tidak berlangsung lama sehingga keterlibatan dengan pasangan kemungkinan hanya terjadi di awal-awal individu didiagnosis menderita penyakit kronis dan menjadi tidak terlalu berkaitan dengan kepuasan pernikahan.

Setiap dimensi dari *dyadic coping* juga dihubungkan dengan kepuasan pernikahan, dan menghasilkan korelasi yang positif dan signifikan antara *supportive*, *common*, dan *delegated dyadic coping* dengan kepuasan pernikahan. Hasil korelasi yang paling tinggi adalah antara *supportive dyadic coping* dengan kepuasan pernikahan ( $r=0,713$ ,  $p<0,05$ ). Ketika dilihat lebih lanjut, ternyata *common dyadic coping* menjadi prediktor yang lebih baik ( $\beta =0,413$ ,  $p<0,05$ ) dalam memprediksi kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis. Penyakit kronis sudah bukan menjadi masalah pribadi ketika terjadi pada individu yang sudah menikah. Secara tidak langsung, dampak dari penyakit kronis juga dirasakan oleh pasangan. *Common dyadic coping* adalah ketika pasangan sama-sama mengalami stres dan mencoba untuk mengatasinya bersama (Bodenmann,

2005). Hal ini diperkuat dengan pemahaman mengenai orientasi budaya kolektivisme bahwa ada ketergantungan dengan individu lain dan kebersamaan dalam suatu kelompok (Chun, Moos, dan Cronkite, 2006). Kepuasan pernikahan juga melihat sikap sejauh mana seseorang menilai hubungan pernikahannya menyenangkan atau tidak (Roach, Frazier, dan Bowden, 1981) dan hubungan pernikahan tentunya berkaitan dengan kesatuan sebagai pasangan. Dalam situasi-situasi tertentu, istri bergantung kepada suami, dan juga sebaliknya. Pada situasi-situasi tertentu, suami mengandalkan istri untuk melakukan sesuatu. Bahkan tidak menutup kemungkinan ketika dalam suatu waktu tertentu mereka harus bersama-sama melakukan sesuatu, bekerja sama untuk mendapatkan hasil yang diinginkan. Pada penderita penyakit kronis, banyak hal yang perlu untuk dilakukan bersama, antara lain: mendiskusikan mengenai penyakit yang dialami, berbagi masukan mengenai alternatif solusi (misal: operasi, minum obat setiap hari herbal, fisioterapi, pijat refleksi), sampai pada melakukan hiburan atau rekreasi bersama untuk mengurangi tekanan emosional. Kebersamaan dalam mengatasi situasi stres pada penderita penyakit kronis akan berujung pada munculnya kepuasan dalam hubungan pernikahan karena melibatkan pasangan sebagai satu kesatuan.

Melalui pengolahan data, hasil penelitian juga menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang positif dan signifikan antara *individual coping* dengan *dyadic coping* ( $r = 0,295$ ,  $p < 0,05$ ). Hal ini berarti semakin tinggi nilai *individual coping* maka semakin tinggi pula nilai *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis. Hasil ini sejalan dengan penelitian dari Bodenmann (2000;2005) yang menyebutkan bahwa *individual coping* dan *dyadic coping* berkorelasi positif walaupun nilai korelasinya tidak tinggi. Hal ini juga didukung oleh penjelasan Bodenmann (2005) mengenai dinamika stres  *coping* dalam hubungan interpersonal, dimana pasangan memiliki kecenderungan untuk mengatasi stres dengan melakukan *individual coping* terlebih dahulu dan ketika proses  *coping* dianggap kurang berhasil maka individu dapat menggunakan dukungan, terutama dari orang terdekat (pasangan) sesuai kebutuhan (Papp dan Witt, 2010). Baik *individual coping* maupun *dyadic coping* memiliki kesamaan dalam landasan teori yang dipakai, yaitu teori stres dan  *coping* dari Lazarus dan Folkman (1984). Selain itu, Bodenmann (2005) juga menjelaskan bahwa salah satu faktor yang

mempengaruhi *dyadic coping* adalah kemampuan yang dimiliki individu (*individual skills*) dalam menyelesaikan konflik, mengomunikasikan stres, berorganisasi, dan lain-lain. Sehingga memang tidak menutup mengenai korelasi diantara keduanya karena *individual coping* juga tentu saja berkaitan dengan apa saja yang dapat dilakukan seorang individu ketika menghadapi masalah.

Lebih lanjut lagi, korelasi positif dan signifikan ditemukan antara *problem-focused coping* dengan *dyadic coping* ( $r = 0,619$ ,  $p < 0,05$ ). Selain berkorelasi dengan *dyadic coping*, ternyata *problem-focused coping* juga menjadi prediktor dari *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis ( $\beta = 0,498$ ,  $p < 0,05$ ). Pada dasarnya, *problem-focused coping* terkait dengan masalah yang dihadapi, mendefinisikan masalah, mencari berbagai alternatif untuk menyelesaikan masalah, mempertimbangkan baik buruknya alternatif yang ada, dan kemudian memilih untuk melakukan sesuatu demi terselesaikannya masalah (Lazarus dan Folkman, 1984). Hal ini sejalan dengan inti dari *dyadic coping* yaitu melakukan aktivitas dan berupaya untuk mengatasi situasi stres baik dengan dukungan atau bantuan dari pasangan, bersama-sama dengan pasangan mencari solusi bersama atau bahkan pasangan membantu penderita penyakit kronis dengan mengambil alih tugas yang harus dijalankan penderita penyakit kronis (Bodenmann, 1995; 2005). Kedua hal tersebut sama-sama berkaitan dengan berupaya, melakukan aktivitas untuk mengatasi situasi stres sehingga tidak menutup kemungkinan adanya kontribusi *problem-focused coping* dalam *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis. Korelasi positif dan signifikan juga ditemukan antara *emotion-focused coping* dan *dyadic coping* ( $r = 0,444$ ,  $p < 0,05$ ). *Emotion-focused coping* erat kaitannya dengan mereduksi tekanan emosional, menjauh dari masalah, menyerah, dan meminimalisasi interaksi dengan masalah (Lazarus dan Folkman, 1984). Namun, proses *coping* ini memungkinkan juga bagi individu untuk mengambil nilai positif dari situasi stres atau masalah yang dihadapinya dan menyalahkan diri sendiri dulu sebelum akhirnya ada penerimaan secara ikhlas (Lazarus dan Folkman, 1984). Strategi *coping* ini akan dilakukan jika individu atau terutama penderita penyakit kronis belum pada tahap mengatasi situasi stresnya (Ayers, 2007). Dalam artian, penderita penyakit kronis belum pada tahap melakukan tindakan nyata yang berfokus pada masalah atau situasi stres yang

dihadapi dan masih berada pada tahap menyalahkan diri sendiri, marah, depresi, dan penerimaan.

Secara lebih spesifik ternyata ditemukan korelasi *problem-focused coping* dengan *supportive dyadic coping* ( $r=0,582$ ,  $p<0,05$ ). Hal ini berarti, semakin tinggi nilai *problem-focused coping*, maka semakin tinggi pula nilai *supportive dyadic coping* pada penderita penyakit kronis. Berkaitan dengan penyakit kronis, kerjasama dari penderita, keluarga, dan pelayanan kesehatanlah yang dapat mengelola rasa sakit yang muncul serta terutama bahwa dukungan dari orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang berperan ketika penderita penyakit kronis menghadapi penyakitnya (Taylor, 2006). Pasangan mendukung dengan usaha yang dilakukannya, seperti memberi saran dalam solusi yang akan dipilih. Penderita penyakit kronis juga tetap berusaha mengatasi situasi stres-nya, mencari informasi mengenai penyakit yang dialami dan pengobatan yang terbaik, mengubah gaya hidup menjadi lebih sehat, dan lain-lain. Upaya dari penderita penyakit kronis dan dukungan berupa upaya membantu dari pasangan inilah yang menjadikan *problem-focused coping* lebih berkorelasi dengan *supportive dyadic coping*. Dukungan dari pasangan menjadi penting bagi penderita penyakit kronis.

Berdasarkan hasil-hasil penelitian di atas, didapatkan hasil yang menarik bahwa terdapat hubungan antara *problem-focused coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis, sedangkan *emotion-focused coping* tidak berhubungan dengan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis. Selain itu, *problem-focused coping* juga berkorelasi serta berkontribusi dalam memprediksi *dyadic coping* secara umum atau *supportive dyadic coping* secara khusus pada penderita penyakit kronis. Sedangkan, *emotion-focused coping* berkorelasi dengan *dyadic coping* tetapi tidak berkontribusi memprediksi *dyadic coping* pada penderita penyakit kronis. Dari penjelasan di atas dapat dikatakan bahwa *problem-focused coping* lebih berkontribusi pada penderita penyakit kronis. Dalam kaitannya dengan masalah kesehatan terutama penyakit kronis, Taylor (2012) menjelaskan bahwa ketika penyakit tersebut menjadi situasi yang tujuan akhirnya adalah sesuatu yang konstruktif, membangun hidup menjadi lebih baik (mengubah gaya hidup, kebiasaan, pola makan, dan lain-lain), maka akan mendukung dilakukannya *problem-focused coping* pada penderita penyakit

kronis. Sedangkan, ketika penderita penyakit kronis menganggap bahwa penyakitnya menjadi sesuatu yang harus diterima saja maka akan mendukung dilakukannya *emotion-focused coping* (Taylor, 2012) Dengan hasil yang didapatkan dari penelitian ini bahwa *problem-focused coping* lebih berkontribusi pada penderita penyakit kronis, maka dapat dikatakan bahwa subyek penelitian menginginkan adanya perubahan pola hidup yang lebih sehat dan lebih baik, dengan melakukan berbagai aktivitas yang menunjang penyelesaian situasi stres.

Gambaran secara umum, baik skor *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan menunjukkan bahwa responden dengan karakteristik memiliki penyakit kronis ini ternyata mayoritas berada di kategori sedang. Pada *individual coping*, dimensi *problem-focused coping* memiliki *mean* yang lebih tinggi (*mean*=2,74) dibandingkan *mean emotion-focused coping* (*mean*=2,6). Pada *dyadic coping*, dimensi *supportive dyadic coping* memiliki *mean* yang paling tinggi (*mean*=2,73) diikuti *common dyadic coping*. Hasil ini sejalan dengan hasil korelasi antara *individual coping* dan *dyadic coping* serta korelasi *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita penyakit kronis yang sudah dijelaskan sebelumnya.

Ketika salah satu variabel ini dikaitkan dengan aspek demografis, ternyata hanya *dyadic coping* yang menunjukkan perbedaan *mean* yang signifikan jika dilihat dari aspek jenis penyakit (jantung, diabetes, *stroke*, dan kanker). *Mean dyadic coping* terendah ternyata pada penderita penyakit jantung (*mean*=88,25) dan yang paling tinggi pada penderita diabetes (*mean*=94,05). Faktor yang berkaitan dengan penyakitnya juga sama pentingnya, seperti karakteristik fisik dan gejalanya. Hal-hal ini dapat menjadi pemicu stres yang berbeda-beda pada setiap orang dan tentu saja akan menunjukkan strategi *coping* yang berbeda pula, tergantung dari penyakit kronis yang dialami (Ayers, 2007).

Sebenarnya, usia, latar belakang pendidikan, dan kepribadian mempengaruhi *coping* pada penderita penyakit kronis (Carver et al., 1993; Felton et al., 1984). Namun, pada hasil penelitian ini tidak ditemukan perbedaan *mean* yang signifikan pada *individual coping*, *dyadic coping* maupun kepuasan pernikahan

Kepuasan pernikahan pun ternyata tidak menghasilkan perbedaan *mean* yang signifikan jika dihubungkan dengan aspek durasi pernikahan. Mathew (2002) mengungkapkan bahwa di usia pernikahan 21 tahun ke atas, 50% responden puas dengan pernikahan mereka dan 50% yang lain tidak puas dengan pernikahan mereka. Pada penelitian ini, lebih dari 50% penderita penyakit kronis ini, cukup merasa puas dengan pernikahan mereka. Kurang dari 20% yang menyatakan bahwa mereka tidak terlalu puas dengan pernikahan yang dijalani. Demikian pula jika kepuasan pernikahan dihubungkan dengan gender. Dalam penelitiannya kepada 7.261 pasangan, Fowers menemukan bahwa laki-laki memiliki tingkat kepuasan pernikahan yang lebih tinggi dibandingkan perempuan (1991 dalam Clements & Swensen, 2000). Namun, ada pula pernyataan kontra dari penelitian Levenson dan rekan-rekan (1993) bahwa perbedaan gender tidak berpengaruh terhadap kepuasan pernikahan (Clements & Swensen, 2000). Dalam penelitian-penelitian sebelumnya ditemukan adanya perbedaan *mean* pada variable-variabel, seperti kepuasan pernikahan jika dihubungkan dengan beberapa aspek demografis. Namun, pada penelitian kali ini didapatkan hasil bahwa tidak ditemukan adanya perbedaan *mean* dari variabel *individual coping* dan kepuasan pernikahan jika dihubungkan dengan aspek-aspek demografis yang ada (durasi pernikahan, jenis kelamin, usia, pendidikan, dan lain-lain). Hanya *dyadic coping* yang jika dihubungkan dengan jenis penyakit kronis akan terdapat perbedaan *mean* yang signifikan, sedangkan dengan aspek demografis yang lain tidak terdapat perbedaan *mean* yang signifikan.

### 5.3. Keterbatasan Penelitian

Dalam menjalani proses penelitian ini, peneliti menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan. Dalam proses penerjemahan alat ukur dan uji keterbacaan, peneliti melakukan penerjemahan kuesioner bersama pembimbing dengan dibantu beberapa ahli bahasa dan melakukan uji keterbacaan kepada orang yang beragam. Ternyata penderita atau penderita penyakit kronis memiliki karakteristik yang beragam dan mayoritas berusia 55 tahun ke atas. Hal ini cukup berdampak pada proses pengambilan data. Dalam prosesnya, nampak penderita penderita penyakit kronis kesulitan dalam memahami isi kuesioner. Peneliti

menduga bahwa salah satunya dikarenakan item pada setiap kuesioner yang cukup panjang, kalimat per item juga cukup banyak, dan penderita penyakit kronis yang umumnya sudah berumur sehingga sulit untuk membaca tulisan-tulisan kecil. Hal ini berakibat pada lamanya proses pengambilan data karena kebanyakan peneliti melakukan instruksi secara individual, membacakan item-item pada kuesioner untuk beberapa penderita yang minta dibacakan sehingga menimbulkan efek lelah, baik pada penderita maupun peneliti.

Dari segi pemilihan sampel dengan *non-probability sampling* dan secara khusus adalah *purposive sampling*, maka tidak semua dalam populasi memiliki kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Pada akhirnya hanya empat penyakit kronis yang banyak menyebabkan kematian (jantung, diabetes, *stroke*, dan kanker) yang peneliti pilih sebagai sampel. Selain itu, jumlah subyek penelitian yang digunakan peneliti adalah enam puluh partisipan dan ini menyebabkan kurang representatif dalam mewakili jumlah penderita penyakit kronis yang cukup banyak di Indonesia atau di Jakarta khususnya. Sementara itu jika dilihat dari pendekatan penelitian, pendekatan yang digunakan adalah kuantitatif. Keunggulan dari pendekatan ini adalah dapat memperoleh gambaran secara umum mengenai hubungan kedua variabel. Namun, kekurangannya adalah peneliti tidak bisa menggali secara mendalam keunikan dari tiap-tiap variabel, terutama ketika subyek penelitian mengisi kuesioner melalui *online*.

#### **5.4. Saran**

Berdasarkan kesimpulan dan diskusi yang telah diuraikan, terdapat beberapa saran yang dapat peneliti kemukakan untuk penelitian selanjutnya:

##### **5.4.1. Saran Metodologis**

1. Dalam melakukan uji keterbacaan, ada baiknya penelitian selanjutnya melakukan uji keterbacaan langsung kepada para penderita penyakit kronis dengan karakteristik yang sudah ditentukan sebagai karakteristik sampel penelitian. Dengan demikian, item hasil revisi bisa lebih mudah dipahami oleh calon subyek nantinya dan ada baiknya diberi jeda waktu dalam pengisian setiap bagian kuesioner untuk mengatasi masalah kelelahan.

2. Jumlah sampel sebisa mungkin lebih banyak karena ternyata semakin banyak partisipan penelitian akan berpengaruh baik pada hasil penelitian yang didapatkan. Jika dikaitkan dengan
3. Studi mengenai *coping* dan kepuasan pernikahan pada penderita atau penderita penyakit kronis ini ke depannya diharapkan menggunakan pendekatan kualitatif atau gabungan kuantitatif dan kualitatif untuk bisa menggali hal-hal menarik dari partisipan penelitian. Selain itu studi longitudinal juga bisa dilakukan untuk melihat proses pengembangan kepuasan pernikahan, misal dari awal pernikahan hingga usia pernikahan sekarang ini.

#### **5.4.2. Saran Praktis**

1. Kepada para konselor di bidang kesehatan, psikolog ataupun terapis yang fokus pada penderita penyakit kronis, diharapkan melakukan program-program intervensi atau psikoedukasi mengenai pengetahuan dan informasi seputar penyakit kronis, bagaimana pemilihan strategi *coping* yang tepat untuk mendapatkan hasil yang positif, seperti misalnya kepuasan pernikahan, dan mengikutsertakan pasangan atau keluarga dalam prosesnya.
2. Kepada para peneliti yang tertarik untuk meneliti dengan partisipan penelitian adalah penderita penyakit kronis, bisa mencoba melakukan penelitian dengan juga melibatkan pasangan untuk yang sudah menikah atau keluarga terdekat untuk mereka yang belum menikah. Penelitian dapat pula dilakukan pada satu penyakit kronis tertentu sehingga didapatkan hasil yang menarik sesuai karakteristik penyakit

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditya, Y., & Magno, C. (2011). Factors influencing marital satisfaction among Christian couples in Indonesia: A vulnerability-stres-adaptation model. *The International Journal of Research and Review* , 7, 11-28.
- Aiken, L. R., & Groth-Marnat, G. (2006). *Psychological testing and assessment*. USA: Pearson Education Group, Inc.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7<sup>th</sup> ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Atwater, E., & Duffy, G. (1999). *Psychology for living: Adjustment, growth, and behavior today* (8th Edition ed.). New Jersey: Pearson Prentice.
- Ayers, S., Baum, A., & McManus, C. (2007). *Cambridge handbook of psychology, health, and medicine*. UK: Cambridge University Press.
- Badr, H., Carmack, C. L., Kashy, D. A., Cristofanilli, M., & Revenson, T. A. (2012). Dyadic coping in metastatic breas cancer. *Journal of Health Psychology* , 29, 169-180.
- Berg, C. A., & Upchurch, R. (2007). A developmental -contextual model of couples coping with chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin* , 133, 920-954.
- Bird, E., & Melville, K. (1994). *Families and intimate relationship*. New York: McGraw-Hil, Inc.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping - a systemic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology* , 47, 137-140.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren [Stress and coping in couples]*. Gottingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33-50). Washington, DC: APA.

- Bodenmann, G., Pihet, S., & Kayser, K. (2006). The relationship between dyadic coping, marital quality, and well-being: A two year longitudinal study. *Journal of Family Psychology*, *20*, 475-493.
- Bodenmann, G. (2007). *Dyadisches Coping Inventar [Dyadic Coping Inventory]*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, *14*, 551-569.
- Bouchard, G., Sabourin, S., Lussier, Y., Wright, J., & Richer, C. (1998). Predictive validity of coping strategies on marital satisfaction: Cross-sectional and longitudinal evidence. *Journal of Family Psychology*, *12*, 112-131.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and The Family*, *62*, 964-980.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *1*, 92-100.
- Carver, C. S. (1997). Brief COPE\_ *complete version*. Retrieved from University of Miami, Department of Psychology. Website [www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/SciBrCOPE.html](http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/SciBrCOPE.html)/ Universit of Miami
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283.
- Chun, C., Moos, R. H., & Cronkite, R. C. (2006). Culture: A fundamental context for the stress and coping paradigm. In P. T. Wong (Ed.), *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping* (pp. 29-53). New York: Springer Science and Bussiness Media,, Inc.
- Clements, R., & Swensen, C. H. (2000). Commitment to one's spouse as a predictor of marital quality among older couples. *Curretn Psychology*, *19*, 110-120.

- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cole, P. M., Bruschi, C. J., & Tamang, B. L. (2002). Cultural difference in children's emotional reactions to difficult situations. *Child Development*, 73, 983-996.
- Custer, Lindsay. "Marital Satisfaction and Quality." *Encyclopedia of Human Relationships*. Ed. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2009. 1031-1035. *SAGE Reference Online*. Web. 7 Feb. 2012.
- Cutrona, C. E., & Gardner, K. A. (2006). Stress in couples: The process of dyadic coping. In A. L. Vangelisti, & D. Pearlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 501-515). New York: Cambridge University Press.
- Davidson, J. K., & Moore, N. (1996). *Marriage and family: Change and continuity*. Boston: Allyn and Bacon.
- Duvall, E. M., & Miller, B. C. (1985). *Marriage and family development* (6th Edition ed.). New York: Harper & Row, Publishers.
- Eshun, S., Chang, E., & Owusu, V. (1998). Cultural and gender differences in responses to depressive mood: A study of college students in Ghana and the U.S.A. *Personality & Individual Differences*, 24 (4), 581-583.
- Felton, B. J., & Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Flor, H., Turk, D. C., & Scholz, B. (1987). Impact of chronic pain on the spouse: Marital, emotional, and physical consequences. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 63-71.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2006). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Psychological Science*, 9, 115-118.
- Gravetter, F., & Forzano, L. (2009). *Research methods for behavioral science* (3<sup>rd</sup> ed.). Belmont: Wadsworth.
- Gravetter, F., & Wallnau, L. (2008). *Essentials statistics for the behavioral science* (6<sup>th</sup> ed.). Belmont: Wadsworth.
- Greenberg, J. (2009). *Comprehensive Stress Management*. New York: McGraw-Hill Companies.
- Hafstrom, J. L., & Schram, V. R. (1984). Chronic illness in couples: Selected characteristics, including wife's satisfaction with and perception of marital relationships. *Family Relations*, 33 (1), 195-203.
- Heaton, T. B., & Blake, A. B. (1999). Gender differences in determinants of marital disruption. *Journal of Family Issues*, 20 (1), 25-46.
- Hendrick, S., & Hendrick, C. (1992). *Liking, loving, and relating*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Imao, M. (2004). The process of mourning work in chronic illness: Examination of stage and chronic sorrow models. *The Japanese Journal of Developmental Psychology*, 15, 150-161.
- Kaplan, R., & Saccuzzo, D. (2005). *Psychological testing: Principles, application, and issues* (6<sup>th</sup> ed.). Belmont: Wadsworth.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2000). *Foundation of behavioral research*. Tokyo: Harcourt College Publisher.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Penyakit tidak menular (ptm) penyebab kematian terbanyak di Indonesia*. Mei 14, 2012. <http://www.depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1637-penyakit-tidak-menular-ptm-penyebab-kematian-terbanyak-di-indonesia.html>
- Kompas. (22 Juni 2011). *Kenaikan Pendapatan Picu Penyakit Kronis*. Diunduh dari: <http://health.kompas.com/read/2011/06/22/06155252/Kenaikan.Pendapatan.Picu.Penyakit.Kronis>
- Kramer, U., Ceschi, G., Linden, M. V., & Bodenmann, G. (2005). Individual and dyadic coping strategies in the aftermath of a traumatic experience. *Swiss Journal of Psychology*, 64 (4), 241-248.

- Kumar, R. (2005). *Research methodology: A step by step guide for beginners* (2nd Edition ed.). London: SAGE Publication.
- Larsen, P. D., & Lubkin, I. M. (2006). *Chronic illness: Impact and interventions* (6th ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, Inc.
- Larsen, P. D., & Lubkin, I. M. (2009). *Chronic illness:: Impact and intervention* (7<sup>th</sup> ed.). Portland, OR: Jones and Barlett Publishers.
- Lavee, Y., & Sharlin, S. (1996). The effect of parenting stress on marital quality. *Journal of Family Issues* , 17 (1), 114-136.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Ledermann, T., & al., e. (2010). Psychometrics of the Dyadic Coping Inventory in three language groups. *Swiss Journal of Psychology* , 69, 201-212.
- Marsha, Brenda. "Chronic Diseases." *Encyclopedia of Social Problems*. Ed. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2008. 120-124. *SAGE Reference Online*. Web. 27 Jan. 2012.
- Maruta, T., & Osborne, D. (1978). Sexual activity in chronic pain patients. *Psychosomatics* , 20, 241-248.
- Maruta, T., Osborne, D., Swanson, W., & Halling, J. M. (1981). Chronic pain patients and spouses: Marital and sexual adjustment. *Mayo Clinical* , 51, 307-310.
- Mathews, M. (2002). *A Study of Factors Contributing to Marital Satisfaction*. South Africa: Department of Psychology, University of Zululand.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality* , 54, 385-405.
- Meier, C., Bodenmann, G., Morgeli, H., & Jenewein, J. (2011). Dyadic coping, quality of life, and psychological distress among chronic obstructive pulmonary disease patients and their partners. *International Journal of COPD* , 6, 583-596.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcomin powerlessness*. Philadelphia: F. A. Davis Co.

- Miller, S. (1992). Individual differences in the coping process: What to know it and when to know it. In *Personal coping: Theory, research, application* (pp. 77-91). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Noller, P., & Fitzpatrick, M. A. (1988). *Perspectives on Marital Interaction*. Clevedon: Multilingual Matters, Ltd.
- Olson, . H., & DeFrain, J. (2006). *Marriages & Families: Intimacy, diversity , and strengths* (5<sup>th</sup> ed.). USA: McGraw-Hill.
- Pakenham, K. I., Stewart, C. A., & Rogers, A. (1997). The role of coping in adjustment to multiple sclerosis-related adaptive demands. *Psychology, Health, and Medicine* , 2, 197-211.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS version 12* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill Companies.
- Papp, L., & Witt, N. L. (2010). Romantic partners' individual coping strategies and dyadic coping: Implications for relationship functionin. *Journal of Family Psychology* , 24, 551-559.
- Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review* , 29, 105-115.
- Roach, A. J., & Frazier, L. P. & Bowden, S. R. (1981). The marital satisfaction scale: Development of a measure for intervention research. *Journal of Marriage and The Family* , 537-545.
- Sarafino, E., & Smith, T. (2012). *Health Psychology*. Danver: John Wiley and Sons, Inc.
- Schussler, G. (1992). Coping strategies and individual meanings of illness. *Social Science Medicine* , 34, 427-432.
- Secombe, K., & Warber, L. R. (2004). *Marriages and families: Relationship in social context*. USA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Stanley, S. M., & Markman, H. J. (1992). Assessing commitment in personal relationships. *Journal of Marriage and The Family* , 54, 595-608.
- Taylor, S. E. (2012). *Health Psychology* (8<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill Companies.
- Taylor, S. E. (2006). *Health Psychology* (6<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill Companies.

- Taylor, S. E., Peplau, L. A., & Sears, D. O. (2006). *Social psychology* (12th ed.). Los Angeles: Pearson.
- Wahl, A., hanestad, B. R., Wiklund, I., & Moum, T. (1999). Coping and quality of life in patients with Psoriasis. *Quality of Life Research* , 8, 427-433.
- Weiss, R. L., & Heyman, R. E. (1990). Observation of marital interaction. In F. D. Fincham, & T. N. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage: Basics issues and applications* (pp. 87-117). New York: Guilfords.
- WHO. (2005). *Preventing chronic diseases a vital investment*. Geneva: WHO Press.
- Wong, P. T., & Ujimoto, K. V. (1998). The elderly: Their stress, coping, and mental health. In N. W. Zane (Ed.), *Handbook of Asian American psychology* (pp. 165-209). Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Zenab. (2011, Agustus 18). *Gaya hidup penyebab penyakit kronis mematikan*. Retrieved Februari 20, 2012, from Koran Baru Suara Indonesia: <http://koranbaru.com/gaya-hidup-penyebab-penyakit-kronis-mematikan/>

# LAMPIRAN



## Lampiran 1. Hasil uji coba reliabilitas dan validitas

### 1.1. Hasil uji reliabilitas *individual coping*

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.843	28

### 1.2. Hasil analisis antaritem *individual coping*

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
IC1	62.0333	58.240	.688	.827
IC2	61.9333	59.995	.548	.832
IC3	63.1667	65.385	.043	.848
IC4	63.6667	65.954	.078	.844
IC5	62.0000	58.897	.439	.836
IC6	63.4333	65.909	.004	.848
IC7	61.7667	62.806	.332	.840
IC8	63.4333	65.357	.090	.845
IC9	62.4000	61.766	.330	.840
IC10	62.2333	63.771	.182	.845
IC11	63.7000	66.217	.000	.845
IC12	61.7667	63.082	.302	.841
IC13	62.9333	63.926	.217	.843
IC14	62.2000	59.959	.601	.831
IC15	62.0667	60.961	.508	.834
IC16	63.3667	66.309	-.044	.850
IC17	61.6333	60.792	.393	.838
IC18	62.7667	58.530	.553	.831
IC19	61.9667	56.447	.730	.824
IC20	61.6333	59.826	.511	.833
IC21	62.5333	60.051	.524	.833
IC22	61.3667	62.654	.299	.841

IC23	62.1667	62.764	.277	.842
IC24	61.5333	59.775	.601	.831
IC25	61.9667	59.620	.493	.834
IC26	62.9667	64.792	.138	.845
IC27	61.3333	63.885	.228	.843
IC28	62.9333	56.340	.613	.828

### 1.3. Hasil uji reliabilitas *dyadic coping*

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.932	37

### 1.4. Hasil uji analisis interitem *dyadic coping*

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DC1	101.3333	213.057	.804	.928
DC2	102.0333	225.068	.354	.932
DC3	102.2000	219.890	.530	.930
DC4	101.5000	217.983	.580	.930
DC5	101.4667	215.085	.782	.928
DC6	101.5333	212.533	.732	.928
DC7	100.8667	227.982	.192	.933
DC8	101.7667	221.289	.395	.932
DC9	101.7000	214.562	.687	.929
DC10	100.9000	226.576	.191	.934
DC11	100.9000	226.369	.147	.935
DC12	101.8000	214.166	.790	.928
DC13	101.6000	211.628	.753	.928
DC14	101.7667	215.771	.668	.929
DC15	100.6667	226.506	.286	.932
DC16	101.7000	214.217	.795	.928

DC17	102.0333	223.757	.356	.932
DC18	101.8333	217.799	.489	.931
DC19	101.6333	215.068	.639	.929
DC20	101.3667	221.275	.444	.931
DC21	101.3667	217.551	.580	.930
DC22	101.0333	226.378	.278	.932
DC23	101.5667	224.116	.313	.932
DC24	101.5000	218.466	.558	.930
DC25	101.0000	233.379	-.102	.936
DC26	100.8333	227.454	.198	.933
DC27	100.5667	228.116	.241	.932
DC28	101.5667	229.495	.116	.933
DC29	101.3333	213.402	.788	.928
DC30	101.6333	225.895	.265	.933
DC31	101.4000	209.559	.793	.927
DC32	101.6000	211.628	.753	.928
DC33	101.4667	213.223	.690	.928
DC34	102.2333	223.633	.278	.933
DC35	101.9000	218.852	.451	.931
DC36	101.5667	213.289	.729	.928
DC37	101.6333	212.378	.794	.927

### 1.5. Hasil uji reliabilitas kepuasan pernikahan

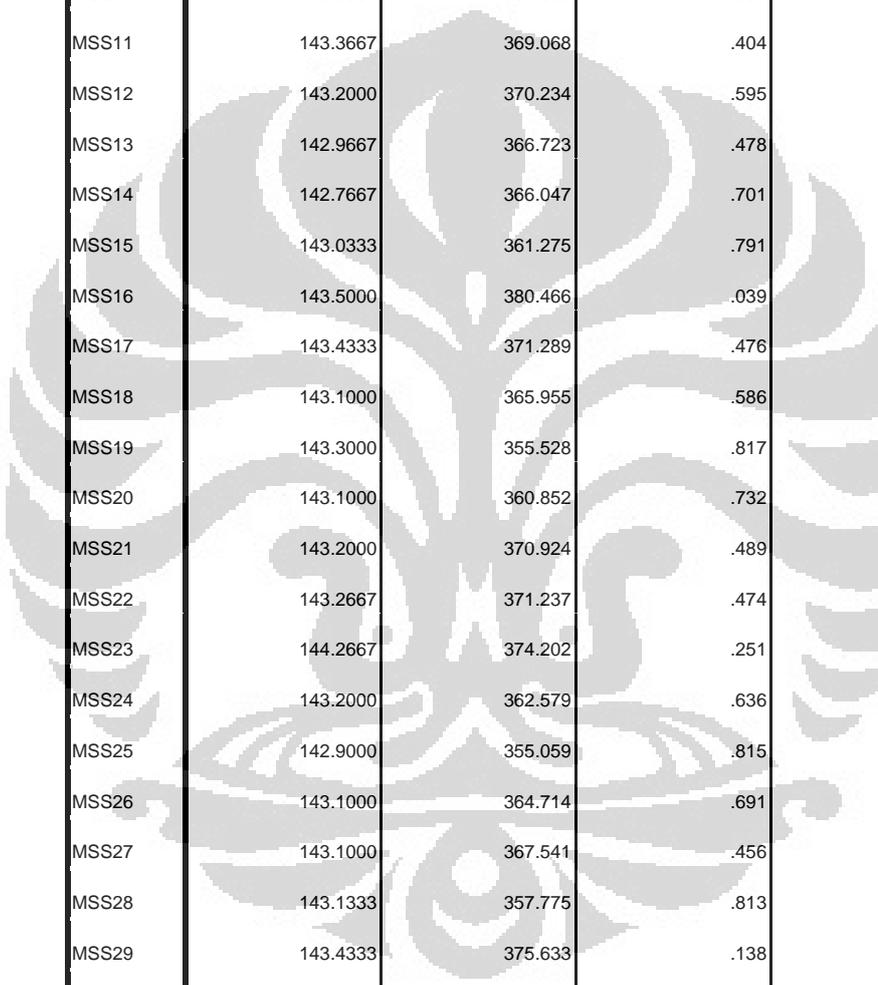
#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.959	48

### 1.6. Hasil uji analisis interitem kepuasan pernikahan

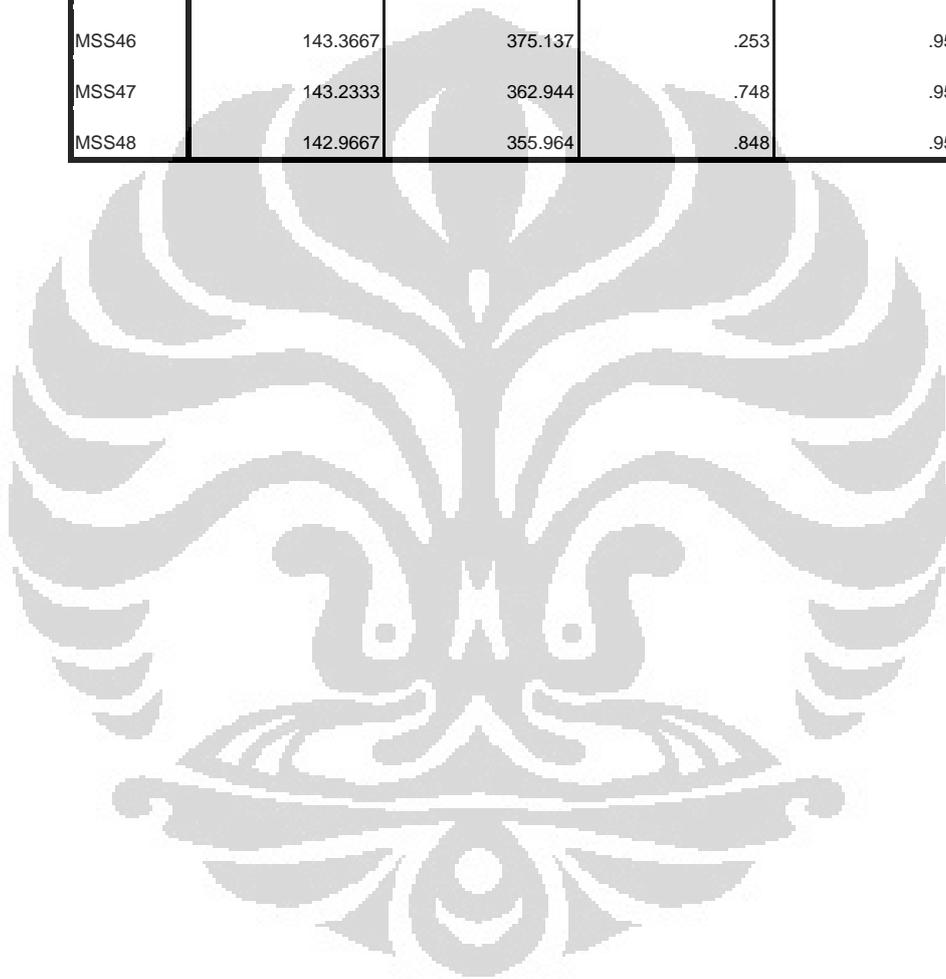
#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MSS1	142.9667	368.378	.580	.958
MSS2	143.0667	372.271	.397	.958



MSS3	143.0333	363.344	.655	.957
MSS4	142.7000	358.355	.774	.957
MSS5	142.9667	357.620	.790	.957
MSS6	143.0667	363.444	.667	.957
MSS7	143.4000	374.386	.174	.960
MSS8	143.1667	367.385	.455	.958
MSS9	143.2000	374.028	.342	.959
MSS10	142.8667	364.533	.507	.958
MSS11	143.3667	369.068	.404	.959
MSS12	143.2000	370.234	.595	.958
MSS13	142.9667	366.723	.478	.958
MSS14	142.7667	366.047	.701	.957
MSS15	143.0333	361.275	.791	.957
MSS16	143.5000	380.466	.039	.960
MSS17	143.4333	371.289	.476	.958
MSS18	143.1000	365.955	.586	.958
MSS19	143.3000	355.528	.817	.956
MSS20	143.1000	360.852	.732	.957
MSS21	143.2000	370.924	.489	.958
MSS22	143.2667	371.237	.474	.958
MSS23	144.2667	374.202	.251	.959
MSS24	143.2000	362.579	.636	.957
MSS25	142.9000	355.059	.815	.956
MSS26	143.1000	364.714	.691	.957
MSS27	143.1000	367.541	.456	.958
MSS28	143.1333	357.775	.813	.957
MSS29	143.4333	375.633	.138	.961
MSS30	143.2667	363.375	.701	.957
MSS31	143.2667	359.168	.809	.957
MSS32	143.2000	369.614	.629	.958
MSS33	143.0667	366.685	.647	.957
MSS34	143.3333	376.299	.153	.960
MSS35	143.2000	369.683	.548	.958
MSS36	143.0000	367.517	.636	.958
MSS37	143.1333	368.878	.595	.958

MSS38	143.2000	362.993	.717	.957
MSS39	143.7667	375.978	.244	.959
MSS40	143.1333	360.740	.707	.957
MSS41	142.8333	358.764	.817	.957
MSS42	143.6667	371.195	.356	.959
MSS43	143.0333	362.585	.684	.957
MSS44	142.9333	361.099	.754	.957
MSS45	143.5667	362.254	.700	.957
MSS46	143.3667	375.137	.253	.959
MSS47	143.2333	362.944	.748	.957
MSS48	142.9667	355.964	.848	.956



## Lampiran 2. Hasil Uji Korelasi

### 2.1. Hasil uji korelasi *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan

		TotDC	TotC	TotMSS
TotDC	Pearson Correlation	1	.555**	.662**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	60	60	60
TotC	Pearson Correlation	.555**	1	.295*
	Sig. (2-tailed)	.000		.022
	N	60	60	60
TotMSS	Pearson Correlation	.662**	.295*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.022	
	N	60	60	60

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### 2.2. Hasil uji korelasi *individual coping* dan jenis *dyadic coping*

		TotC	Supportive	Delegated	Common	Negative
TotC	Pearson Correlation	1	.537**	.440**	.453**	-.221
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.090
	N	60	60	60	60	60
Supportive	Pearson Correlation	.537**	1	.633**	.679**	-.457**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60
Delegated	Pearson Correlation	.440**	.633**	1	.637**	-.319*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.013
	N	60	60	60	60	60
Common	Pearson Correlation	.453**	.679**	.637**	1	-.301*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.019
	N	60	60	60	60	60

Negative	Pearson Correlation	-.221	-.457**	-.319*	-.301*	1
	Sig. (2-tailed)	.090	.000	.013	.019	
	N	60	60	60	60	60

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### 2.3. Hubungan jenis *individual coping* dan *dyadic coping*

		EFC	PFC	TotDC
EFC	Pearson Correlation	1	.619**	.444**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	60	60	60
PFC	Pearson Correlation	.619**	1	.583**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	60	60	60
TotDC	Pearson Correlation	.444**	.583**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	60	60	60

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### 2.4. Hubungan *problem-focused coping* dan jenis *dyadic coping*

		PFC	Supportive	Delegated	Common	Negative
PFC	Pearson Correlation	1	.582**	.486**	.451**	-.291*
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.024
	N	60	60	60	60	60
Supportive	Pearson Correlation	.582**	1	.633**	.679**	-.457**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60
Delegated	Pearson Correlation	.486**	.633**	1	.637**	-.319*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.013

	N	60	60	60	60	60
Common	Pearson Correlation	.451**	.679**	.637**	1	-.301*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.019
	N	60	60	60	60	60
Negative	Pearson Correlation	-.291*	-.457**	-.319*	-.301*	1
	Sig. (2-tailed)	.024	.000	.013	.019	
	N	60	60	60	60	60

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## 2.5. Hubungan jenis *individual coping*, jenis *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan

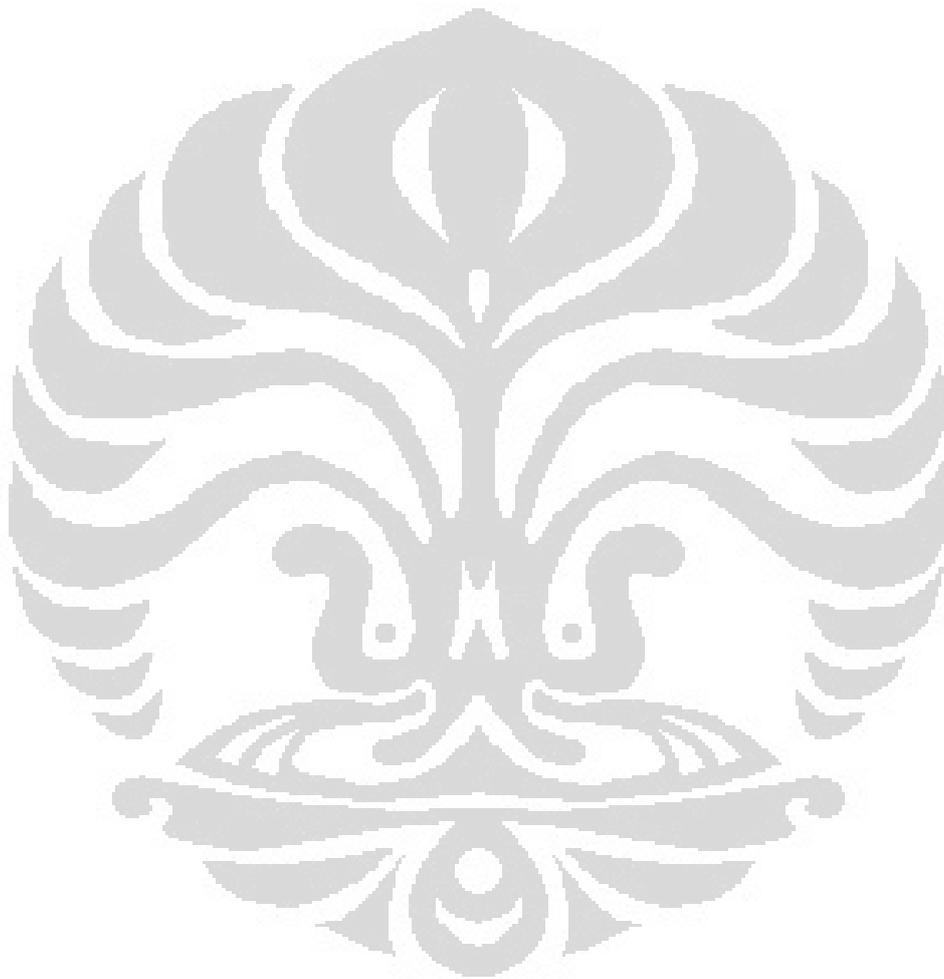
**Correlations**

		PFC	EFC	Supportive	Delegated	Common	Negative	TotMSS
PFC	Pearson Correlation	1	.619**	.582**	.486**	.451**	-.291*	.451**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000	.024	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
EFC	Pearson Correlation	.619**	1	.417**	.335**	.381**	-.135	.137
	Sig. (2-tailed)	.000		.001	.009	.003	.303	.296
	N	60	60	60	60	60	60	60
Supportive	Pearson Correlation	.582**	.417**	1	.633**	.679**	-.457**	.713**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001		.000	.000	.000	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
Delegated	Pearson Correlation	.486**	.335**	.633**	1	.637**	-.319*	.538**
	Sig. (2-tailed)	.000	.009	.000		.000	.013	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
Common	Pearson Correlation	.451**	.381**	.679**	.637**	1	-.301*	.702**
	Sig. (2-tailed)	.000	.003	.000	.000		.019	.000
	N	60	60	60	60	60	60	60
Negative	Pearson Correlation	-.291*	-.135	-.457**	-.319*	-.301*	1	-.546**
	Sig. (2-tailed)	.024	.303	.000	.013	.019		.000
	N	60	60	60	60	60	60	60

TotMSS	Pearson Correlation	.451**	.137	.713**	.538**	.702**	-.546**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.296	.000	.000	.000	.000	
	N	60	60	60	60	60	60	60

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



### Lampiran 3. Hasil Uji Regresi

#### 3.1. Hasil uji regresi *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.668 <sup>a</sup>	.446	.426	15.27205

a. Predictors: (Constant), TotDC, TotIC

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10696.505	2	5348.253	22.931	.000 <sup>a</sup>
	Residual	13294.428	57	233.236		
	Total	23990.933	59			

a. Predictors: (Constant), TotDC, TotIC

b. Dependent Variable: TotMSS

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	55.634	15.682		3.548	.001
	TotIC	-.263	.299	-.105	-.882	.382
	TotDC	1.157	.190	.720	6.074	.000

a. Dependent Variable: TotMSS

#### 3.2. Hasil uji regresi jenis *individual coping* dan *dyadic coping*

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.592 <sup>a</sup>	.351	.328	10.28943

a. Predictors: (Constant), EFC, PFC

ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3260.211	2	1630.105	15.397	.000 <sup>a</sup>
	Residual	6034.722	57	105.872		
	Total	9294.933	59			

a. Predictors: (Constant), EFC, PFC

b. Dependent Variable: TotDC

Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
		1	(Constant)	41.647		
	PFC	1.713	.467	.498	3.669	.001
	EFC	.327	.327	.136	1.001	.321

a. Dependent Variable: TotDC

### 3.3. Hasil uji regresi jenis *individual coping* dan kepuasan pernikahan

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.486 <sup>a</sup>	.237	.210	17.92509

a. Predictors: (Constant), EFC, PFC

ANOVA<sup>b</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5676.338	2	2838.169	8.833	.000 <sup>a</sup>
	Residual	18314.595	57	321.309		
	Total	23990.933	59			

a. Predictors: (Constant), EFC, PFC

b. Dependent Variable: TotMSS

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients		
				Beta		
1	(Constant)	100.969	15.733		6.417	.000
	PFC	3.280	.813	.594	4.033	.000
	EFC	-.892	.570	-.231	-1.565	.123

a. Dependent Variable: TotMSS

### 3.4. Hasil uji regresi jenis *dyadic coping* dan kepuasan pernikahan

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.813 <sup>a</sup>	.660	.635	12.17523

a. Predictors: (Constant), Negative, Common, Delegated, Supportive

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	15837.938	4	3959.484	26.711	.000 <sup>a</sup>
	Residual	8152.996	55	148.236		
	Total	23990.933	59			

a. Predictors: (Constant), Negative, Common, Delegated, Supportive

b. Dependent Variable: TotMSS

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients		
				Beta		
1	(Constant)	101.116	15.245		6.633	.000
	Supportive	1.282	.500	.311	2.567	.013
	Delegated	-.112	.978	-.012	-.114	.909
	Common	2.544	.709	.413	3.590	.001
	Negative	-1.815	.566	-.284	-3.206	.002

a. Dependent Variable: TotMSS

**Lampiran 4. Hasil uji statistik perbedaan *individual coping*, *dyadic coping*, dan kepuasan pernikahan berdasarkan kelompok subyek**

4.1. Hasil uji T-test berdasarkan jenis kelamin

**Group Statistics**

JK	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
TotIC	1	53.9655	9.22529	1.71309
	2	52.3871	6.72645	1.20811
TotDC	1	91.7931	10.27264	1.90758
	2	87.2903	14.18495	2.54769
TotMSS	1	148.6552	16.19805	3.00790
	2	141.8387	23.05659	4.14109

\*1= perempuan ; 2 = laki-laki

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
								95% Confidence Interval of the Difference		
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
TotIC	Equal variances assumed	2.417	.126	.761	58	.450	1.57842	2.07461	-2.57436	5.73120
	Equal variances not assumed			.753	51.002	.455	1.57842	2.09624	-2.62995	5.78679
TotDC	Equal variances assumed	1.501	.225	1.400	58	.167	4.50278	3.21654	-1.93583	10.94139
	Equal variances not assumed			1.415	54.660	.163	4.50278	3.18270	-1.87639	10.88195
TotMSS	Equal variances assumed	5.231	.026	1.317	58	.193	6.81646	5.17739	-3.54721	17.18013

Equal variances		1.332	53.924	.189	6.81646	5.11821	-3.44526	17.07819
not assumed								

#### 4.2. Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan usia

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TotIC	Between Groups	35.148	3	11.716	.175	.913
	Within Groups	3742.502	56	66.830		
	Total	3777.650	59			
TotMSS	Between Groups	422.786	3	140.929	.335	.800
	Within Groups	23568.148	56	420.860		
	Total	23990.933	59			
TotDC	Between Groups	319.034	3	106.345	.663	.578
	Within Groups	8975.900	56	160.284		
	Total	9294.933	59			

#### 4.3. Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan durasi pernikahan

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TotIC	Between Groups	59.872	4	14.968	.221	.925
	Within Groups	3717.778	55	67.596		
	Total	3777.650	59			
TotMSS	Between Groups	2006.933	4	501.733	1.255	.299
	Within Groups	21984.000	55	399.709		
	Total	23990.933	59			
TotDC	Between Groups	227.356	4	56.839	.345	.847
	Within Groups	9067.578	55	164.865		
	Total	9294.933	59			

#### 4.4. Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan pendidikan

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TotIC	Between Groups	359.324	5	71.865	1.135	.353
	Within Groups	3418.326	54	63.302		
	Total	3777.650	59			
TotMSS	Between Groups	1093.107	5	218.621	.516	.763
	Within Groups	22897.826	54	424.034		
	Total	23990.933	59			
TotDC	Between Groups	920.145	5	184.029	1.187	.328
	Within Groups	8374.789	54	155.089		
	Total	9294.933	59			

#### 4.5. Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan pengeluaran per bulan

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TotIC	Between Groups	136.831	4	34.208	.517	.724
	Within Groups	3640.819	55	66.197		
	Total	3777.650	59			
TotMSS	Between Groups	628.697	4	157.174	.370	.829
	Within Groups	23362.236	55	424.768		
	Total	23990.933	59			
TotDC	Between Groups	567.433	4	141.858	.894	.474
	Within Groups	8727.500	55	158.682		
	Total	9294.933	59			

#### 4.6. Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan lama sakit

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TotIC	Between Groups	643.499	5	128.700	2.217	.066
	Within Groups	3134.151	54	58.040		
	Total	3777.650	59			
TotMSS	Between Groups	2734.997	5	546.999	1.390	.243
	Within Groups	21255.937	54	393.628		
	Total	23990.933	59			
TotDC	Between Groups	1396.552	5	279.310	1.910	.108
	Within Groups	7898.381	54	146.266		
	Total	9294.933	59			

#### 4.7. Hasil uji One-Way ANOVA berdasarkan jenis penyakit kronis

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
TotIC	Between Groups	267.221	3	89.074	1.421	.246
	Within Groups	3510.429	56	62.686		
	Total	3777.650	59			
TotMSS	Between Groups	1104.701	3	368.234	.901	.447
	Within Groups	22886.233	56	408.683		
	Total	23990.933	59			
TotDC	Between Groups	1239.366	3	413.122	2.872	.044
	Within Groups	8055.568	56	143.849		
	Total	9294.933	59			

## Lampiran 5. Gambaran Umum Aspek Demografis

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40	40.0	40.0	40.0
Laki-laki	29	29.0	29.0	69.0
Perempuan	31	31.0	31.0	100.0
Total	100	100.0	100.0	

Usia

(dalam tahun)	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 35-44	7	7.0	11.7	11.7
45-5 <sup>h</sup>	19	19.0	31.7	43.3
55-64 <sup>t</sup>	27	27.0	45.0	88.3
65-74	7	7.0	11.7	100.0
Total	60	60.0	100.0	
Missing System	40	40.0		
Total	100	100.0		

Durasi Pernikahan

(dalam tahun)	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 4-13	6	6.0	10.0	10.0
14-23	18	18.0	30.0	40.0
24-33	30	30.0	50.0	90.0
34-43	5	5.0	8.3	98.3
44-53	1	1.0	1.7	100.0
Total	60	60.0	100.0	
Missing System	40	40.0		
Total	100	100.0		

**Pendidikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	1	1.0	1.7	1.7
	SMP	2	2.0	3.3	5.0
	SMA	16	16.0	26.7	31.7
	D3	2	2.0	3.3	35.0
	S1	25	25.0	41.7	76.7
	S2	14	14.0	23.3	100.0
	Total	60	60.0	100.0	
Missing	System	40	40.0		
Total		100	100.0		

**Pengeluaran per Bulan**

	(dalam juta)	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<1,5	2	2.0	3.3	3.3
	1,5 – 3	8	8.0	13.3	16.7
	3 – 4,5	8	8.0	13.3	30.0
	4,5 - 6	18	18.0	30.0	60.0
	> 6	24	24.0	40.0	100.0
	Total	60	60.0	100.0	
Missing	System	40	40.0		
Total		100	100.0		

**Lama Sakit**

	(dalam tahun)	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 - 5	36	36.0	60.0	60.0
	6 – 10	14	14.0	23.3	83.3
	11 – 15	4	4.0	6.7	90.0
	16 – 20	3	3.0	5.0	95.0
	21 - 25	1	1.0	1.7	96.7
	26 - 30	2	2.0	3.3	100.0

	Total	60	60.0	100.0
Missing	System	40	40.0	
Total		100	100.0	

**Jenis Penyakit**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jantung	16	16.0	26.7	26.7
	Diabetes	17	17.0	28.3	55.0
	<i>Stroke</i>	13	13.0	21.7	76.7
	Kanker	14	14.0	23.3	100.0
	Total	60	60.0	100.0	
Missing	System	40	40.0		
Total		100	100.0		

**Lampiran 7. Gambaran Umum *Individual Coping, Dyadic Coping,*  
dan Kepuasan Pernikahan**

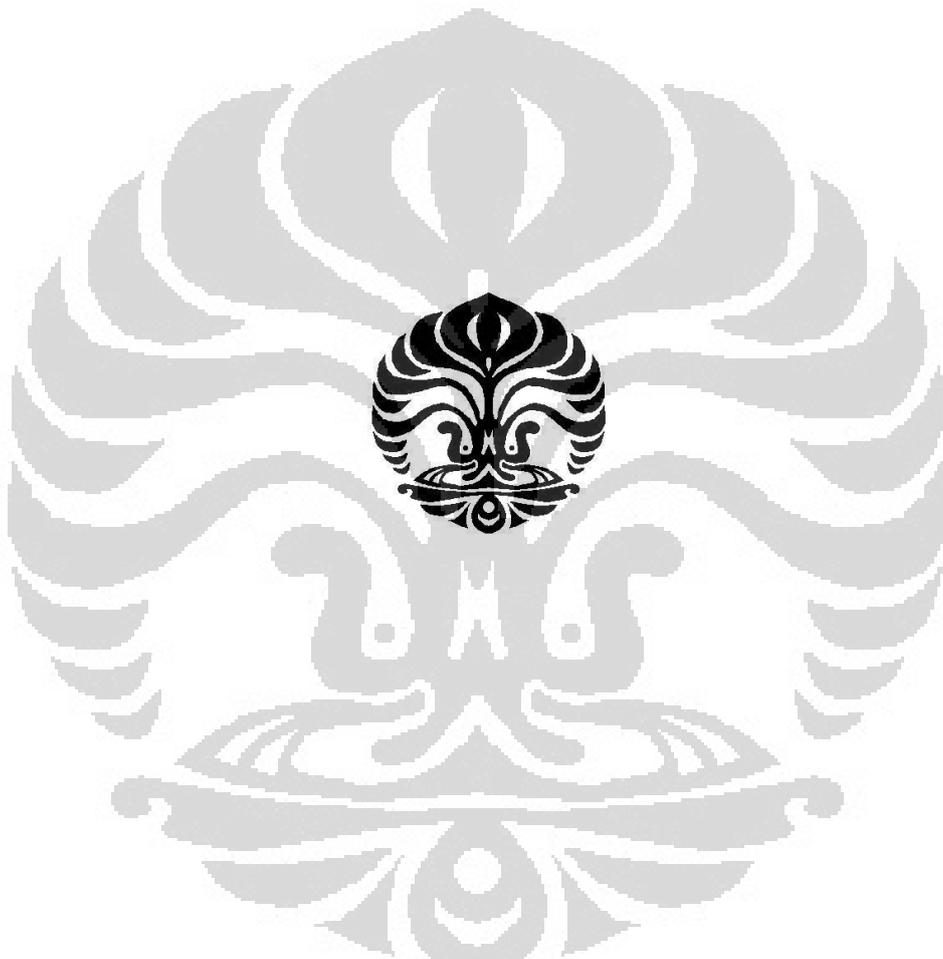
**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Total DC	60	48.00	118.00	89.4667	12.55154
Supportive	60	12.00	38.00	27.3333	4.88743
Delegated	60	6.00	16.00	10.5167	2.25111
Common	60	6.00	20.00	13.3167	3.27544
Negative	60	8.00	21.00	13.0833	3.15311
Total IC	60	36.00	76.00	53.1500	8.00175
<i>Emotion-focused</i>	60	23.00	45.00	31.2000	5.21016
<i>Problem-focused</i>	60	12.00	31.00	21.9500	3.65191
Total MS	60	93.00	181.00	145.1333	20.16497
Valid N (listwise)	60				

Lampiran 8. Alat ukur *individual coping, dyadic coping,*  
dan kepuasan pernikahan

## **KUOSIONER**

### **CMS**



**Fakultas Psikologi**

**Universitas Indonesia**

**Depok**

Selamat pagi/siang/sore/malam Bapak/Ibu yang saya hormati,

Saya adalah mahasiswi Fakultas Psikologi Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi dengan topik mengenai “*Coping* (bagaimana individu mengatasi situasi stres) dan pengalaman Anda bersama pasangan dalam hubungan pernikahan”. Untuk itu, saya memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi di dalam penelitian ini.

Bapak/Ibu akan diminta untuk menjawab pernyataan-pernyataan yang tersedia, sesuai dengan petunjuk pengerjaan yang akan dijelaskan selanjutnya. Kuosioner ini terdiri dari 3 bagian, yaitu bagian I, II, dan III. **Tidak ada jawaban yang benar atau salah dalam penelitian ini.** Oleh karena itu, Bapak/Ibu **hanya perlu menjawab dengan jujur, sesuai dengan keadaan diri masing-masing.**

Hasil dari kuosioner dan data pribadi Anda bersifat rahasia dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Bapak/Ibu diharapkan untuk menjawab dengan teliti dan jangan sampai ada pernyataan yang terlewat agar data dapat diolah.

Partisipasi dan bantuan Bapak/Ibu dalam penelitian ini amatlah penting dan berharga bagi saya. Terima kasih banyak telah bersedia meluangkan waktu dalam penelitian ini.

Hormat saya,  
Stefani Astri S.  
(0806462905)

**BAGIAN I**  
**PETUNJUK PENGISIAN**

Pada bagian ini, Anda akan diminta untuk memberikan tanda silang (x) pada pilihan jawaban yang **paling menggambarkan diri Anda ketika PERNAH/SEDANG menghadapi PENYAKIT KRONIS**. Pilihan jawaban yang tersedia adalah :

- Belum pernah : Jika Anda **belum pernah** melakukan hal ini
- Kadang-kadang : Jika Anda **kadang-kadang** melakukan hal ini
- Sering : Jika Anda **sering** melakukan hal ini
- Sangat sering : Jika Anda **sangat sering** melakukan hal ini

Pilihan jawaban paling kiri merupakan hal yang **belum pernah** Anda lakukan ketika menghadapi situasi stres. Semakin ke kanan, hal tersebut semakin **sering** Anda lakukan.

Untuk lebih memahami, berikut akan dijelaskan contoh pengerjaannya.

*%	*^!@)	&7\$!)	%9*!	\$0(!&	&@*(
1.	*7^Q&(@^#(\$_!(94*@))@	!!	!!!	!!	!!!!

&\*%&#!)#\*(\$\*(@@(!(@)&^%\$\* @!)~%#&\$(&\$(#@)#\$&\*!\*&~)

@&#^\$%!)(\*#\_+!&#=#)\_&@!&^#(#\_#!+&^#&\*()#)\_!&17495&&@!)UT(\*@I\*@&!)\*#)(^% @

Contoh item dari masing-masing jenis *individual coping* :

No.	Pernyataan	Belum pernah	Kadang-kadang	Sering	Sangat Sering
9	Saya dapat mengekspresikan perasaan negatif saya.				
7	Saya mengambil tindakan untuk mencoba membuat masalah ini menjadi lebih baik.				
19	Saya mengalihkan pikiran dari masalah ini dengan bekerja atau melakukan aktivitas lain.				
5	Saya mendapatkan hiburan dan pengertian dari orang lain.				
23	Saya mendapatkan bantuan dan saran dari orang lain.				
6	Saya 'angkat tangan' dalam upaya mengatasi masalah ini.				
17	Saya mencoba melihat masalah ini dari sudut pandang yang berbeda agar membuatnya tampak lebih positif				
25	Saya berusaha membuat strategi untuk dapat menyelesaikan masalah ini.				
18	Saya membuat lelucon mengenai masalah yang sedang saya hadapi ini.				

