



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA RESILIENSI DAN *COPING* PADA
REMAJA AKHIR YANG MEMILIKI ORANGTUA
PENDERITA PENYAKIT KRONIS**

*(The Relationship between Resilience and Coping in Late
Adolescence with Parental Chronic Illness)*

SKRIPSI

FLORENTYNIA PRADNYA PARAMITA

0806462634

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



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA RESILIENSI DAN *COPING* PADA
REMAJA AKHIR YANG MEMILIKI ORANGTUA
PENDERITA PENYAKIT KRONIS**

*(The Relationship between Resilience and Coping in Late
Adolescence with Parental Chronic Illness)*

SKRIPSI

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Sarjana

FLORENTYNIA PRADNYA PARAMITA

0806462634

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

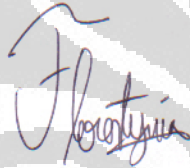
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri. Semua sumber baik yang dikutip maupun ditunjuk telah saya nyatakan dengan benar

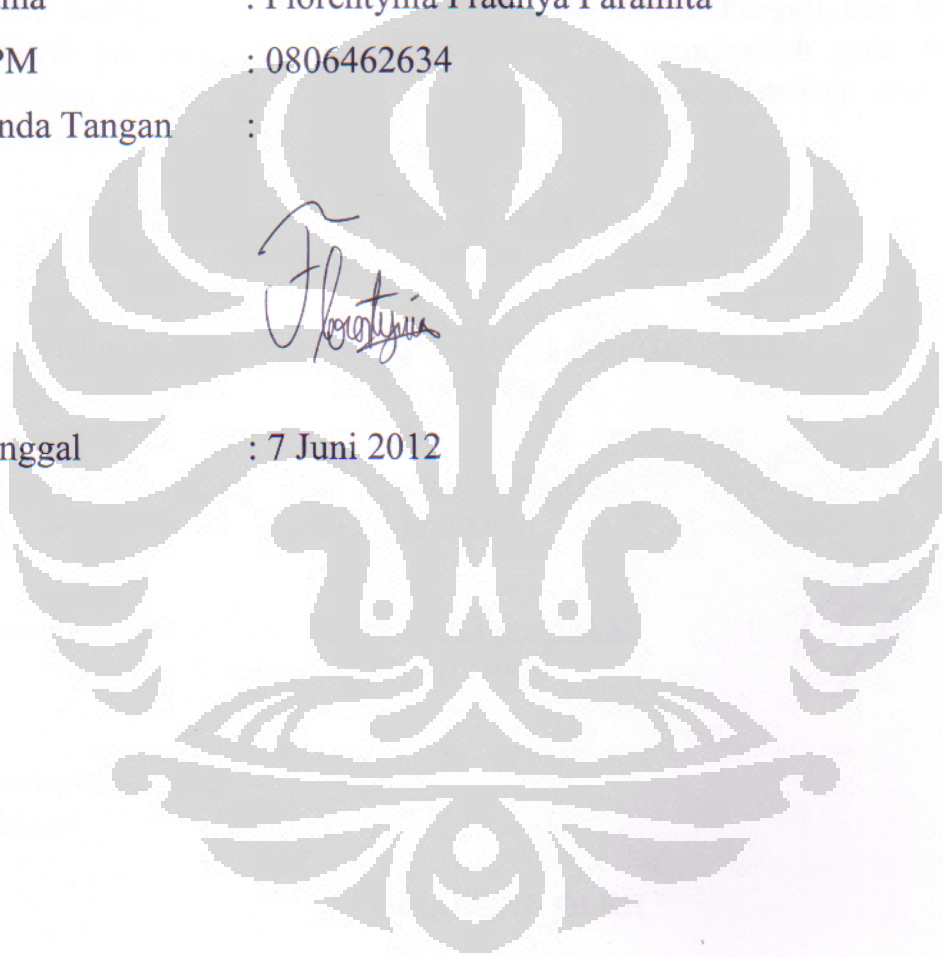
Nama : Florentynia Pradnya Paramita

NPM : 0806462634

Tanda Tangan :



Tanggal : 7 Juni 2012



HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Florentynia Pradnya Paramita
NPM : 0806462634
Program Studi : Psikologi
Judul Skripsi : Hubungan antara Resiliensi dan *Coping* pada Remaja Akhir yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Siti Dharmayati Utoyo Lubis, MA., Ph.D. (Anutms)
NIP. 195103271976032001

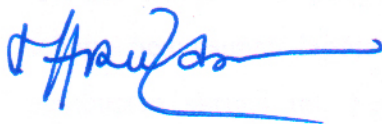
Penguji 1 : Dra. Sugiarti A. Musabiq, M.Kes. (Sugaw)
NIP. 196712231993122001

Penguji 2 : Dicky C. Pelupessy, S.Psi., M.D.S. (Dicky)
NIP. 197712282010121001

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 6 Juli 2012

DISAHKAN OLEH

Ketua Program Sarjana Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia



Prof. Dr. Frieda Maryam Mangunsong Siahaan, M.Ed.
NIP. 195408291980032001

Dekan Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia



(Dr. Wilman Dahlan Mansoer, M.Org.Psy.)
NIP. 194904031976031002

Universitas Indonesia

UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas bimbingan, kuasa, serta penyertaanNya kepada saya selama 4 tahun perkuliahan dan proses pembuatan skripsi ini. Enam bulan merupakan waktu yang dihabiskan dalam pembuatan skripsi ini dan bukanlah suatu proses yang mudah. Oleh karena itu, saya sangat menyadari bahwa tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, akan menjadi hal yang sangat sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini.

Terima kasih kepada keluarga saya tercinta, kedua orangtua saya, Rizal dan Christine Bachrun yang tidak pernah berhenti untuk terus mendorong, menyemangati, dan mendoakan saya selama proses pembuatan skripsi ini. Kakak saya satu-satunya, Ferdinand Narayana, yang juga terus meyakinkan saya dalam berjuang menghadapi segala kesulitan yang saya hadapi.

Terima kasih kepada Ibu Dra. Siti Dharmayati Utoyo Lubis, MA., Ph.D sebagai pembimbing skripsi saya yang bersedia untuk meluangkan waktu, tenaga, dan pikirannya untuk membimbing dan terus menyemangati saya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Terima kasih juga saya ucapkan kepada Prof. Dra. Frieda Maryam Mangunsong Siahaan, M.Ed sebagai pembimbing akademis saya yang telah memberikan arahan, bimbingan, serta masukan kepada saya selama empat tahun perkuliahan.

Teman-teman tersayang, Annisa Binarti, Indah Aprianti, Putu Pradnya, Luisa Larasati, Nendra Yelena, dan Tri Thifani Ramadita yang selalu ada bagi saya dalam setiap waktu, baik suka maupun duka dari awal perkuliahan hingga akhir. Terimakasih juga kepada kesebelas teman satu bimbingan skripsi yang tergabung dalam payung penelitian *Psychological well-being*.

Terima kasih kepada Steffi Hartanto, Luisa Larasati, Audya Medina, dan Ayuana Lestari atas pengalaman bersama kalian dalam segala suka dan duka selama penyusunan laporan KAUP serta dukungan kalian kepada saya dalam pembuatan skripsi ini. Seluruh teman-teman sepermainan: Lunardi, Herman, Putra, Jehan, Astri, Reyna, Monika, Sitha, Noe, Novie, Bianca, Dixie, khususnya Alita yang telah bersedia menyediakan jurnal-jurnal yang dibutuhkan untuk

penelitian ini, beserta seluruh teman PSIKOMPLIT 2008. Tidak lupa saya juga mengucapkan terima kasih kepada seluruh responden penelitian saya yang telah bersedia meluangkan waktu untuk mengisi kuesioner penelitian saya.

Terakhir, saya ucapkan terima kasih kepada setiap orang yang terlibat dalam pembuatan skripsi ini. Semoga skripsi ini bermanfaat bagi kita semua.

Depok, 6 Juni 2012

Florentynia Pradnya Paramita
(florentynia.pradnya@gmail.com)



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

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

Nama : Florentynia Pradnya Paramita
NPM : 0806462634
Program Studi : Reguler
Fakultas : Psikologi
Jenis Karya : Skripsi

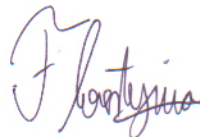
demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif** (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

“Hubungan antara Resiliensi dan *Coping* pada Remaja Akhir yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis”

berserta perangkat (jika ada). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, serta mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis atau pencipta dan juga sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 1 Juli 2012
Yang menyatakan



(Florentynia Pradnya Paramita)
NPM : 0806462634

ABSTRAK

Nama : Florentynia Pradnya Paramita
Program Studi : Psikologi
Judul : Hubungan antara Resiliensi dan *Coping* pada Remaja Akhir yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis

Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan antara resiliensi dan *coping* pada remaja akhir yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis. Responden penelitian ini sebanyak 42 orang remaja akhir berusia 18-22 tahun. Resiliensi responden diukur dengan alat ukur bernama *Resilience Scale-14* yang disusun oleh Wagnild dan Young (1993) dan telah diadaptasi ke dalam konteks Indonesia. *Coping* diukur dengan alat ukur *Brief COPE* yang disusun oleh Carver (1997) dan telah diadaptasi ke dalam konteks Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dan *coping* pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis.

Kata kunci: resiliensi, *coping*, remaja akhir yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis.

ABSTRACT

Name : Florentynia Pradnya Paramita
Program of Study : Psychology
Title : The Relationship between Resilience and Coping in Late Adolescence with Parental Chronic Illness

This research was conducted to find the correlation between resilience and coping stress in late adolescence with parental chronic illness. The participants of this research were 42 late adolescence in age 18 to 22 years old. Resilience was measured by using Resilience Scale-14 which was constructed by Wagnild and Young (1993) and had been adapted to Indonesian context. Coping was measured by using Brief COPE which was constructed by Carver (1997) and had been adapted to Indonesian context. The results of this research show that there were not significant correlation between resilience and coping stress in adolescence with parental chronic illness.

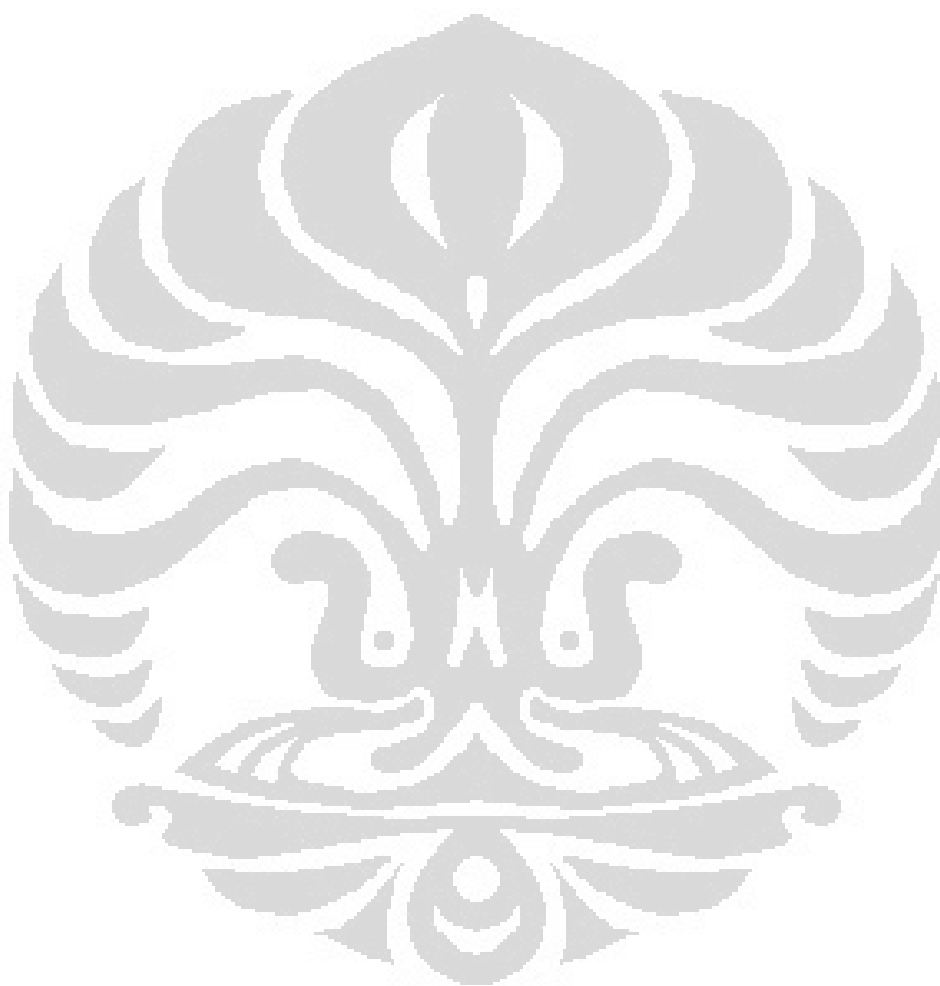
Keyword: Resilience, Coping, Late Adolescence with parental chronic illness

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
UCAPAN TERIMA KASIH	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah Penelitian	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5 Sistematika penulisan.....	6
BAB 2 LANDASAN TEORI	7
2.1 Penyakit Kronis.....	7
2.2 Remaja.....	8
2.2.1 Definisi dan Batasan Remaja.....	8
2.2.2 Perkembangan Psikososial Remaja	10
2.2.3 Remaja dan Keluarga	11
2.3 Resiliensi	12
2.3.1 Definisi Resiliensi	12
2.3.2 Karakteristik Resiliensi	13
2.4 <i>Coping</i>	15
2.4.1 Stres.....	15
2.4.2 Definisi <i>Coping</i>	16
2.4.3 Bentuk-bentuk <i>Coping</i>	17
2.5 Dinamika Hubungan Resiliensi dan <i>Coping</i>	18
BAB 3 METODE PENELITIAN.....	20
3.1 Masalah Penelitian	20
3.2 Hipotesis Penelitian.....	20
3.2.1 Hipotesis Alternatif (H_a).....	20
3.2.2 Hipotesis Nol (H_0)	20

3.3 Variabel Penelitian	21
3.3.1 Resiliensi	21
3.3.1.1 Definisi Konseptual.....	21
3.3.1.2 Definisi Operasional.....	21
3.3.2 <i>Coping</i>	21
3.3.2.1 Definisi Konseptual.....	21
3.3.2.2 Definisi Operasional.....	21
3.4 Tipe dan Desain Penelitian.....	21
3.5 Partisipan Penelitian	22
3.5.1 Karakteristik Sampel Penelitian.....	22
3.5.2 Teknik Pengambilan Sampel Penelitian.....	22
3.5.3 Jumlah Sampel	22
3.6 Instrumen Penelitian.....	23
3.6.1 Alat Ukur Resiliensi.....	23
3.6.1.1 Metode <i>Scoring</i> Alat Ukur Resiliensi	24
3.6.1.2 Uji Coba Alat Ukur Resiliensi	25
3.6.2 Alat Ukur <i>Coping</i>	26
3.6.2.1 Metode <i>Scoring</i> Alat Ukur <i>Coping</i>	26
3.6.2.2 Uji Coba Alat Ukur <i>Coping</i>	28
3.7 Prosedur Penelitian.....	30
3.7.1 Tahap Persiapan	30
3.7.2 Tahap Pelaksanaan	30
3.7.3 Tahap Pengolahan Data.....	31
3.8 Metode Pengolahan Data	31
BAB 4 ANALISIS DAN INTERPRETASI HASIL	33
4.1 Gambaran Umum Responden Penelitian	33
4.2 Gambaran Umum Hasil Penelitian.....	35
4.2.1 Gambaran Resiliensi Remaja Akhir yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis	36
4.2.2 Gambaran <i>Coping</i> Remaja Akhir yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis	37
4.2.3 Analisis Data Utama	38
4.3 Hasil dan Analisis Data Tambahan	38
4.3.1 Gambaran Resiliensi Berdasarkan Data Demografis Responden	39
4.3.2 Gambaran <i>Coping</i> Berdasarkan Data Demografis Responden.....	41
BAB 5 KESIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN	42
5.1 Kesimpulan.....	42
5.2 Diskusi.....	43
5.2.1 Diskusi Hasil Penelitian	43

5.2.2 Diskusi Metodologis	49
5.3 Saran.....	50
5.3.1 Saran Metodologis	50
5.3.2 Saran Praktis.....	50
DAFTAR PUSTAKA.....	52
LAMPIRAN.....	55



DAFTAR TABEL

Tabel 3.6.1.1	Susunan Komponen Alat Ukur <i>Resilience Scale-14</i>	24
Tabel 3.6.2.1	Skala pada Inventori <i>Brief COPE</i>	26
Tabel 3.6.2.2.1	Hasil <i>Expert Judgment</i> Item <i>Brief COPE</i>	29
Tabel 4.1.1	Gambaran Umum Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia	33
Tabel 4.1.2	Gambaran Umum Orangtua yang Sakit, Jenis Penyakit yang Diderita, dan Lama Orangtua Sakit	34
Tabel 4.2.1.1	Gambaran Umum Resiliensi Responden.....	36
Tabel 4.2.1.2	Persebaran Skor Resiliensi Responden	36
Tabel 4.2.2.1	Gambaran <i>Coping</i> Responden.....	37
Tabel 4.2.2.2	Persebaran Skor <i>Coping</i> Responden	37
Tabel 4.2.3.1	Hasil Perhitungan Korelasi antara Resiliensi dan <i>Coping</i> pada Remaja Akhir yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis	38
Tabel 4.3.1.1	Gambaran Resiliensi Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin Responden	39
Tabel 4.3.1.2	Gambaran Resiliensi Berdasarkan Orangtua yang Sakit, Jenis Penyakit yang Diderita Orangtua, dan Lama Orangtua Sakit.....	40
Tabel 4.3.2.1	Gambaran <i>Coping</i> Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin Responden	41

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN A (Hasil Uji Coba Alat Ukur Resiliensi dan Coping Stres).....	56
A.1 Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur <i>Resilience Scale-14</i>	56
A.1.1 Hasil Uji Reliabilitas.....	56
A.1.2 Hasil Uji Validitas.....	57
A.2 Uji Reliabilitas dan Validitas pada Uji Coba Pertama Alat Ukur <i>Brief COPE</i>	57
A.2.1 Hasil Uji Reliabilitas.....	57
A.2.2 Hasil Uji Validitas.....	57
A.3 Uji Reliabilitas dan Validitas pada Uji Coba Kedua Alat Ukur <i>Brief</i> <i>COPE</i>	58
A.3.1 Hasil Uji Reliabilitas.....	58
A.3.2 Hasil Uji Validitas.....	58
LAMPIRAN B (Hasil Utama Penelitian).....	60
B.1 Hasil Korelasi antara Resiliensi dan <i>Coping</i> pada Remaja Akhir yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis	60
B.2 Gambaran Umum Skor Resiliensi Remaja Akhir yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis.....	60
B.3 Gambaran Umum Skor <i>Coping</i> Remaja Akhir yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis.....	61
LAMPIRAN C (Hasil Tambahan Penelitian)	62
C.1 Gambaran Resiliensi Responden Berdasarkan Usia	62
C.2 Gambaran Resiliensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	62
C.3 Gambaran Resiliensi Responden Berdasarkan Orangtua yang Sakit	63
C.4 Gambaran Resiliensi Responden Berdasarkan Jenis Penyakit yang Diderita Orangtua	64
C.5 Gambaran Resiliensi Responden Berdasarkan Lama Orangtua Sakit	64
C.6 Gambaran <i>Coping</i> Responden Berdasarkan Usia.....	65
C.6.1 Gambaran <i>Problem-Focused Coping</i>	65
C.6.2 Gambaran <i>Emotion-Focused Coping</i>	66
C.7 Gambaran <i>Coping</i> Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	66
C.7.1 Gambaran <i>Problem-Focused Coping</i>	66
C.7.2 Gambaran <i>Emotion-Focused Coping</i>	67

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Akhir-akhir ini penyakit kronis mulai banyak dibicarakan oleh banyak orang (*Kompas, Rabu 27 April 2011*). World Health Organization (WHO) atau Organisasi Kesehatan Dunia menyebutkan bahwa penyakit kronis merupakan penyakit dengan durasi yang panjang dan pada umumnya memiliki progres yang lambat. WHO menyebutkan bahwa penyakit kronis seperti jantung, kanker, dan diabetes merupakan pembunuh utama di dunia saat ini. Dalam sebuah laporan dari *The Global Status* disebutkan bahwa penyakit tidak menular telah menyebabkan 36 juta kematian secara global pada tahun 2008 (*Kompas, Rabu 27 April 2011*). Dampak dari penyakit kronis yang diderita seseorang tidak hanya terjadi pada diri penderita tetapi juga berdampak pada orang lain, terutama keluarga. Berikut merupakan ilustrasi yang dapat menjelaskan kondisi tersebut.

Seorang remaja putri, N, berusia delapan belas tahun mempunyai ayah yang memasuki usia pensiun pada sebuah perusahaan terkemuka di kota X. N membuat pengakuan bahwa selama satu tahun terakhir ini ia sedang mengalami stres akibat perubahan sikap ayahnya di rumah. Enam bulan yang lalu ayah N telah divonis menderita penyakit jantung kronis dan telah menjalani operasi pemasangan *ring* pada beberapa pembuluh darah di jantungnya. Menurut cerita N, sejak menjalani operasi tersebut, ayahnya mulai mengalami perubahan sikap yang signifikan seperti mudah tersinggung, marah, sulit tidur, lebih pendiam, dan tidak mau ditinggal sendirian. N mengaku bahwa ia menjadi merasa serba salah akibat perubahan sikap ayahnya tersebut. Ia sering ingin mengajak ayahnya jalan-jalan ataupun makan jajanan pasar yang merupakan kegemaran ayahnya namun hal ini harus dibatalkan karena dokter tidak mengizinkan ayahnya melakukan kegiatan ini. N menjadi harus lebih sering di rumah untuk membantu ibunya dalam merawat dan menjaga ayahnya yang ternyata sering mengalami 'serangan' yang membuat kondisi tubuhnya lemah. Keadaan ini membuat N sulit untuk melakukan rutinitas sehari-harinya sebagai seorang mahasiswa di sebuah universitas ternama di kota Y.

Friedman (1998) mengatakan bahwa penyakit kronis yang serius memberikan dampak yang mendalam bagi keluarga. Ketika salah satu anggota keluarga divonis mengidap penyakit kronis, muncul perasaan terkejut, sedih, dan takut kehilangan pada anggota keluarga dari penderita. Lebih lanjut Stensland (1998, dalam Kelly, 2003) menyatakan bahwa penyakit kronis, salah satunya kanker, telah lama dikenal sebagai penyakit yang berdampak serius pada keluarga penderita. Keluarga tidak hanya mengalami dampak emosional dari diagnosis tersebut, namun juga terbebani tanggung jawab baru. Tanggung jawab baru inilah dijelaskan oleh Friedman (1998) sebagai tugas dalam memenuhi salah satu fungsi dasar keluarga. Menurut Friedman, perawatan kesehatan merupakan salah satu dari lima fungsi dasar keluarga. Dalam menjalankan fungsi tersebut, terdapat lima tugas kesehatan yang harus dilakukan oleh keluarga, yaitu mengenal gangguan masalah kesehatan setiap anggota keluarga, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga, memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat, dan mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

Galanti (2004, Gurung et al., 2004 dalam Gurung, 2006) mengatakan bahwa masyarakat kolektif melihat penyakit kronis salah seorang anggota keluarga sebagai masalah yang harus dihadapi bersama. Masyarakat Indonesia merupakan masyarakat kolektif sehingga sesuai dengan pernyataan Galanti di atas, keluarga di Indonesia memandang penyakit kronis salah satu anggota keluarga sebagai tanggungan seluruh anggota keluarga. Hal ini yang juga membuat keluarga di Indonesia sangat memperhatikan lima tugas kesehatan yang disebutkan oleh Friedman (1998).

Menjalankan kelima tugas ini bukanlah suatu hal yang mudah, terutama bagi keluarga dengan anggota yang menderita penyakit kronis. Tidak hanya kehidupan penderita, kehidupan anggota keluarga lain pun ikut berubah karena mereka dituntut untuk dapat menyesuaikan diri dengan perubahan kondisi kesehatan ini. Menurut Atwater (1983), perubahan kondisi kesehatan salah satu anggota keluarga merupakan hal penting yang dapat menyebabkan stres. Selain menjalankan tanggung jawab baru, anggota keluarga juga dituntut untuk dapat

menyesuaikan diri dengan stres yang dialami oleh penderita. Kondisi ini menimbulkan tekanan-tekanan bagi anggota keluarga seperti perasaan cemas, khawatir, kelelahan baik secara fisik maupun psikologis, kejenuhan, bingung, dan perasaan lainnya yang menimbulkan stres pada anggota keluarga penderita penyakit kronis tersebut.

Kebanyakan orang menganggap bahwa orangtua lebih mengalami stres akan penyakit kronis yang diderita salah satu anggota keluarga, namun sebenarnya anak juga dapat mengalami stres akibat dari penyakit kronis yang diderita orangtuanya. Perubahan kondisi kesehatan orangtua ini membuat anak menjadi khawatir akan kehilangan orangtua dan ketidakhadiran orangtua. Anak mulai dihadapkan dengan adanya tanggung jawab baru baginya dalam urusan rumah tangga keluarga yang mengharuskannya untuk mengubah rutinitasnya sehari-hari. Mereka juga mulai diliputi kekhawatiran mengenai masalah keuangan keluarga sebagai dampak penyakit kronis orangtua (Armistead, Klein, dan Forehand, 1995).

Remaja merupakan rentang usia anak yang lebih sering merasakan stres sebagai akibat dari penyakit yang diderita orangtuanya. Hollingsworth (1982) menyatakan bahwa remaja telah mampu berpikir dan bereaksi dengan pikiran orang dewasa termasuk juga terhadap penyakit serius yang diderita orangtua mereka. Pada usia ini, anak dianggap telah dapat mengetahui setiap konsekuensi dari segala peristiwa yang terjadi pada dirinya maupun keluarganya. Anak mulai mengalami perkembangan pesat pada dirinya baik secara fisik maupun psikologis (Papalia, Olds, dan Feldman, 2007). Individu, yang khususnya berada pada tahap remaja akhir, diharapkan agar mulai dapat memikirkan, menentukan pilihan, dan membuat keputusannya sendiri sebagai proses menuju dewasa (Steinberg, 2002). Mereka dituntut untuk dapat menyesuaikan diri dengan segala perubahan tersebut. Penyesuaian diri ini tidaklah mudah dan akan bertambah sulit ketika remaja harus dihadapkan pada kondisi perubahan kesehatan yang dialami oleh orangtuanya. Mereka memiliki peran dan tanggung jawab yang baru dalam keluarga, yakni ikut merawat dan mengurus orangtuanya serta menghadapi perubahan kondisi psikologis.

Individu yang hidup dengan orangtua yang menderita penyakit kronis lama-kelamaan harus mulai menghadapi dan menyesuaikan diri dengan stres yang ia alami. Segala macam bentuk tuntutan baik secara eksternal maupun internal membutuhkan respon yang adaptif dari individu. Bagaimana ketahanan atau kerentanan individu dalam menghadapi segala tuntutan tersebut merupakan kondisi yang dinamakan dengan resiliensi. Menurut Ahern (2008), resiliensi dilihat sebagai kualitas personal yang adaptif dan tahan terhadap stres yang mendorong individu untuk dapat berkembang meskipun berada dalam kesulitan. Hidup dalam kondisi harus melakukan tanggung jawab baru dalam keluarga, yaitu menjaga dan merawat orangtua serta menyesuaikan diri dengan segala perubahan sikap orangtua bukanlah suatu tuntutan hidup yang mudah. Oleh karenanya, dibutuhkan resiliensi yang baik seperti yang dijelaskan oleh Ahern (2008) pada remaja akhir yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis.

Resiliensi tidak hanya dilihat dari kemampuan individu untuk dapat beradaptasi dengan baik pada situasi sulit yang dialami, tetapi juga kemampuan individu untuk tetap mempertahankan kondisi fisik atau kesehatan dengan baik dan melakukan proses adaptasi dengan cara-cara yang tidak merusak atau maladaptif (Siebert, 2005). Dengan kata lain, individu yang resilien mampu mengatasi stres yang dialaminya dengan cara yang adaptif. Meskipun demikian, remaja merupakan masa ketika individu mengalami perkembangan dan perubahan dengan cepat sehingga berbeda halnya dengan orang dewasa, remaja mengalami dan menghadapi stres sesuai dengan tahap perkembangan mereka dan dengan cara yang berbeda-beda (Ahern, 2008). Kemampuan remaja dalam mengelola stres atau *coping* menjadi hal yang penting bagi kesehatan dan tingkah laku dari pengambilan keputusan yang berisiko (Compas, 1987). Bentuk penyesuaian diri yang dilakukan remaja dan perubahan kesehatan fisik atau mental serta bentuk *coping* yang dilakukan erat hubungannya dengan stres yang dialami remaja seperti menderita penyakit fisik, konflik keluarga, penyakit orangtua, tekanan pada pertemanan mereka, dan sebagainya.

Dari penelusuran terhadap penelitian-penelitian sebelumnya pada jurnal-jurnal maupun skripsi di Fakultas Psikologi UI, peneliti menemukan bahwa ternyata selama ini banyak penelitian yang lebih fokus kepada resiliensi dan

coping penderita penyakit kronis, perawat atau pengasuh (*caregiver*) dari penderita, ataupun orangtua yang memiliki anak penderita penyakit kronis. Belum banyak penelitian yang fokus kepada remaja dengan orangtua penderita penyakit kronis, khususnya di Indonesia. Selain itu, remaja dengan orangtua penderita penyakit kronis memiliki tingkat resiliensi berbeda dengan remaja pada umumnya dan *coping* terhadap stres yang mereka alami. Hal inilah yang membuat peneliti tertarik untuk melihat adakah hubungan antara resiliensi dengan *coping* terhadap s pada remaja akhir yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis. Gambaran tingkat resiliensi dan *coping* serta bagaimana hubungan di antara keduanya menjadi fokus penelitian ini.

1.2 Rumusan Masalah Penelitian

Masalah penelitian yang akan dibahas oleh peneliti apakah terdapat hubungan antara resiliensi dan *coping* stres pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran resiliensi dan *coping* stres serta hubungan di antara keduanya pada remaja dengan orangtua penderita penyakit kronis.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. memperkaya pengetahuan mengenai teori resiliensi dan *coping* stres pada remaja.
2. memperbaiki adaptasi alat ukur resiliensi dan *coping* stres sesuai dengan kondisi remaja di Indonesia.

1.4.2 Manfaat Praktis

Melalui penelitian ini diharapkan:

1. dapat memberikan gambaran tingkat resiliensi remaja Indonesia yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis dan tingkat *coping* stres remaja tersebut dalam menghadapi kondisi pada keluarganya.
2. dapat memberikan informasi bagi praktisi psikologi dalam memberikan konseling atau intervensi pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis di Indonesia.

I.5 Sistematika Penulisan

Penelitian ini terdiri dari lima bab. Setelah bab ini yang merupakan bab pendahuluan, terdapat bab 2 yang merupakan bab tinjauan pustaka. Dalam bab ini peneliti akan membahas teori-teori yang berkaitan dengan penyakit kronis, remaja, resiliensi, dan *coping*. Selanjutnya terdapat bab 3 yang merupakan bab metode penelitian. Pada bab ini peneliti akan menjelaskan masalah penelitian, hipotesis, variabel, tipe penelitian, partisipan, alat ukur, instrument, prosedur penelitian, dan metode analisis hasil. Bab 4 merupakan bab yang akan menjelaskan analisa dan intepretasi hasil penelitian. Pada bab terakhir, yakni bab 5, peneliti akan menjelaskan mengenai kesimpulan, diskusi, dan saran untuk penelitian selanjutnya.

BAB 2

LANDASAN TEORI

Peneliti membagi bab ini ke dalam empat bagian. Pada bagian pertama akan dijelaskan mengenai penyakit kronis beserta dampak-dampaknya bagi kehidupan keluarga penderita. Pada bagian kedua peneliti akan memaparkan teori mengenai remaja. Kemudian bagian ketiga berisi tinjauan teori mengenai resiliensi yang akan disambung pada bagian keempat, yakni tinjauan teori *coping* stres. Pada akhir bab ini peneliti akan menjelaskan dinamika hubungan antara resiliensi dan *coping* stres.

2.1 Penyakit Kronis

World Health Organization (WHO) atau Organisasi Kesehatan Dunia menyebutkan bahwa penyakit kronis merupakan penyakit dengan durasi yang panjang dan pada umumnya memiliki progres yang lambat. Dalam sebuah situs medis *MedicineNet.com*, Pusat Statistik Kesehatan Amerika Serikat (*the U.S National Center for Health Statistics*) mendefinisikan penyakit kronis sebagai suatu penyakit yang berlangsung terus-menerus selama minimal tiga bulan. Penyakit kronis pada umumnya tidak dapat dicegah dengan divaksinasi, disembuhkan oleh obat-obatan, atau sembuh begitu saja. Lebih lanjut, Pusat Statistik Kesehatan AS ini menyebutkan bahwa pola hidup yang tidak sehat, khususnya penggunaan zat-zat mengandung tembakau, kurangnya aktivitas fisik, kebiasaan makanan yang tidak baik, adalah faktor-faktor utama penyebab penyakit kronis. WHO menyebutkan bahwa penyakit kronis seperti jantung, stroke, kanker, gangguan pernapasan, diabetes, dan ginjal merupakan salah satu penyebab utama kematian di dunia. Lebih dari 65% kematian terjadi karena penyakit kronis ini.

Anderson, Anderson, dan Glanze (1998) menyebutkan bahwa penyakit kronis dapat diartikan sebagai gangguan atau penyakit apapun yang bertahan pada periode waktu yang panjang dan berdampak pada fungsi fisik, emosional, intelektual, sosial, ataupun spiritual. Tidak hanya penderita, anggota keluarga dari penderita juga merasakan dampak yang mendalam dari penyakit kronis. Ketika

penyakit kronis diderita oleh orangtua, baik anak maupun orangtua berperan dalam membangun makna dari kehadiran penyakit tersebut dalam keluarga serta menentukan persepsi yang mengubah kondisi dan pemikiran keluarga (Rehm dan Catanzaro, 1998). Kelly (2003) mengatakan bahwa ketika salah satu anggota keluarga divonis mengidap penyakit kronis, muncul perasaan terkejut, sedih, dan takut kehilangan pada anggota keluarga dari penderita. Siapapun yang mengurus atau merawat orang yang menderita penyakit kronis menghadapi banyak tuntutan yang menguji emosi, fisik, serta mental mereka. Pada sejumlah keluarga, tuntutan keuangan menjadi masalah utama dalam merawat anggota keluarga yang sakit kronis yang harus dihadapi dengan keterbatasan kemampuan yang dimiliki. Situasi ini yang seringkali mengarahkan pada reaksi fisik dan emosional yang kompleks atau yang biasa disebut dengan stres (Llewelyn dan Payne, 1995).

Anak sebagai bagian dari keluarga juga merasakan dampak besar dari perubahan kondisi kesehatan keluarga, terutama orangtuanya. Anak mulai merasakan adanya tanggung jawab baru baginya dalam urusan rumah tangga keluarga yang mengharuskannya mengubah rutinitasnya sehari-hari. Pada anak usia tertentu, terutama mereka yang sudah memasuki tahap remaja, mulai diliputi kekhawatiran mengenai masalah keuangan keluarga sebagai dampak penyakit kronis orangtua (Armistead, Klein, dan Forehand, 1995). Hollingsworth (1982) menambahkan bahwa remaja telah mampu berpikir dan bereaksi dengan pikiran orang dewasa termasuk juga terhadap penyakit serius yang diderita orangtua mereka. Pada usia ini anak dianggap telah dapat mengetahui setiap konsekuensi dari segala peristiwa yang terjadi pada dirinya maupun keluarganya. Agar dapat lebih memahami karakteristik individu yang dikelompokkan sebagai remaja, berikut ini merupakan pembahasan mengenai remaja.

2.2. Remaja

2.2.1 Definisi dan Batasan Remaja

Asal kata "*adolescence*" atau remaja berasal dari bahasa Latin, "*adolescere*" yang berarti bertumbuh menjadi dewasa. Secara umum remaja dapat diartikan sebagai masa transisi perkembangan individu dari anak-anak menuju dewasa. Banyak tokoh yang menggarisbawahi bahwa faktor sosial adalah faktor

yang paling berperan pada masa transisi ini. Oleh karenanya terdapat berbagai definisi dan batasan remaja dengan dasar pertimbangannya masing-masing.

Steinberg (2002) mendefinisikan remaja sebagai “*a time of growing up, of moving from the immaturity of childhood into the maturity of adulthood.*” (hal.3). Dengan kata lain remaja dapat diartikan sebagai periode pertumbuhan yang bergerak dari ketidakmatangan pada usia anak-anak menuju kematangan seorang dewasa. Remaja dibagi ke dalam tiga rentang usia, yakni remaja awal (10-13 tahun), remaja pertengahan (mulai pada usia 14 tahun hingga 17 tahun), dan remaja akhir (atau yang biasa disebut dengan kaum muda, dimulai pada usia 18 tahun hingga 22 tahun) (Kagan & Coles, 1972; Keniston, 1970; Lipsitz, 1977 dalam Steinberg, 2002).

Steinberg (2002) menambahkan bahwa remaja merupakan periode transisi biologis, psikologis, sosial, dan ekonomi. Pada masa ini, individu mulai diharapkan agar dapat menentukan pilihan dan membuat keputusannya sendiri. Ketika mencapai usia remaja akhir, pada beberapa negara individu telah diperbolehkan untuk bekerja, menikah, mempunyai anak, dan membuat penghasilan mereka sendiri secara finansial.

Berbeda halnya dengan Steinberg, Papalia, Olds, dan Feldman (2007) mendefinisikan remaja sebagai berikut “*...a developmental transition that lasts from about age 10 or 11 or even earlier until the late teens or early twenties and entails major, interrelated physical, cognitive, and psychosocial changes.*” (hal.397). Dengan kata lain menurut Papalia, Olds, dan Feldman, remaja merupakan transisi perkembangan yang dimulai dari usia 10 atau 11 tahun hingga usia akhir belasan atau awal dua puluhan yang mencakup tiga perubahan pada individu, yakni fisik, kognitif, dan psikososial.

Lebih lanjut, Papalia, Olds, dan Feldman memaparkan bahwa beberapa peneliti merumuskan sebuah ide dalam memberikan batasan baru untuk usia transisi dari usia remaja menuju dewasa muda. Batasan usia yang disebut sebagai *emergent adulthood* ini dicetuskan karena menurut beberapa peneliti, pada negara maju dan beberapa negara berkembang, dalam memasuki tahap kedewasaan diperlukan proses yang cukup lama. Indikator internal yang menandai awalnya tahap kedewasaan adalah adanya rasa otonomi, kontrol diri, dan tanggung jawab

personal yang lebih merupakan pola berpikir dibandingkan dengan peristiwa-peristiwa tertentu (Shanahan, Porfeli, & Mortimer, 2005 dalam Papalia, 2007). Dengan demikian *emerging adulthood* didefinisikan sebagai periode ketika individu tidak lagi berada pada tahap remaja namun ia belum sepenuhnya menjadi seorang dewasa (Arnett, 2000, 2004; Furstenberg et al., 2005, dalam Papalia, 2007). Masa ini ditandai dengan aktivitas seperti kuliah, bekerja paruh waktu atau penuh, mulai meninggalkan rumah, menikah dan mempunyai anak.

Penelitian ini lebih fokus pada karakteristik subjek yang termasuk ke dalam usia remaja akhir. Berdasarkan penjelasan oleh Steinberg (2007) di atas, individu yang termasuk ke kategori remaja akhir adalah yang berusia 18-22 tahun. Menurut Steinberg (2007), individu pada tahap remaja akhir telah diperbolehkan untuk bekerja dan siap untuk meninggalkan rumah untuk berkeluarga. Masyarakat Indonesia menganggap individu pada usia ini masih berada pada tanggungan orangtua dan belum mempunyai hak-hak penuh sebagai seorang dewasa (Sarwono, 2006). Dengan kata lain, remaja akhir di Indonesia diharapkan oleh orangtua dan masyarakat untuk dapat menentukan pilihan dan keputusannya sendiri, namun juga belum sepenuhnya mempunyai hak sebagai orang dewasa karena masih berada pada tanggungan orangtua.

2.2.2 Perkembangan Psikososial Remaja

Steinberg (2002), menyebutkan bahwa terdapat lima isu perkembangan psikososial terpenting selama masa remaja, yakni *identity*, *autonomy*, *intimacy*, *sexuality*, dan *achievement*. Berikut merupakan penjabaran kelima isu tersebut:

- *Identity*. Pada remaja, terjadi berbagai macam perubahan penting yang terjadi pada identitas dirinya (Harter, 1987, dalam Steinberg, 2002). Remaja mulai mempertanyakan siapa sebenarnya dirinya dan apa tujuan hidupnya (Erikson, 1968 dalam Steinberg, 2002). Pencarian remaja mengenai identitas dirinya tidak hanya untuk dirinya secara personal, namun juga untuk diakui oleh orang lain, terutama diakui oleh komunitas remaja tersebut.
- *Autonomy*. Remaja berusaha untuk membangun kemandirian pada dirinya sendiri sesuai dengan sudut pandang mereka dan apa yang dipikirkan

orang lain terhadapnya. Proses ini jelas sulit dan membutuhkan waktu yang lama, tidak hanya bagi remaja, namun juga bagi orang-orang di sekitarnya. Remaja mulai lebih mandiri dari orangtua mereka secara emosional, mulai dapat menentukan keputusannya sendiri, dan mulai membangun nilai-nilai dan moral personal (Douan & Adelson, 1966; Steinberg, 1990 dalam Steinberg, 2002).

- *Intimacy*. Selama individu pada tahap remaja, perubahan penting terjadi pada kemampuan individu dalam menjadlin hubungan dekat dengan orang lain, terutama pada kelompoknya. Selain hubungan pertemanan yang melibatkan keterbukaan, kepercayaan, dan kesetiaan (Berndt, 1996 dalam Steinberg, 2002), remaja juga akan mengalami peningkatan dalam hubungan dengan lawan jenis yang melibatkan rasa kasih sayang dan kepercayaan (Furman, Brown, & Feiring, 1999 dalam Steinberg, 2002).
- *Sexuality*. Pada umumnya aktivitas seksual dimulai pada tahap remaja. Aktivitas ini penting karena sangat berperan pada hubungan remaja dengan kelompoknya dan dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan yang timbul pada diri remaja.
- *Achievement*. Beberapa keputusan penting yang dibuat semasa remaja memiliki konsekuensi pada sekolah dan karirnya. Keputusan-keputusan ini bergantung pada pencapaian remaja di sekolah, evaluasi terhadap kemampuan diri sendiri, dan harapan mereka mengenai masa depan yang didukung oleh saran dan arahan dari keluarga serta teman-temannya (Eccles, Wigfield, & Schiefele, 1997 dalam Steinberg, 2002).

2.2.3 Remaja dan Keluarga

Remaja seringkali diasosiasikan sebagai periode perkembangan anak yang mengalami banyak konflik dengan keluarga, namun remaja merupakan periode perubahan dan perkembangan pada hubungan serta interaksi di dalam keluarga. Pada periode ini remaja justru lebih banyak menghabiskan waktu di luar rumah sehingga melewatkan banyak aktivitas bersama keluarga (Larson, Richard, Moneta, Holmbeck, & Duckett, 1996 dalam Steinberg, 2002).

Pembahasan mengenai hubungan remaja dengan keluarga seringkali fokus pada konflik di antara keduanya. Steinberg (2002) mengatakan bahwa meskipun banyak stereotip mengenai stres dan konflik pada keluarga dari remaja, beberapa studi mengindikasikan bahwa ada jarak emosional yang sangat pendek antara anak muda dan orangtua mereka. Meskipun beberapa remaja memiliki masalah hubungan yang serius dengan orangtua mereka, sebagian besar remaja justru merasa dekat dengan orangtua mereka, menghormati pemikiran orangtua, dan merasakan kasih sayang dari orangtua mereka. Namun demikian, remaja lebih banyak dipengaruhi oleh teman-teman mereka daripada orangtua mereka. Remaja lebih banyak menghabiskan waktu bersama teman-teman di luar rumah sehingga banyak terjadi perbedaan pendapat antara orangtua dan remaja. Orangtua biasanya melihat suatu isu sebagai sesuatu yang benar atau salah, sedangkan remaja lebih banyak melihat isu sebagai suatu pilihan personal mereka.

Hubungan dalam sebuah keluarga dapat berubah ketika terjadi perubahan kondisi pada salah satu anggota keluarga karena kondisi keluarga yang sebelumnya berada pada posisi *equilibrium* menjadi *disequilibrium* (Steinberg, 2002). Salah satu perubahan yang dapat mengubah hubungan remaja dan keluarga ke posisi *equilibrium* adalah kondisi kesehatan orangtua. Kondisi ini merupakan masalah yang menimbulkan stres pada remaja selain masalah lain lainnya, seperti perpindahan sekolah, konflik keluarga, konflik pertemanan, dan sebagainya (Kompas, 1987).

2.3 Resiliensi

2.3.1 Definisi Resiliensi

Sebagai suatu konstruk psikoanalitik, resiliensi didefinisikan oleh Block dan Block (1980, dalam Wagnild & Young, 1993) sebagai “...*the dynamic capacity of an individual to modify his/her modal level of ego-control, in either direction, as a function of the demand characteristics of the environmental context*” (hal.166). Block menjelaskan konstruk ini dengan menyebutnya “*ego-resilience*” yang terentang pada suatu kontinum. Pada salah satu ujung kontinum terdapat karakteristik fleksibel, memiliki berbagai sumber daya dan strategi pemecahan masalah yang beragam sedangkan pada ujung kontinum yang

berlawanan terdapat karakteristik “*ego-brittleness*” atau kerapuhan yang menunjukkan kurangnya fleksibilitas dalam menghadapi berbagai situasi yang sulit. Resiliensi mempunyai arti sebagai stamina emosional dan digunakan untuk menjelaskan orang yang menunjukkan keberanian dan kemampuan beradaptasi pada situasi hidup yang sulit (Wagnild & Young, 1990).

Rutter (1987 dalam Wagnild & Young, 1993) mendefinisikan resiliensi sebagai faktor penyangga yang melindungi individu dari gangguan psikotik. Siebert (2005) menguraikan definisi resiliensi lebih spesifik sebagai

“...being able to bounce back from life development that many feel totally overwhelming at first. When resilient people have their lives disrupted they handle their feelings in healthy ways. They allow themselves to feel grief, anger, loss, and confusion when hurt and distressed, but they don't let it become a permanent feeling state. An unexpected outcome is that they not only heal, they often bounce back stronger than before.” (Siebert, 2005, hal.5)

Menurut Siebert individu yang resilien biasanya menghadapi sebagian besar masalah atau situasi yang sulit dengan mudah dibandingkan individu yang lain. Individu yang resilien berpikir bahwa situasi yang sulit dapat ditangani dengan caranya sendiri yang berbeda dengan orang lain namun berdampak positif bagi dirinya sendiri. Perjuangan individu yang resilien dalam menghadapi kesulitan membantunya dalam mengembangkan kekuatan yang ia miliki.

2.3.2 Karakteristik Resiliensi

Wagnild dan Young (1993) menyebutkan ada lima karakteristik resiliensi:

1. *Perseverance*, yaitu suatu sikap individu yang tetap bertahan dalam menghadapi suatu situasi sulit. *Perseverance* juga dapat berarti keinginan seseorang untuk terus berjuang dalam mengembalikan kondisi seperti semula. Dalam karakteristik *perseverance* ini dibutuhkan kedisiplinan pada diri individu ketika berjuang menghadapi situasi yang sulit dan kurang menguntungkan baginya.
2. *Equanimity*, yaitu suatu perspektif yang dimiliki oleh individu mengenai hidup dan pengalaman-pengalaman yang dialaminya semasa hidup yang dianggap merugikan. Namun demikian individu harus mampu untuk melihat dari sudut pandang yang lain sehingga ia dapat melihat hal-hal

Universitas Indonesia

yang lebih positif daripada hal-hal negatif dari situasi sulit yang sedang dialami. *Equanimity* juga menyangkut karakteristik humor. Oleh karena itu individu yang resilien dapat menertawakan situasi apa pun yang sedang dihadapi, melihat situasi tersebut dari hal yang positif, dan tidak terjebak pada hal-hal negatif yang terdapat di dalamnya.

3. *Meaningfulness*, merupakan kesadaran individu bahwa hidupnya memiliki tujuan dan diperlukan usaha untuk mencapai tujuan tersebut. Wagnild (2010) menyebutkan bahwa karakteristik ini merupakan karakteristik resiliensi yang paling penting dan menjadi dasar dari keempat karakteristik yang lain, karena menurutnya hidup tanpa tujuan sama dengan sia-sia karena tidak memiliki arah atau tujuan yang jelas. Tujuan mendorong individu untuk melakukan sesuatu dalam hidup tak terkecuali ketika ia mengalami kesulitan, tujuanlah yang membuat individu terus berjuang menghadapi kesulitan tersebut.
4. *Self-Reliance*, yakni keyakinan pada diri sendiri dengan memahami kemampuan dan batasan yang dimiliki oleh diri sendiri. Individu yang resilien sadar akan kekuatan yang ia miliki dan mempergunakannya dengan benar sehingga dapat menuntun setiap tindakan yang ia lakukan. Karakteristik ini didapat dari berbagai pengalaman hidup yang dialami sehari-hari dan dapat meningkatkan keyakinan individu akan kemampuan dirinya sendiri. Individu yang resilien mampu belajar dari pengalaman hidup yang didapatkannya setiap hari dan mampu mengembangkan berbagai pemecahan masalah yang dihadapinya.
5. *Existential aloneness*, yaitu kesadaran bahwa setiap individu unik dan beberapa pengalaman dapat dihadapi bersama namun ada juga yang harus dihadapi sendiri. Individu yang resilien belajar untuk hidup dengan keberdayaan dirinya sendiri. Individu tidak terus-menerus mengandalkan orang lain, dengan kata lain mandiri dalam menghadapi situasi sulit apapun sehingga individu menjadi lebih menghargai kemampuan yang dimilikinya. Karakteristik *existential aloneness* bukan berarti tidak menghiraukan pentingnya berbagi pengalaman dan merendahkan orang lain, melainkan menerima diri sendiri apa adanya.

2.4 Coping

Sebelum membahas *coping* peneliti akan terlebih dahulu membahas stres yang menjadi dasar dari pembahasan *coping*.

2.4.1 Stres

Stres seringkali dianggap sebagai keadaan dimana individu merasa tertekan untuk memenuhi tuntutan dari lingkungan di sekitarnya. Tiap individu merespon tekanan yang sama dengan cara yang berbeda-beda, hal ini menunjukkan bahwa pengalaman tiap individu terhadap stres bergantung pada reaksinya terhadap tekanan dari luar ini. Atwater (1983) mengatakan bahwa stres dapat diartikan sebagai tiap faktor eksternal maupun internal yang menuntut respon adaptif dari tiap individu. Stres merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari kehidupan tiap individu yang artinya pada dasarnya setiap saat individu mengalami stres, bahkan ketika sedang tidur. Satu-satunya keadaan yang membebaskan individu dari stres adalah kematian.

Stres juga seringkali dikaitkan dengan kecemasan, konflik, frustrasi, gangguan emosional, trauma, dan sebagainya (Cofer dan Appley, 1964 dalam Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus (1966 dalam Lazarus & Folkman, 1984) mengindikasikan suatu konsep yang sistematis untuk memahami fenomena dalam lingkup yang luas mengenai pentingnya adaptasi manusia dan juga hewan. Lazarus berusaha untuk menjelaskan konsep stres psikologis dengan menghubungkannya pada stimulus dan respon hingga pada akhirnya ia mendefinisikan stres sebagai berikut, "*Psychological stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being*" (hal.19). Definisi ini menekankan pada hubungan antara individu dengan lingkungan yang memperhitungkan karakteristik individu serta peristiwa-peristiwa tertentu yang terjadi di sekitarnya.

Bernard (1968 dalam Atwater, 1983) membedakan dua efek stres pada manusia, yakni *distres* dan *eustres*. *Distres* merupakan efek yang membahayakan bagi individu seperti tuntutan yang tidak menyenangkan yang menghabiskan energi dan membuat individu rentan terhadap penyakit. *Eustres* merupakan bentuk efek stres yang berbeda, yang dapat memberikan keuntungan dari stres. Sebagian

besar orang yang mengalami stres biasanya lebih rentan terhadap penyakit. Ada berbagai macam kejadian setiap hari dalam hidup yang menyebabkan stres seperti pernikahan, pekerjaan, hubungan interpersonal, dan sebagainya. Holmes dan Rahe (1967 dalam Atwater, 1983) membuat sebuah alat ukur bernama *Social-Readjustment Rating Scale* yang menunjukkan rata-rata penilaian pada berbagai macam kejadian dalam hidup yang dapat menyebabkan stres dimana perubahan kondisi kesehatan salah satu anggota keluarga berada pada urutan kesebelas pada skala rating tersebut.

Berdasarkan Selye's General Adaptation Syndrome (1974 dalam Atwater, 1983), reaksi individu dalam keadaan stres merujuk pada tiga tahap progresif, yakni tahap reaksi alarm, tahap bertahan, dan yang terakhir merupakan tahap kelelahan. Tahap alarm merupakan tahap awal darurat yang merespon stres. Pada tahap ini terjadi perubahan pada kondisi tubuh yang mempunyai gejala-gejala yang hampir sama sesuai dengan tipe *stressor*. Pada umumnya individu yang mengalami stres akan mengalami perubahan kondisi tubuh seperti demam, sakit kepala, nyeri pada otot, hilang nafsu makan, dan perasaan lelah. Ketika stres yang dialami mulai serius, individu akan merasa lebih cepat lelah dan kesulitan tidur. Individu mulai menuju tahap bertahan ketika tubuh sudah dapat beradaptasi dengan stres yang dialami. Tubuh mulai dapat bertahan dengan tekanan yang ada dan mulai mencapai tingkat normal untuk mengatasi stres yang berkelanjutan. Individu dapat mencapai tahap kelelahan apabila stres yang dialaminya terus berlanjut. Pertahanan tubuh mulai runtuh, energi untuk beradaptasi mulai berkurang, dan tanda-tanda fisik pada reaksi alarm mulai muncul kembali. Apabila kondisi ini tidak segera ditangani, individu cenderung untuk menunjukkan tingkah laku apatis.

2.4.2 Definisi *Coping*

Suatu tindakan dalam menghadapi stres biasa disebut dengan *coping*. Lazarus dan Folkman (1984) mendefinisikan *coping* sebagai berikut, "...*constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.*" (hal.141). Dengan kata lain *coping* adalah usaha individu baik secara

kognitif maupun tingkah laku dalam mengelola tuntutan internal maupun eksternal yang dinilai melebihi kapasitas kemampuan individu. *Coping* merupakan pencarian cara untuk memperkecil dampak dari tekanan-tekanan yang dialami oleh individu.

2.4.3 Bentuk-bentuk *Coping*

Lazarus dan Folkman (1984) membagi *coping* ke dalam dua jenis, yakni *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. Pada *problem-focused coping* atau *instrumental coping*, individu berusaha untuk menangani stres dengan mengubah hubungan antara diri sendiri dengan lingkungannya. Misalnya ketika individu berusaha untuk merawat salah satu anggota keluarganya yang sakit kronis, individu tersebut akan mencari informasi dari dokter, membaca sumber-sumber yang berhubungan dengan penyakit tersebut, ataupun mendatangi seminar mengenai penyakit tersebut. Semua usaha ini dapat membantu individu dalam mengurangi tekanan dari kondisi merawat anggota keluarga yang sakit.

Problem-focused coping memang terlihat lebih rasional untuk dilakukan, namun stres lebih sering menimbulkan reaksi dan konflik emosional. *Coping* juga harus dapat mengurangi sakit secara emosional dan *distres*. Folkman dan Lazarus menyebut hal ini sebagai *emotion-focused coping*. Melalui *coping* ini individu berusaha untuk mengurangi konflik emosional yang terjadi sebagai akibat dari stres yang dialaminya. Seperti misalnya anak yang mengalami masalah di sekolah memilih untuk bersenang-senang dengan teman-temannya. Kedua jenis *coping* ini sebenarnya saling berhubungan satu sama dengan yang lain. Meskipun telah melakukan *problem-focused coping*, individu juga harus tetap mengatasi konflik emosional yang dialaminya sebagai dampak dari stres.

Lazarus menganalisis konsep dari stres dan *coping* (Lazarus dan Folkman, 1984). Ia menjelaskan bahwa ada tiga proses dalam stres, yakni *primary appraisal*, *secondary appraisal*, dan *coping*. *Primary appraisal* merupakan proses dimana individu memahami ancaman yang datang kepada dirinya. *Secondary appraisal* merupakan proses ketika individu mulai memasukkan potensial respon terhadap ancaman tersebut ke dalam pikiran sedangkan *coping* merupakan proses mengeksekusi respon tersebut. Sebenarnya ketiga proses ini lebih mudah

dijelaskan sebagai suatu urutan yang linear, Lazarus menekankan bahwa ketiga proses ini tidak dapat muncul secara terpisah. Hasil dari satu proses akan bersangkutan dengan proses sebelumnya. Respon *coping* yang sesuai dapat membuat individu merasakan suatu ancaman sebagai hal yang tidak terlalu berbahaya bagi dirinya. Apabila respon *coping* kurang efektif, individu akan kembali merasakan ancaman sebelumnya atau mulai mencari strategi *coping* lain yang dianggap lebih sesuai.

Pada remaja, kemampuannya dalam mengelola stres menjadi hal yang penting bagi kesehatan dan tingkah laku dari pengambilan risiko (Compas, 1987). Bentuk penyesuaian diri seperti mengkonsumsi minuman beralkohol dan perubahan kesehatan fisik atau mental serta bentuk *coping* yang digunakan erat hubungannya dengan stres yang dialami remaja seperti penyakit pribadi, konflik keluarga, penyakit orangtua, tekanan pada pertemanan mereka, dan sebagainya.

2.5 Dinamika Hubungan Resiliensi dan *Coping* Stres

Pada subbab ini peneliti akan menjabarkan mengenai dinamika hubungan antara resiliensi dan *coping*. Telah dijelaskan pada subbab sebelumnya, bahwa Siebert (2005) mendefinisikan resiliensi sebagai kemampuan individu untuk dapat bangkit kembali dalam menghadapi situasi yang dirasakan sulit. Situasi yang sulit ini berkaitan dengan penjelasan Folkman dan Lazarus (1984) mengenai stres, yakni hubungan antara individu dengan lingkungan yang menuntut karakteristik dan kemampuan individu untuk dapat menyeimbangkan hubungan tersebut. Menurut Siebert, individu yang memiliki resiliensi yang tinggi tidak membutuhkan orang lain untuk membantunya dalam menghadapi situasi atau yang disebut oleh Lazarus sebagai stres. Oleh karena itu individu yang resilien akan mampu melewati tiga proses dalam stres, yakni *primary*, *secondary*, dan *coping* dengan baik.

Penyakit kronis merupakan penyakit yang berlangsung terus-menerus selama tiga bulan atau lebih dan sulit untuk disembuhkan. Hal inilah yang menyebabkan hidup dengan orangtua penderita penyakit kronis bukanlah hal yang mudah dan seperti yang telah disebutkan oleh Friedman (1998) bahwa penyakit kronis memberikan dampak yang mendalam bagi keluarga penderita. Anak pada

usia remaja akhir lebih merasakan stres karena penyakit kronis orangtuanya, sebab menurut Steinberg (2002), pada usia tersebut individu dituntut untuk dapat lebih mandiri dan menentukan pilihannya sendiri layaknya seorang dewasa. Hal ini tentu saja merupakan situasi yang dirasakan sulit, ditambah lagi individu mendapat tanggung jawab baru dalam keluarga, yakni ikut menjaga dan merawat orangtuanya yang menderita penyakit kronis. Oleh karena itu dibutuhkan kemampuan individu untuk tetap bertahan dalam menghadapi situasi yang sulit seperti yang telah dijelaskan oleh Siebert (2005) sebagai resiliensi yang tinggi.

Coping menurut Lazarus dan Folkman (1984) merupakan usaha individu baik secara kognitif maupun tingkah laku dalam mengurangi tuntutan internal maupun eksternal yang dinilai melebihi kapasitas individu tersebut. Bila dihubungkan dengan konsep resiliensi menurut Siebert (2005), maka *coping* merupakan proses individu ‘bangkit kembali’ dalam menghadapi situasi yang sulit. Dengan kata lain, *coping* merupakan bagian dari resiliensi individu dalam mencapai tujuan yang diinginkan, yaitu menghadapi situasi sulit atau dapat disebut juga sebagai stres.

Lazarus dan Folkman (1984) menjelaskan bahwa *coping* itu sendiri memiliki dua bentuk, yakni *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. Dalam penelitiannya, Lazarus dan Folkman menyebutkan bahwa hampir dapat dipastikan bahwa tiap orang menggunakan dua bentuk *coping* tersebut dalam menghadapi stres yang dialami. Hal ini dijelaskan dengan hubungan antara kedua bentuk *coping* tersebut, *problem-focused coping* memang dibutuhkan dan lebih rasional, namun seseorang juga harus mengatasi konflik emosional yang ia hadapi dengan *emotion-focused coping*.

Berdasarkan penjabaran di atas dapat dikatakan bahwa resiliensi berhubungan dengan *coping*. Semakin tinggi resiliensi seseorang artinya semakin baik pemilihan bentuk *coping* yang ia gunakan dalam menghadapi situasi sulit atau yang biasa disebut dengan stres.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Pada bab ini peneliti akan menjelaskan mengenai metode yang digunakan dalam penelitian.

3.1 Masalah Penelitian

1. Bagaimana gambaran resiliensi remaja akhir yang memiliki orang tua penderita penyakit kronis?
2. Bagaimana gambaran *coping* remaja akhir yang memiliki orang tua penderita penyakit kronis?
3. Apakah ada hubungan antara resiliensi dan *coping* remaja akhir yang memiliki orang tua penderita penyakit kronis?

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut

3.2.1. Hipotesis Alternatif (Ha)

“Terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dan coping pada remaja akhir yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis.”

3.2.2. Hipotesis Null (Ho)

“Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dan coping pada remaja akhir yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis.”

3.3 Variabel Penelitian

Pada sub bab ini, peneliti akan menguraikan definisi konseptual dan operasional dari masing-masing variabel penelitian.

3.3.1 Resiliensi

3.3.1.1 Definisi Konseptual

Kemampuan individu untuk dapat ‘bangkit kembali’ dari situasi yang dirasakan penuh tekanan. (Siebert, 2005).

3.3.1.2 Definisi Operasional

Resiliensi adalah skor total yang diperoleh dari alat ukur *Resilience Scale-14* yang disusun oleh Wagnild & Young (2009). Semakin tinggi skor total merepresentasikan semakin tinggi resiliensi individu.

3.3.2 Coping Stres

3.3.2.1 Definisi Konseptual

Coping adalah usaha individu baik secara kognitif maupun tingkah laku dalam mengelola tuntutan internal maupun eksternal yang dinilai melebihi kapasitas kemampuan individu (Lazarus dan Folkman, 1984).

3.3.2.2 Definisi Operasional

Coping adalah skor total yang diperoleh dari alat ukur *Brief COPE* yang disusun oleh Carver (1997). Semakin tinggi skor total merepresentasikan semakin banyak jumlah *coping* yang digunakan individu.

3.4 Tipe dan Desain Penelitian

Berdasarkan aplikasinya, penelitian ini termasuk ke dalam *pure research* karena peneliti berusaha mengembangkan, menguji, membuktikan, serta memperbaiki metode, prosedur, teknik, serta alat ukur penelitian (Kumar, 1999). Peneliti juga mengembangkan teori-teori resiliensi dan juga *coping* stres.

Berdasarkan tujuannya, penelitian ini merupakan penelitian korelasional yang berusaha menggali ada atau tidaknya hubungan antara dua aspek, yakni resiliensi dan *coping* pada remaja akhir yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis. Menurut Kumar (1999) penelitian korelasional menguji apakah ada hubungan antara dua atau lebih aspek dari suatu situasi atau fenomena.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dikarenakan peneliti ingin mengukur variasi dalam sebuah fenomena atau situasi yang apabila digabungkan dengan menggunakan variabel kuantitatif pokok dan analisisnya diarahkan untuk memastikan besarnya variabel, akan membentuk suatu penelitian kuantitatif (Kumar, 1999).

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara resiliensi dengan *coping* pada remaja akhir dengan orangtua penderita penyakit kronis. Oleh karena tujuan tersebut, peneliti menggunakan pendekatan penelitian kuantitatif dengan mengkorelasikan skor total resiliensi dan skor total dari tiap dimensi *coping* stres. Penelitian ini merupakan penelitian *cross-sectional* atau yang biasa disebut dengan *one-shot studies*. Desain penelitian *cross-sectional* sangat tepat digunakan untuk penelitian yang bertujuan untuk menggali sebuah fenomena, situasi, masalah, isu, dengan mengambil sampel yang mewakili populasi (Kumar, 1999).

3.5 Partisipan Penelitian

3.5.1 Karakteristik Sampel Penelitian

1. remaja akhir berusia 18-22 tahun.
2. memiliki orangtua yang telah divonis menderita penyakit kronis.
3. tinggal bersama atau serumah dengan orangtua yang menderita penyakit kronis

3.5.2 Teknik Pengambilan Sampel Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode pengambilan sampel *non-random* dengan tipe *snowball sampling* yang biasa digunakan dalam penelitian kuantitatif dan kualitatif (Kumar, 1999). Metode *snowball sampling* yang akan digunakan dalam menentukan sampel dengan menggunakan jaringan sosial. Peneliti akan mengumpulkan informasi lingkungan sekitar mengenai subjek yang dapat dijadikan sampel dan kemudian informasi dikumpulkan dari sampel tersebut untuk mendapatkan sampel selanjutnya.

3.5.3 Jumlah Sampel Penelitian

Peneliti tidak membatasi jumlah subjek dalam penelitian ini. Gravetter dan Forzano (2009) mengatakan bahwa jumlah sampel ideal penelitian sebesar 25-30 orang. Subjek dengan jumlah yang besar akan mengurangi *error* yang timbul dibandingkan dengan jumlah subjek yang sedikit. Selain itu sampel yang mencukupi juga cenderung akan membentuk kurva distribusi normal (Gravetter &

Universitas Indonesia

Wallnau, 2007). Hal ini dikarenakan semakin besar jumlah sampel maka nilai rata-rata sampel semakin mendekati nilai rata-rata populasi, dengan kata lain semakin besar sampel semakin merepresentasikan populasi. Oleh karena itu peneliti menggunakan sampel lebih banyak dari 30 orang untuk mendapatkan hasil yang lebih merepresentasikan populasi.

3.6 Instrumen Penelitian

3.6.1 Alat Ukur Resiliensi

Peneliti menggunakan alat ukur resiliensi bernama *the 14-Item Resilience Scale* (RS-14) yang disusun oleh Wagnild dan Young (2009). Peneliti menggunakan alat ukur Wagnild dan Young ini yang telah digunakan sebelumnya oleh Olga Sihombing (2011) dalam penyusunan skripsinya pada akhir tahun 2010. Dalam penyusunan skripsi tersebut Olga Sihombing telah menerjemahkan *the 14-Item Resilience Scale* ke dalam bahasa Indonesia sesuai dengan persetujuan dari Dr.G.M. Wagnild.

Resilience Scale pertama kali dipublikasikan pada tahun 1993 oleh Wagnild dan Young. Skala ini berdasarkan studi kualitatif pada tahun 1987 mengenai wanita usia menengah ke atas yang telah berhasil beradaptasi dengan peristiwa-peristiwa penting dalam hidup. Selain itu skala ini juga berdasarkan pada pengkajian ulang literatur resiliensi pada masa itu (Wagnild & Young, 1990). *Resilience Scale* awalnya terdiri dari 50 item berdasarkan studi kualitatif yang dilakukan pada 24 orang wanita usia menengah ke atas. Setelah dianalisis skala ini kemudian mengalami pengurangan item menjadi 25 item dengan pertimbangan item-item tersebut lebih merepresentasikan lima karakteristik resiliensi hingga pada akhirnya dapat digunakan pertama kali pada tahun 1988 (Wagnild & Young, 1990). *Resilience Scale* dengan 25 item memiliki indeks reliabilitas sebesar 0.91, dan signifikan pada $p \leq 0.01$. Skala ini kemudian diujikan kembali (*test-retest reliability*) selama empat kali dengan jangka waktu 1, 4, 8, dan 12 bulan kemudian hingga menghasilkan koefisien reliabilitas dengan rentang 0.68-0.84.

Pada tahun 2009 Wagnild kembali mereduksi *Resilience Scale* menjadi 14 item. Berdasarkan korespondensi Olga Sihombing dengan Dr.G.M.Wagnild

Universitas Indonesia

melalui surat elektronik, dijelaskan bahwa alasan Wagnild kembali mereduksi item *Resilience Scale* adalah banyak peneliti yang merasa skala resiliensi dengan 25 item terlalu panjang sehingga terlalu lama dalam mengevaluasi resiliensi. Oleh karena itu Wagnild mengeliminasi item-item yang dianggapnya lemah namun tetap menjaga dan mempertahankan validitas kontruk dan reliabilitas dari *Resilience Scale*. Skala baru ini memiliki koefisien reliabilitas sebesar 0.93.

Alat ukur *Resilience Scale-14* ini dibuat berdasarkan lima karakteristik resiliensi yang telah dijelaskan oleh Wagnild dan Young (1993). Lebih jelasnya, alat ukur ini terdiri dari 2 subfaktor, yaitu faktor *personal competence* dan faktor *acceptance of self and life*. Item-item faktor *personal competence* mengukur komponen *perseverance* dan *self-reliance*, sedangkan item-item pada faktor *acceptance of self and life* mengukur komponen *meaningfulness*, *equanimity*, dan *existential aloneness*. Susunan komponen alat ukur *Resilience Scale-14* dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 3.6.1.1

Susunan Komponen Alat Ukur Resilience Scale-14

Subfaktor	Komponen	No. Item
<i>Personal Competence</i>	<i>Perseverance</i>	7, 8, 9
	<i>Self-reliance</i>	5, 11, 12, 14
<i>Acceptance of Self and Life</i>	<i>Meaningfulness</i>	1, 2, 6
	<i>Equanimity</i>	3, 4
	<i>Existential aloneness</i>	10, 13

Berdasarkan pertimbangan efektivitas waktu dan pengisian serta koefisien reliabilitas tersebut, peneliti akhirnya memutuskan untuk menggunakan *Resilience Scale* pada penelitian ini.

3.6.1.1 Metode Scoring Alat Ukur Resiliensi

Wagnild dan Young (2009) menjelaskan bahwa *Resilience Scale* (RS-14) menggunakan skala Likert dengan rentang 1 sampai dengan 7. Setiap skala menerangkan intensitas dalam tiap pernyataan, yakni skala 1 untuk “sangat tidak

setuju” sampai dengan skala 7 untuk “sangat setuju”. Wagnild dan Young tidak mengizinkan terjadi perubahan apapun dalam alat ukur resiliensi ini sebab dikhawatirkan akan menyebabkan perubahan nilai reliabilitas dan validitas pada alat ukur secara keseluruhan. Oleh karena itu, peneliti tidak mengubah rentang skala pada alat ukur *Resilience Scale* (RS-14) ini. Semua item pada alat ukur resiliensi ini merupakan item *favorable* sehingga tidak ada pembalikan skor dalam pengolahan data.

3.6.1.2 Uji Coba Alat Ukur Resiliensi

Peneliti menggunakan alat ukur *the 14 item Resilience Scale* (RS-14) yang telah digunakan sebelumnya oleh Olga Sihombing (2011). Karena terdapat selisih waktu dua tahun penggunaan alat ukur RS-14 dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan Olga Sihombing, peneliti memutuskan untuk melakukan uji reliabilitas dan validitas ulang terhadap alat ukur RS-14 ini. Sebelum melakukan uji reliabilitas dan validitas, peneliti mendiskusikan dengan pembimbing skripsi mengenai susunan bahasa yang telah dibuat oleh Olga Sihombing dan disesuaikan dengan *Resilience Scale* asli yang disusun oleh Wagnild dan Young. Berdasarkan hasil diskusi dengan pembimbing skripsi, peneliti memutuskan untuk mengganti susunan kata pada tujuh item alat ukur RS-14 agar item lebih mudah dipahami oleh partisipan, yakni item nomor 1, 3, 4, 8, 10, 12, dan 13.

Kemudian peneliti bersama Sapto Ashardianto, mahasiswa Fakultas Psikologi UI angkatan 2008 yang juga menggunakan alat ukur *RS-14*, melakukan uji reliabilitas dan validitas pada enam puluh orang remaja akhir berusia 18-22 tahun di lingkungan Universitas Indonesia. Dari uji coba tersebut didapatkan hasil koefisien reliabilitas sebesar 0.786. Kaplan dan Saccuzzo (2005) mengatakan bahwa reliabilitas yang baik dari suatu alat ukur penelitian adalah yang memiliki nilai koefisien antara 0,7 hingga 0,8. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa uji reliabilitas alat ukur RS-14 ini menghasilkan nilai yang baik.

Terdapat satu item, yakni item no.10 yang memiliki nilai r_{IT} di bawah 0.2. Hal ini menunjukkan bahwa item ini sebaiknya lebih baik dibuang untuk mendapatkan nilai reliabilitas yang lebih tinggi, namun peneliti memutuskan untuk tidak mengeliminasi item tersebut atas dasar pertimbangan penelitian yang

Universitas Indonesia

dilakukan oleh Olga Sihombing, *RS-14* diujicobakan pada lebih dari 200 orang. Oleh karena itu item no.10 tetap diikutsertakan dalam penelitian ini.

3.6.2 Alat Ukur *Coping* Stres

Carver, Scheier, dan Weintraub (1989) membuat inventori COPE berdasarkan pada literatur *coping* oleh Lazarus dan Folkman (1984) yang menjelaskan tentang model *coping* dan sebagian berasal dari Carver dan Scheier (1981, 1990) mengenai model tingkah laku regulasi diri. COPE terdiri dari 15 skala dan tiap skalanya mempunyai fokus konseptual yang khusus. Kelimabelas skala inventori COPE ini fokus pada teori aspek dari *coping*. Inventori COPE terdiri dari 60 item dengan 4 item per skala.

Carver, dkk. (1993 dalam Carver, 1997) menemukan bahwa beberapa partisipan menjadi tidak sabar dalam pengisian inventori ini, sebagian dikarenakan oleh panjangnya inventori tersebut. Kondisi ini menyebabkan peneliti untuk hanya menggunakan tiga item per skala seperti dalam studi yang dilaporkan oleh Carver dkk. (1993 dalam Carver, 1997). Maka terbentuklah *Brief* COPE yang terdiri dari 14 skala dengan dua item per skala. Dua skala dari pengukuran utuh sebelumnya dihilangkan dari bentuk inventori baru karena kedua skala tersebut belum terbukti berguna pada penelitian sebelumnya. Tiga skala lainnya sedikit kembali difokuskan karena ketiga item tersebut terbukti menjadi masalah pada penelitian sebelumnya. Satu skala, yang bukan merupakan bagian asli dari COPE ditambahkan, karena ada bukti pentingnya respon ini pada penelitian.

Tabel 3.6.2.1

Skala pada Inventori Brief COPE

Skala	No. Item	Contoh Item
<i>Active Coping</i>	2, 7	Saya fokus pada apa yang dapat saya hadapi dalam situasi ini. (2)
	14, 25	Saya berpikir keras mengenai langkah-langkah yang perlu diambil dalam menghadapi masalah ini. (25)
<i>Planning</i>		

<i>Positive Reframing</i>	12, 17	Saya mencoba untuk melihat masalah dari sudut pandang yang berbeda agar membuatnya tampak lebih positif. (12)
<i>Acceptance</i>	20, 24	Saya belajar untuk dapat hidup dengan masalah/kondisi sulit ini. (24)
<i>Humor</i>	18, 28	Saya tertawa saja menghadapi masalah ini. (18)
<i>Religion</i>	22, 27	Saya berusaha menemukan/mendapatkan hiburan dalam agama atau kepercayaan spiritual saya. (22)
<i>Using Emotional Support</i>	5, 15	Saya mendapatkan hiburan dan pengertian dari orang lain. (15)
<i>Using Instrumental Support</i>	10, 23	Saya mendapat bantuan dan saran dari orang lain. (10)
<i>Self-Distraction</i>	1, 19	Saya mengalihkan pikiran dari masalah ini dengan cara bekerja atau melakukan aktivitas lain. (1)
<i>Denial</i>	3, 8	Saya bertanya-tanya dalam hati apa benar masalah ini sedang terjadi pada diri saya. (3)
<i>Venting</i>	9, 21	Saya mengekspresikan perasaan negatif saya. (21)
<i>Substance use</i>	4, 11	Saya mengonsumsi alkohol atau obat-obatan lain agar merasa lebih baik. (4)
<i>Behavioral Disengagement</i>	6, 16	Saya sudah 'angkat tangan' dalam menghadapi masalah ini. (16)
<i>Self-Blame</i>	13, 26	Saya menyalahkan diri sendiri karena hal-hal yang telah terjadi. (26)

3.6.2.1 Metode Scoring Alat Ukur Coping Stres

Alat ukur *Brief COPE* yang disusun oleh Carver (1997) ini memiliki empat skala sikap, yakni “belum pernah”, “kadang-kadang”, “sering”, dan “sangat

Universitas Indonesia

sering”. Peneliti menetapkan *scoring* dengan memberikan skor 1 untuk “belum pernah”, 2 untuk “kadang-kadang”, 3 untuk “sering”, dan 4 untuk “sangat sering”. Tidak ada item *unfavorable* pada alat ukur ini sehingga peneliti tidak melakukan pembalikan skor dalam pengolahan data.

3.6.2.2 Uji Coba Alat Ukur *Coping Stres*

Peneliti menggunakan alat ukur inventori *Brief COPE* yang telah diterjemahkan dengan bantuan mahasiswa seangkatan yang juga menggunakan alat ukur ini. Mahasiswa tersebut telah menerjemahkan alat ukur ini dengan persetujuan dan bantuan dari dosen pembimbing skripsi mahasiswa tersebut. Peneliti kemudian mengajukan alat ukur *Brief COPE* ini ke dosen pembimbing untuk dipertimbangkan dan diperiksa lebih lanjut terjemahannya. Setelah melakukan revisi penyusunan bahasa pada beberapa item, dosen pembimbing akhirnya memperbolehkan peneliti untuk mengujicobakan alat ukur *Brief COPE* untuk dilihat nilai reliabilitas dan validitasnya.

Peneliti melakukan uji reliabilitas dan validitas *Brief COPE* pada lima puluh lima orang mahasiswa dengan rentang usia 18-22 tahun. Pada uji coba ini alat ukur *Brief COPE* reliabel dengan nilai koefisien reliabilitas sebesar 0.803, namun sebanyak 10 item memiliki nilai r_{IT} di bawah 0.2. Peneliti kemudian mendiskusikan hasil uji coba ini dengan dosen pembimbing skripsi sehingga pada akhirnya diputuskan bahwa alat ukur ini layak untuk diujicobakan kembali. Oleh karena itu peneliti kembali melakukan uji coba dengan sebelumnya merevisi susunan bahasa beberapa item yang memiliki nilai r_{IT} di bawah 0.2. Peneliti juga memperjelas petunjuk pengisian kuesioner dimana sebelumnya responden harus terlebih dahulu mengkondisikan dirinya pada situasi penuh tekanan atau masalah seperti yang disebutkan oleh Carver (1997) dalam studinya.

Uji coba reliabilitas dan validitas *Brief COPE* yang kedua dilakukan terhadap tiga puluh orang mahasiswa dengan rentang usia yang sama, yakni 18-22 tahun. Pada uji coba kedua ini, peneliti mendapatkan hasil koefisien reliabilitas sebesar 0.776 dan terdapat tujuh item dengan nilai r_{IT} di bawah 0.2. Peneliti kemudian mendiskusikan hasil uji coba kedua ini dengan pembimbing skripsi. Pada akhirnya pembimbing skripsi melakukan *expert judgement* dengan merevisi

Universitas Indonesia

kembali susunan bahasa pada tujuh item, yakni item no. 2, 3, 6, 8, 11, 16, dan 21 dengan istilah yang lebih sederhana sehingga lebih mudah untuk dipahami oleh responden.

Tabel 3.6.2.2.1

Hasil Expert Judgement Item Brief COPE

No.	Item Asli Brief COPE	Hasil <i>Expert Judgement</i>
2.	I've been concentrating my efforts on doing something about situation I'm in.	Saya fokus pada apa yang dapat saya hadapi dalam situasi ini.
3.	I've been saying to myself "this isn't real".	Saya bertanya-tanya dalam hati apa benar masalah ini sedang terjadi pada diri saya.
6.	I've been giving up trying to deal it.	Saya sudah 'angkat tangan' dalam menghadapi masalah ini.
8.	I've been refusing to believe that it has happened.	Saya tidak percaya bahwa masalah ini terjadi.
11.	I've been using alcohol or other drugs to help me get through it.	Untuk membantu saya melewati masalah ini, saya lari ke minuman keras dan obat-obatan.
16.	I've been giving up the attempt to cope.	Saya sudah 'angkat tangan' dalam menghadapi masalah ini.
21.	I've been expressing my negative feelings.	Saya mengekspresikan perasaan negatif saya.

3.7 Prosedur Penelitian

3.7.1 Tahap Persiapan

Pada tahap ini, peneliti melakukan peninjauan terhadap berbagai macam teori yang relevan dengan topik penelitian yang diminati. Setelah melakukan diskusi bersama dosen pembimbing skripsi, akhirnya peneliti menemukan topik skripsi, yakni hubungan resiliensi dan *coping* dengan karakteristik subjek remaja akhir yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis.

Kemudian peneliti menemukan alat ukur resiliensi yakni *Resilience Scale* yang disusun oleh Wagnild & Young (2009) yang telah digunakan oleh Olga Sihombing (2011) dalam penelitiannya pada akhir tahun 2010. Peneliti kemudian menghubungi Olga dan meminta persetujuannya untuk menggunakan alat ukur RS-14 yang telah diterjemahkan olehnya pada penelitian ini. Setelah itu peneliti melakukan uji kualitatif (uji keterbacaan dan *expert judgment*) serta uji kuantitatif (uji reliabilitas dan validitas) terhadap alat ukur RS-14 ini. Peneliti juga melakukan uji kualitatif serta uji kuantitatif pada alat ukur *Brief COPE*. Proses uji coba, baik kualitatif maupun kuantitatif kedua alat ukur ini dilakukan pada pertengahan bulan Maret hingga awal April 2012.

3.7.2 Tahap Pelaksanaan

Setelah melakukan uji kualitatif dan kuantitatif pada alat ukur RS-14 dan *Brief COPE*, peneliti kemudian melakukan pengambilan data kuantitatif dengan cara menyebarkan kuesioner. Peneliti melakukan penyebaran kuesioner baik yang dicetak dalam bentuk *booklet* maupun melalui jaringan internet (*online*) dengan bantuan *Google spreadsheet*. Secara keseluruhan proses pengambilan data dimulai pada pertengahan April 2012 hingga awal Mei 2012. Sebelum pengambilan data, peneliti menyebarkan *Broadcast Message* dari *Blackberry Messenger* untuk mendapatkan informasi mengenai calon responden penelitian. Kemudian peneliti melakukan pertemuan tatap muka dengan responden untuk pengisian kuesioner. Setelah pengisian kuesioner, peneliti kemudian melakukan wawancara singkat mengenai kondisi kesehatan orang tua responden yang sakit. Peneliti mengirimkan kuesioner *online* bagi para responden yang tidak dapat bertemu secara langsung.

Universitas Indonesia

3.7.3 Tahap Pengolahan Data

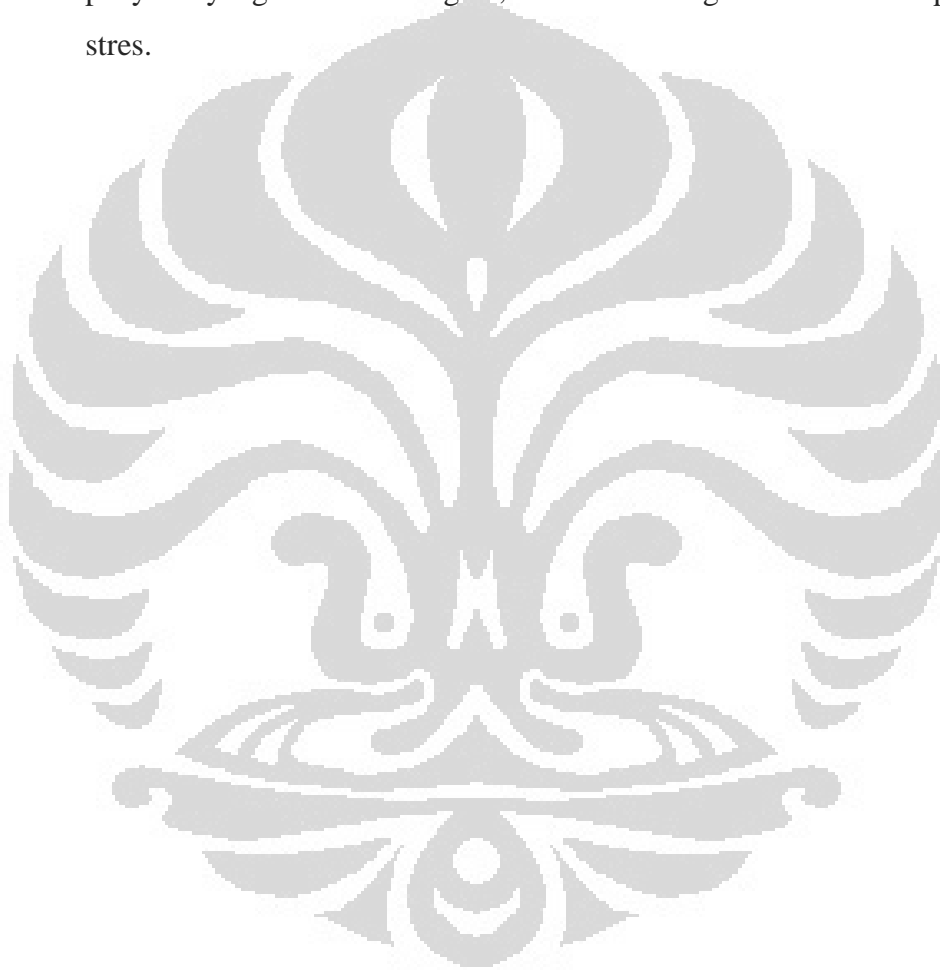
Setelah data terkumpul pada tahap pelaksanaan, kemudian peneliti melakukan seleksi atau pemeriksaan pada tiap data tersebut agar data yang tidak diisi dengan lengkap tidak dimasukkan dalam pengolahan data. Peneliti kemudian mengolah data secara kuantitatif dengan bantuan program “IBM SPSS Statistic Version 20”.

3.8 Metode Pengolahan Data

Metode atau teknik statistik yang digunakan untuk pengolahan data dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. *Statistik Deskriptif*. Teknik ini digunakan untuk mengetahui nilai tendensi sentral (mean, median, modus), frekuensi, standar deviasi (SD), nilai maksimal dan minimum dari tiap variabel. Teknik ini digunakan untuk mengetahui gambaran umum variabel resiliensi dan *coping* stres serta gambaran umum data responden, yakni usia, jenis kelamin, orangtua yang sakit, jenis penyakit yang diderita orangtua, dan lama orangtua sakit. Skor yang diperoleh dari gambaran umum *coping* stres akan dibuat norma berdasarkan standar deviasi dan nilai *mean* yang diketahui. Pembagiannya dibuat menjadi tiga kategori, yakni “rendah” untuk nilai yang berada di bawah -1 SD dari *mean*, “sedang” untuk nilai yang berada di antara -1 SD dan +1 dari *mean*, dan “tinggi” untuk nilai yang berada di atas +1 SD dari *mean*.
- b. *Pearson Correlation*. Teknik ini digunakan untuk melihat korelasi antar dua variabel. Peneliti menggunakan teknik untuk melihat nilai signifikansi hubungan antara resiliensi dan *coping* stres.
- c. *Independent Sample t-test*. Teknik ini digunakan untuk melihat signifikansi perbedaan *mean* antara dua kelompok sebagai satu variabel terhadap variabel lainnya. Peneliti menggunakan teknik ini untuk mengetahui signifikansi perbedaan *mean* jenis kelamin terhadap resiliensi. Selain itu peneliti juga menggunakan teknik ini untuk mengetahui signifikansi perbedaan *mean* jenis kelamin terhadap *coping* stres.

- d. *One-Way Analysis of Variance* (ANOVA). Teknik ini digunakan untuk melihat signifikansi perbedaan *mean* antara tiga kelompok atau lebih sebagai satu variabel terhadap variabel lainnya. Peneliti menggunakan teknik ini untuk mengetahui signifikansi perbedaan *mean* usia, orangtua yang sakit, jenis penyakit yang diderita orangtua, dan lama orangtua sakit terhadap resiliensi. Teknik yang sama juga digunakan peneliti untuk mengetahui signifikansi perbedaan *mean* usia, orangtua yang sakit, jenis penyakit yang diderita orangtua, dan lama orangtua sakit terhadap *coping* stres.



BAB 4

ANALISIS DAN INTERPRETASI HASIL

Dalam bab ini, peneliti akan membahas hasil penelitian. Peneliti membagi bab ini ke dalam tiga bagian, yakni pemaparan mengenai gambaran umum responden penelitian berdasarkan data demografis, bagian kedua berisi pemaparan mengenai gambaran umum hasil penelitian beserta analisis data utama, dan bagian ketiga mengenai pemaparan hasil dan analisa tambahan.

4.1. Gambaran Umum Responden Penelitian

Responden dalam penelitian ini adalah remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis. Adapun kriteria subyek dalam penelitian ini adalah remaja akhir berusia 18-22 tahun dan tinggal bersama orangtua. Total responden dalam penelitian ini berjumlah 42 orang. Proses pengambilan data dilakukan dengan menyebarkan kuesioner cetak berupa *booklet* dan kuesioner *online* dengan menggunakan media *Google spreadsheet*. Berikut merupakan gambaran umum responden penelitian berdasarkan data demografis yang dilakukan dengan perhitungan statistik:

Tabel 4.1.1

Gambaran Umum Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia

Aspek Demografis	Data Partisipan	Frekuensi	%
Jenis Kelamin	Laki-laki	7	16.7
	Perempuan	35	83.3
	Total	42	100
Usia	18 tahun	1	2.4
	19 tahun	6	14.3
	20 tahun	8	19.0

Tabel 4.1.1 (Lanjutan)

Gambaran Umum Responden Berdasarkan Jenis Kelamin dan Usia

Usia	21	15	35.7
	22	12	28.6

Berdasarkan tabel 4.4.1, dapat dilihat bahwa proporsi responden perempuan sebesar 83.3% lebih banyak dibandingkan proporsi responden laki-laki yang memiliki besar 16.7%. Sementara itu mengenai gambaran rentang usia responden, dapat dilihat bahwa mayoritas responden berusia 21 tahun dengan proporsi sebesar 35.7%. Terdapat hanya 1 orang responden yang berusia 18 tahun.

Peneliti juga melihat aspek demografis lain dari penelitian ini, yakni orangtua yang menderita penyakit kronis, penyakit kronis yang diderita orangtua, serta lama orangtua menderita penyakit tersebut. Berikut merupakan gambaran secara umum responden ditinjau dari ketiga aspek tersebut:

Tabel 4.1.2

Gambaran Umum Orangtua yang Sakit, Jenis Penyakit yang Diderita Orangtua, dan Lama Orangtua Sakit

Aspek Demografis		Frekuensi	%
Orangtua yang Sakit	Ayah	27	64.3
	Ibu	13	31
	Ayah & Ibu	2	4.8
	Total	42	100
Jenis Penyakit yang Diderita Orangtua	Jantung	11	26.2
	Kanker	6	14.3
	Ginjal	1	2.4
	Stroke	8	19.0
	Diabetes	8	19.0
	Asam urat	1	2.4

Tabel 4.1.2 (lanjutan)

Gambaran Umum Orangtua yang Sakit, Jenis Penyakit yang Diderita Orangtua, dan Lama Orangtua Sakit

	Hipertensi	1	2.4
	Gangguan pencernaan kronis	2	4.8
	Komplikasi	4	9.6
	Total	42	100
Lama Orangtua Sakit	< 1 tahun	4	9.52
	1-5 tahun	21	50
	5-10 tahun	14	33.3
	>10 tahun	3	7.14
	Total	42	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa mayoritas penderita penyakit kronis adalah ayah dari responden dengan proporsi sebesar 64.3 % atau sejumlah 27 orang. Sebanyak 26.2% responden memiliki orangtua yang menderita penyakit jantung, yang merupakan proporsi terbanyak dalam penelitian ini. Proporsi sebanyak 50% merupakan jumlah responden yang orangtuanya telah menderita penyakit kronis selama 1-5 tahun. Tiga orang responden dengan proporsi 7.14% dari total jumlah responden, mengakui bahwa orangtuanya telah menderita penyakit kronis lebih dari sepuluh tahun. Dua di antaranya mengatakan bahwa penyakit tersebut merupakan penyakit jantung dan satu di antaranya merupakan penyakit diabetes.

4.2. Gambaran Umum Hasil Penelitian

Sebelum membahas mengenai hasil perhitungan korelasi antara resiliensi dan *coping* stres pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis, peneliti akan membahas terlebih dahulu mengenai gambaran umum resiliensi dan *coping* stres pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis.

4.2.1. Gambaran Umum Resiliensi Remaja Akhir yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis

Berikut ini merupakan gambaran resiliensi responden secara umum:

Tabel 4.2.1.1

Gambaran Umum Resiliensi Responden

Total Responden	Rata-rata Skor Total	Nilai Terendah	Nilai Tertinggi	Standar Deviasi
42	71.43	54	85	8.396

Dari tabel 4.2.1.1 di atas, dapat dilihat bahwa nilai rata-rata skor resiliensi responden sebesar 71.43. Nilai terendah untuk skor total resiliensi adalah sebesar 54 dan nilai tertinggi untuk skor resiliensi adalah 85 dengan standar deviasi 8.396.

Peneliti kemudian menggunakan norma kelompok yang dibuat oleh Wagnild dan Young (2009) untuk melihat persebaran skor resiliensi responden. Norma ini juga telah digunakan oleh penelitian Olga Sihombing (2011). Berikut merupakan persebaran skor resiliensi remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis:

Tabel 4.2.1.2

Persebaran Skor Resiliensi Responden

Kategori Skor	Rentang Skor	Total Responden	%
Sangat tinggi	> 90	-	-
Tinggi	81-90	5	11.9
Rata-rata	71-80	20	47.6
Rendah	61-70	12	28.5
Sangat rendah	≤ 60	5	11.9

Berdasarkan tabel 4.2.1.2, dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki skor resiliensi yang termasuk pada kategori rata-rata, yakni sebanyak 47.6% dari total jumlah responden.

4.2.2. Gambaran Umum *Coping* Stres Remaja Akhir yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis

Tabel 4.2.2.1

Gambaran Coping Stres Responden

Total Responden	Rata-rata Skor Total	Nilai Terendah	Nilai Tertinggi	Standar Deviasi
42	70.64	56	90	6.774

Dari tabel di atas, dapat dilihat bahwa nilai rata-rata skor total *coping* stres adalah 70.64 dengan total responden 42 orang. Nilai terendah untuk skor total *coping* stres adalah 56 dan nilai tertinggi untuk skor total *coping* stres adalah 90 dengan standar deviasi 6.774. Setelah mendapat gambaran secara umum skor total *coping* stres, peneliti kemudian membuat kategorisasi persebaran skor rata-rata *coping* stres pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis yang dapat dilihat pada tabel 4.2.2.2 di bawah ini:

Tabel 4.2.2.2

Persebaran Skor Coping Responden

Kategori Skor	Rentang Skor	Total Responden	%
Rendah	≤ 63	5	11.9
Sedang	64-78	33	78.57
Tinggi	≥ 79	4	9.52

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa terdapat tiga kategori dalam persebaran skor *coping* stres responden, yakni rendah, sedang, dan tinggi. Persebaran responden terbanyak berada dalam kategori sedang dengan proporsi sebesar 78.57%, sedangkan kategori rendah dan tinggi memiliki proporsi dengan besar yang tidak terlalu berbeda, yakni 11.9% dan 9.52%.

4.2.3. Analisis Data Utama

Setelah melihat gambaran umum skor dari masing-masing variabel penelitian, peneliti kemudian melakukan perhitungan utama dari penelitian ini, yakni perhitungan korelasi antara resiliensi dan *coping* stres. Teknik statistik yang digunakan untuk melihat hubungan antara resiliensi dan *coping* stres pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis adalah teknik korelasi *Pearson Product Moment*. Berikut merupakan hasil perhitungan data utama penelitian:

Tabel 4.2.3.1.

Hasil Perhitungan Korelasi antara Resiliensi dan Coping Stres pada Remaja yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis

Variabel	<i>r</i>	Sig (<i>p</i>)
Resiliensi dengan Coping Stres	0.066	0.679

Berdasarkan tabel 4.2.3.1 di atas dapat dilihat bahwa koefisien korelasi yang didapat yaitu $r = 0.066$ dan $p = 0.679$ yang berarti tidak signifikan. Dengan kata lain hasil ini menyimpulkan bahwa hipotesis alternatif ditolak dan hipotesis nol diterima sehingga dapat diinterpretasikan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dan *coping* stres pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis.

4.3 Hasil dan Analisis Data Tambahan

Pada bagian ini peneliti membahas hasil dan analisis data tambahan yang diperoleh dari perbandingan dua kelompok yang akan menggunakan teknik perhitungan *Independent Sample t-test* dan perbandingan lebih dari dua kelompok yang akan menggunakan teknik perhitungan *One-way Analysis of Variance* (ANOVA). Perbandingan dibuat berdasarkan data kontrol responden yang akan dihubungkan dengan masing-masing variabel penelitian.

4.3.1 Gambaran Resiliensi Berdasarkan Data Demografis Responden

Pada bagian ini, hasil yang diperoleh merupakan gambaran resiliensi yang ditinjau dari data demografis responden, yakni usia, jenis kelamin, dan pengeluaran per bulan. Berikut merupakan gambaran tersebut:

Tabel 4.3.1.1

Gambaran Resiliensi Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin Responden

Karakteristik	Data Responden	n	M	Signifikansi	Keterangan
Usia (tahun)	18	1	56.00	F = 1.532 <i>p</i> = .215 (<i>p</i> > .05)	Tidak Signifikan
	19	6	72.00		
	20	8	68.00		
	21	15	73.60		
	22	12	72.00		
Jenis Kelamin	Laki-laki	7	69.57	<i>t</i> = -0.636	Tidak Signifikan
	Perempuan	35	71.80	<i>p</i> = .528 (<i>p</i> > .05)	

Berdasarkan tabel 4.3.1.1 di atas, didapatkan hasil tambahan untuk gambaran resiliensi yang dihubungkan dengan data demografis responden, yaitu tidak terdapat perbedaan *mean* atau skor rata-rata usia dan jenis kelamin terhadap resiliensi responden. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa usia dan jenis kelamin yang diteliti dalam penelitian ini tidak memiliki perbedaan *mean* skor yang signifikan terhadap resiliensi responden.

Selain meneliti mengenai gambaran resiliensi berdasarkan usia dan jenis kelamin, pada analisis data tambahan peneliti juga akan memaparkan hasil gambaran resiliensi berdasarkan data demografis lain, yakni orangtua yang menderita sakit, jenis penyakit yang diderita, dan lama orangtua menderita penyakit tersebut

Tabel 4.3.1.2

Gambaran Resilensi Berdasarkan Orangtua yang Sakit, Jenis Penyakit yang Diderita Orangtua, dan Lama Orangtua Sakit

Karakteristik	Data Responden	n	M	Signifikan	Keterangan
Orangtua yang Sakit	Ayah	27	72.44	F = 0.561	Tidak
	Ibu	13	69.77	p = .575	Signifikan
	Ayah & Ibu	2	68.50	(p > .05)	
Jenis Penyakit yang Diderita Orangtua	Jantung	11	73.73	F = 0.630	Tidak
	Kanker	6	72.50	p = .746	Signifikan
	Ginjal	1	77.00	(p > .05)	
	Stroke	8	68.88		
	Diabetes	8	69.63		
	Asam Urat	1	64.00		
	Hipertensi	1	82.00		
	Gangguan Pencernaan	2	74.00		
	Komplikasi	4	68.75		
Lama Orangtua Sakit	<1 tahun	4	64.75	F = 2.699	Tidak
	1-5 tahun	20	73.95	p = .059	Signifikan
	5-10 tahun	15	68.73	(p > .05)	
	>10 tahun	3	77.00		

Berdasarkan tabel 4.3.1.2, dapat dilihat bahwa tidak terdapat perbedaan *mean* berdasarkan orangtua yang menderita penyakit kronis, penyakit yang diderita, dan lama orangtua sakit. Jadi, dapat disimpulkan bahwa pada penelitian ini, tidak data demografis yang diteliti dalam penelitian ini memiliki perbedaan *mean* skor yang signifikan terhadap resiliensi. Meskipun perbedaan nilai *mean* lama orangtua sakit terhadap resiliensi tidak signifikan, namun nilai *p* data demografis ini mendekati L.o.S .05.

4.3.2 Gambaran *Coping* Berdasarkan Data Demografis Responden

Pada bagian ini, hasil yang diperoleh merupakan gambaran *coping* stres yang ditinjau dari data demografis responden, yakni usia dan jenis kelamin. Berikut merupakan gambaran tersebut:

Tabel 4.3.2.1

Gambaran *Coping* Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin Responden

Karakteristik	Data Responden	n	<i>Problem Focused</i>		<i>Emotion Focused</i>		Keterangan
			M	Signifikan	M	Signifikan	
Usia	18	1	25.00	F = 1.295 <i>p</i> = .290 (<i>p</i> > .05)	34.00	F = 0.683 <i>p</i> = .608 (<i>p</i> > .05)	Tidak
	19	6	33.00		40.83			Signifikan
	20	8	30.75		40.25		
	21	15	29.73		40.67		
	22	12	29.67		40.42		
Jenis Kelamin	Laki-laki	7	30.86	<i>t</i> = 0.421	39.14	<i>t</i> = -0.914	Tidak
	Perempuan	35	30.14	<i>p</i> = .676 (<i>p</i> > .05)	40.63	<i>p</i> = 0.366 (<i>p</i> > .05)	Signifikan

Berdasarkan tabel 4.3.2.1, di atas dapat dikatakan bahwa hasil tambahan untuk gambaran *coping* stres yang dihubungkan dengan data demografis responden, yaitu tidak terdapat perbedaan *mean* atau skor rata-rata usia dan jenis kelamin terhadap *coping* stres responden. Pada karakteristik responden berdasarkan usia, *mean* pemilihan *emotion-focused* sebagai bentuk *coping* lebih besar daripada *mean* pemilihan *problem-focused coping*. Pada karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, *mean* pemilihan *emotion focused* sebagai bentuk *coping* lebih besar daripada *mean* pemilihan *problem-focused coping*. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa berdasarkan karakteristik usia dan jenis kelamin, semua responden lebih memilih *emotion- focused* sebagai bentuk *coping* terhadap masalah yang mereka hadapi.

BAB 5

KESIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN

Pada bab ini peneliti akan menguraikan kesimpulan penelitian yang merupakan jawaban dari masalah penelitian berdasarkan analisis data yang telah dilakukan. Peneliti juga mengemukakan diskusi hasil penelitian yang terdiri atas hasil utama penelitian, hasil tambahan penelitian, dan metodologi penelitian. Pada akhir bab ini, peneliti memaparkan saran untuk penelitian selanjutnya.

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis data yang telah dilakukan pada bab sebelumnya, hasil utama penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dan *coping* pada remaja yang memiliki orangtua yang menderita penyakit kronis. Ini berarti tinggi atau rendahnya resiliensi individu tidak ada hubungannya dengan jenis *coping* yang digunakan individu terhadap stres yang dialaminya.
2. Terdapat sebanyak 20 orang atau 47.6% dari total jumlah responden yang berada pada kategori resiliensi rata-rata.
3. Berdasarkan karakteristik usia dan jenis kelamin, semua responden pada penelitian ini lebih memilih *emotion-focused* sebagai bentuk *coping* terhadap stres yang dialami.

Selain itu, berdasarkan analisis data untuk hasil tambahan penelitian, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan *mean* yang signifikan pada jenis kelamin, usia, orangtua yang sakit, jenis penyakit yang diderita orangtua, dan lama orangtua menderita penyakit tersebut terhadap resiliensi. Hal yang sama juga dapat disimpulkan pada analisis perbedaan *mean* kelima data demografis tersebut terhadap *coping*.

5.2 Diskusi

Pada bagian ini, peneliti akan menguraikan diskusi mengenai hasil utama penelitian dan hasil tambahan penelitian yang akan dikaitkan dengan teori. Peneliti juga akan menguraikan diskusi mengenai metode pelaksanaan penelitian.

5.2.1 Diskusi Hasil Penelitian

Melalui hasil pengolahan data, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dan *coping* pada remaja akhir yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis. Hasil ini tidak sesuai dengan teori dan penelitian sebelumnya. Luthar dan Zigler (1991; Rutter, 1987 dalam Hunter 1995) menjelaskan bahwa resiliensi merupakan konstruk kompleks yang melibatkan interaksi antara kesulitan dan faktor internal maupun eksternal individu yang membuatnya dapat menghadapi kesulitan tersebut. Penjelasan Luthar dan Zigler ini menunjukkan bahwa resiliensi merupakan keadaan individu yang memungkinkan dirinya untuk dapat menghadapi (*coping*) kesulitan atau tekanan yang biasa disebut dengan stres. Hasil utama penelitian yang tidak sesuai dengan teori oleh Luthar dan Zigler di atas akan dijelaskan lebih lanjut melalui penjabaran berikut ini.

Zimmer-Gembeck (2008) mengatakan bahwa remaja merupakan masa yang penuh dengan stres namun juga merupakan masa yang penting bagi individu untuk dapat melatih kemampuan personalnya dalam *coping* tersebut. Zimmer-Gembeck menambahkan bahwa keluarga memberikan kontribusi yang penting pada remaja dalam melatih kemampuan *coping*-nya. Meskipun demikian, ternyata keluarga juga merupakan sumber stres yang dialami oleh remaja. Hal ini didukung oleh pernyataan Compas (1987) bahwa bentuk *coping* yang digunakan oleh remaja erat kaitannya dengan stres yang sedang dialaminya, antara lain konflik dengan keluarga atau penyakit orangtua.

Serupa dengan pernyataan Compas (1987) di atas, Friedman (1998) mengatakan bahwa penyakit kronis yang serius memberikan dampak yang mendalam bagi keluarga. Ternyata budaya pada lingkungan sekitar mempengaruhi bagaimana individu atau keluarga berespon dalam penyakit kronis yang dideritanya. Hal ini dijelaskan oleh Galanti (2004; Gurung et al., 2004 dalam

Gurung, 2006) bahwa beberapa kelompok budaya bereaksi berbeda dari yang lainnya terhadap penyakit kronis. Masyarakat kolektif memandang penyakit kronis sebagai sesuatu hal yang harus dihadapi bersama oleh seluruh anggota keluarga, tidak hanya individu yang menderita penyakit tersebut.

Masyarakat Indonesia merupakan masyarakat kolektif sehingga seharusnya keluarga di Indonesia memandang penyakit kronis yang diderita salah satu anggota keluarga menjadi beban atau tanggungan bersama seluruh anggota keluarga, sesuai dengan penjelasan Galanti di atas. Akan tetapi berdasarkan hasil penelitian ini dapat dikatakan bahwa ternyata tidak semua responden, yang merupakan remaja akhir, menganggap penyakit kronis yang diderita orangtuanya sebagai suatu masalah besar yang harus dihadapi bersama. Galanti (2004; Gurung et al., dalam Gurung, 2006) menjelaskan bahwa individu yang dibesarkan di perkotaan akan cenderung mengikuti saran dari dokter mengenai penyakit yang dideritanya. Apabila dokter menyarankan untuk beristirahat total, maka ia akan melakukan hal tersebut. Begitu pula sebaliknya apabila dokter mengatakan bahwa ia dapat beraktivitas normal, maka ia akan melakukan aktivitasnya sehari-hari tanpa menjadikan penyakitnya sebagai hambatan. Sebagian besar responden penelitian ini hidup di perkotaan sehingga apa yang dikatakan oleh Galanti di atas kemungkinan besar terjadi pada orangtua responden. Oleh karena itu, sebagian besar responden penelitian ini merasa bahwa penyakit kronis yang dialami orangtuanya tidak menjadi beban pikiran mereka dan tidak mengganggu kegiatan mereka sehari-hari.

Asumsi tersebut diperkuat dengan hasil wawancara singkat yang dilakukan terhadap responden sebelum pengisian kuesioner. Dari wawancara singkat tersebut peneliti mendapati bahwa di mata anak, orangtua yang menderita sakit kronis ternyata tidak mengalami perubahan fungsi hidup pada dirinya sendiri, terutama secara psikologis. Beberapa responden menyatakan bahwa orangtuanya tetap dapat menjalankan aktivitasnya sehari-hari dengan baik meskipun menderita penyakit kronis. Asumsi lain peneliti yang mendasari hasil penelitian ini adalah orangtua yang menderita penyakit kronis tidak selalu menjadi tanggungan atau beban pada anak-anak mereka. Berdasarkan data kontrol mengenai jumlah perkiraan pengeluaran per bulan, mayoritas responden berasal dari kelompok

menengah ke atas. Hal ini mendukung pernyataan dari beberapa responden bahwa keluarga mereka mampu mempekerjakan seorang perawat (*cargiver*) untuk menjaga dan merawat orangtua mereka yang menderita penyakit kronis tingkat lanjut (*terminal illness*) seperti *stroke*, kanker, ataupun ginjal sehingga responden tidak terlalu terlibat dalam menjaga dan merawat orangtuanya yang sakit tersebut.

Selain itu, mengenai gambaran umum resiliensi pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis, peneliti menemukan hasil bahwa hampir setengah dari total responden, yakni sebanyak 20 orang berada pada kategori resiliensi rata-rata dan hanya lima orang responden yang memiliki tingkat resiliensi pada kategori tinggi. Dalam penelitiannya, Fischhoff et. all (2001) mengatakan bahwa remaja sering melakukan tingkah laku yang beresiko karena mereka merasa memiliki resiliensi yang tinggi. Usia responden yang berada pada rentang 18 hingga 22 tahun menurut Steinberg (2002) termasuk ke dalam kategori remaja akhir atau *emergent adulthood* menurut Papalia, Olds, dan Feldman (2007). Pada kategori ini mereka menjelaskan bahwa individu bukanlah lagi remaja namun belum juga seorang dewasa, namun ia sudah menunjukkan indikator internal yang menandai awalnya tahap kedewasaan, yaitu rasa otonomi, kontrol diri, dan tanggung jawab personal yang membentuk pola pikirnya. Hal ini sejalan dengan pernyataan Siebert (2005) bahwa individu dengan tingkat resiliensi yang tinggi akan berusaha sendiri melalui apa yang mereka sendiri rasakan untuk keluar dari situasi sulit dan mempunyai tujuan serta berjuang untuk mencapai tujuan tersebut. Penelitian ini dapat dikatakan tidak sepenuhnya sesuai dengan teori yang dikatakan Siebert tersebut, sebab hasil penelitian menunjukkan bahwa hanya sedikit responden yang memiliki tingkat resiliensi yang tinggi.

Gambaran umum bentuk *coping* pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis menunjukkan hasil bahwa semua responden penelitian lebih memilih *emotion-focused* sebagai bentuk *coping* terhadap stres yang dialami. Sheiffe-Krenke (1993, dalam Huthinson, Baldwin, dan Oh, 2006) mengatakan bahwa terdapat perbedaan pemilihan bentuk *coping* berdasarkan usia pada remaja. Remaja awal masih bergantung pada orangtuanya dalam mendapatkan dukungan emosional serta menentukan keputusan yang tepat baginya dalam menghadapi stres. Pada remaja akhir, mereka lebih bergantung

pada teman dalam mendapatkan informasi penting dan dukungan. Sheiffe-Kranke juga menambahkan bahwa remaja awal cenderung lebih menggunakan *activity engagement*, yakni menghindari perasaan negatif dari stres dengan melakukan aktivitas yang menyenangkan baginya. Lain halnya dengan remaja awal, remaja akhir cenderung mulai memikirkan pemecahan masalah atau strategi lain dalam menghadapi stres yang dialaminya. Dengan kata lain, remaja akhir cenderung mulai lebih menggunakan *problem-focused* sebagai bentuk *coping* mereka. Hasil penelitian ini mengenai gambaran umum pemilihan bentuk *coping* pada remaja tidak sesuai dengan teori dari Sheiffe-Krenke tersebut. Hasil dari gambaran umum baik resiliensi maupun bentuk *coping* pada responden yang tidak sesuai dengan teori yang telah dikemukakan dapat dijelaskan melalui asumsi peneliti berikut ini.

Jenis penyakit kronis yang diderita oleh sebagian besar responden merupakan penyakit yang berisiko ringan sedangkan hanya sebagian kecil responden yang orangtuanya menderita penyakit kronis tahap lanjut (*terminal illness*) atau yang berisiko berat. Hal ini dapat dilihat dari penjelasan pada bab 4 bahwa orangtua responden yang menderita *stroke* hanya sebanyak 8 orang atau 19% dari total jumlah responden. Gurung (2006) mengatakan bahwa beberapa penyakit kronis seperti kanker, ginjal, *stroke*, ataupun AIDS, lebih sering disebut sebagai *terminal illness* atau penyakit kronis tahap lanjut. Penyakit ini berisiko lebih berat karena menyebabkan penderita sering sekarat dan dapat meninggal sewaktu-waktu (dapat dalam hitungan bulan atau tahun). Menurut Gurung, *coping* penderita maupun anggota keluarganya lebih sulit karena mereka tidak hanya harus menghadapi penyakit itu sendiri, namun juga harus menghadapi kenyataan bahwa kematian semakin dekat dan efek psikologisnya sangat besar. Dalam penelitian ini tidak terdapat batasan ataupun kategori jenis penyakit yang termasuk ke dalam penyakit kronis berat, sedang, maupun ringan. Selain itu, karakteristik responden penelitian ini tidak difokuskan pada mereka yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis tahap lanjut (*terminal illness*) atau yang berisiko berat sehingga kurang dapat memberikan gambaran resiliensi maupun *coping* responden.

Hasil tambahan penelitian menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan *mean* yang signifikan pada kelima data demografis terhadap resiliensi maupun *coping*

stres. Usia dan jenis kelamin responden ternyata tidak berhubungan dengan resiliensi responden, begitu pula halnya dengan orangtua yang menderita sakit kronis, jenis penyakit yang diderita orangtua, dan lama penyakit orangtua menderita sakit kronis. Data demografis responden mengenai jenis penyakit yang diderita orangtua yang diperkirakan peneliti memiliki hubungan yang signifikan baik dengan resiliensi maupun *coping* stres pada responden ternyata sama sekali tidak terbukti. Hasil penelitian ini dapat dijelaskan melalui asumsi peneliti berikut ini.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, melalui wawancara singkat yang dilakukan peneliti terhadap responden selama pengisian kuesioner, didapatkan bahwa pada responden yang memiliki orangtua penderita penyakit berisiko berat seperti *stroke*, kanker, atau ginjal, beberapa di antaranya menggunakan tenaga perawat (*caregiver*) untuk membantu keluarga mereka dalam mengurus, merawat, dan menjaga orangtua mereka yang sakit. Berdasarkan pengakuan responden inilah peneliti berasumsi bahwa responden kurang merasakan dampak dari penyakit kronis yang diderita orangtuanya sebab ada orang lain yang bertugas membantu dalam menjaga dan merawat orangtua mereka. Data kontrol penelitian mengenai perkiraan jumlah pengeluaran per bulan ini menunjukkan bahwa hampir seluruh responden penelitian termasuk ke dalam kelas sosial-ekonomi menengah ke atas. Hal inilah yang menjelaskan bahwa mayoritas responden mampu membawa orangtuanya berobat ke dokter ahli ataupun mempekerjakan perawat. Kondisi yang berbeda mungkin dapat terjadi pada remaja akhir yang termasuk ke dalam kelas ekonomi bawah sehingga mengharuskan mereka untuk menjaga dan merawat sendiri orangtua mereka yang menderita penyakit kronis.

Seperti yang telah dikatakan oleh Steinberg (2002), individu pada usia remaja mengalami lima isu perkembangan, yakni *identity*, *autonomy*, *intimacy*, *sexuality*, dan *achievement*. Pada isu *identity* dijelaskan bahwa pada masa individu mencari identitas dirinya untuk diakui oleh orang lain, terutama oleh komunitasnya. Meskipun usia responden dalam penelitian ini masuk ke dalam remaja akhir, namun isu identitas ini masih terlihat jelas pada diri responden yang mulai menekuni perguruan tinggi ataupun mulai mencari pekerjaan untuk

membantu orangtuanya. Menurut peneliti aktivitas yang padat ini, baik kuliah maupun bekerja, merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi hasil utama maupun tambahan penelitian. Mayoritas responden melalui wawancara singkat juga mengatakan bahwa mereka sedang menjalani dunia perkuliahan dan beberapa di antaranya hidup *indekost* di sekitar kampus. Mereka pulang seminggu sekali, sebulan, atau bahkan hanya ketika akhir semester. Hal inilah yang membuat responden jarang bertemu orangtua dan tidak dapat selalu mengikuti perkembangan kondisi kesehatan orangtua mereka.

Aktivitas remaja akhir yang padat seperti kuliah ataupun bekerja dapat juga dijelaskan oleh isu *autonomy* dan *intimacy*. Isu *autonomy* menjelaskan bahwa individu mulai lebih mandiri dari orangtua mereka, mulai menentukan pilihan, dan membuat keputusannya sendiri. Oleh sebab itu, remaja akhir berusaha untuk menjadi dewasa dengan melakukan kegiatan-kegiatan yang menurut mereka sendiri adalah hal yang dapat membantu mereka untuk menjadi lebih mandiri. Pada isu *intimacy*, dijelaskan bahwa individu mulai menjalin hubungan dekat dengan orang lain selain keluarganya, terutama hubungan pertemanan dan hubungan romantis dengan lawan jenis. Salah satu sarana dalam menjalin hubungan tersebut adalah dengan melakukan kegiatan seperti yang telah disebutkan di atas. Menurut peneliti, padatnya kegiatan remaja akhir inilah yang membuat waktu yang biasanya dihabiskan remaja bersama keluarga menjadi berkurang. Remaja menjadi lebih sering menghabiskan waktunya bersama teman-temannya dibandingkan dengan keluarganya. Hal inilah yang menjadi salah satu faktor penjas bahwa responden kurang merasakan dampak penyakit kronis dari orangtua mereka.

5.2.3 Diskusi Metodologis

Peneliti merasa masih terdapat banyak kekurangan dalam penelitian ini sehingga memperbesar kemungkinan timbulnya *error* yang dapat mempengaruhi hasil penelitian. Pada tahap persiapan peneliti telah melakukan studi literatur terhadap penelitian-penelitian yang terkait dengan penelitian ini. Sebagian besar penelitian di Indonesia mengenai resiliensi ataupun *coping* pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis dilakukan dengan metode kualitatif

dan didapatkan hasil bahwa responden merasakan stres sebagai dampak dari penyakit orangtua. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa metode penelitian kuantitatif kurang tepat digunakan untuk penelitian semacam ini.

Pada hasil tambahan penelitian ini ditemukan bahwa tidak ada perbedaan *mean* yang signifikan pada keenam data demografis terhadap resiliensi maupun *coping* stres. Data demografis responden mengenai jenis penyakit yang diderita orangtua yang diperkirakan peneliti memiliki hubungan yang signifikan baik dengan resiliensi maupun *coping* stres pada responden ternyata sama sekali tidak terbukti. Hal ini mungkin dikarenakan oleh terbatasnya jumlah sampel penelitian sehingga kurang mewakili populasi. Gravetter dan Forzano (2009) memberikan penjelasan mengenai hal ini melalui "*the law of large numbers*", yakni semakin besar ukuran sampel, hal atau nilai yang ingin diukur semakin merepresentasikan nilai yang sebenarnya pada populasi. Oleh karena itu, jumlah sampel yang amat terbatas pada penelitian ini amat berpengaruh pada korelasi antar dua variabel penelitian sehingga menjadi tidak signifikan. Begitu pula halnya pada perbandingan *mean* pada data demografis terhadap masing-masing variabel yang merupakan hasil tambahan penelitian ini.

Sumber utama *error* yang amat mempengaruhi hasil penelitian ini adalah pengadministrasian alat ukur. Peneliti berusaha untuk melakukan penyebaran kuesioner melalui pertemuan langsung dengan responden, namun ternyata peneliti juga harus menyebarkan kuesioner melalui jaringan internet (*online*) bagi responden yang tidak dapat bertemu secara langsung. Hal ini menyebabkan peneliti tidak dapat menemani responden selama pengisian kuesioner dan tidak dapat melakukan wawancara singkat dengan responden yang terkait dengan kondisinya. Selain itu, pada bagian pengisian alat ukur *Brief COPE* seringkali ditemukan beberapa responden yang tidak menjawab dengan lengkap sehingga peneliti harus menghubungi kembali responden yang terkait dan memintanya untuk mengisi ulang.

5.3 Saran

5.3.1 Saran Metodologis

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diperoleh, peneliti menyarankan beberapa hal untuk penelitian selanjutnya, yakni:

1. Metode pengambilan data tidak cukup hanya secara kuantitatif, namun perlu dilengkapi dengan metode kualitatif, yakni observasi dan wawancara.
2. Pada penelitian berikutnya, sebaiknya perlu diperhatikan lebih lanjut mengenai proses pengadaptasian alat ukur *Brief COPE* ini ke dalam bahasa Indonesia. *Expert judgment* serta uji keterbacaan yang lebih mendalam diperlukan agar item-item pada alat ukur ini menjadi lebih mudah dipahami oleh responden.
3. Proses pengadministrasian kuesioner perlu diperhatikan dengan benar seperti pemberian instruksi yang jelas ataupun pemeriksaan kembali kuesioner yang telah diisi oleh responden. Sebaiknya penyebaran kuesioner melalui jaringan internet (*online*) dihindari untuk mengurangi *error* yang mungkin terjadi.
4. Jumlah sampel lebih diperbanyak agar lebih merepresentasikan populasi penelitian.
5. Karakteristik responden berdasarkan kelas sosial-ekonomi perlu dipertimbangkan agar didapatkan hasil yang lebih signifikan, selain itu sebaiknya pada penelitian selanjutnya karakteristik responden juga perlu lebih difokuskan menjadi remaja yang memiliki orangtua penderita *terminal illness* atau penyakit kronis tahap lanjut.

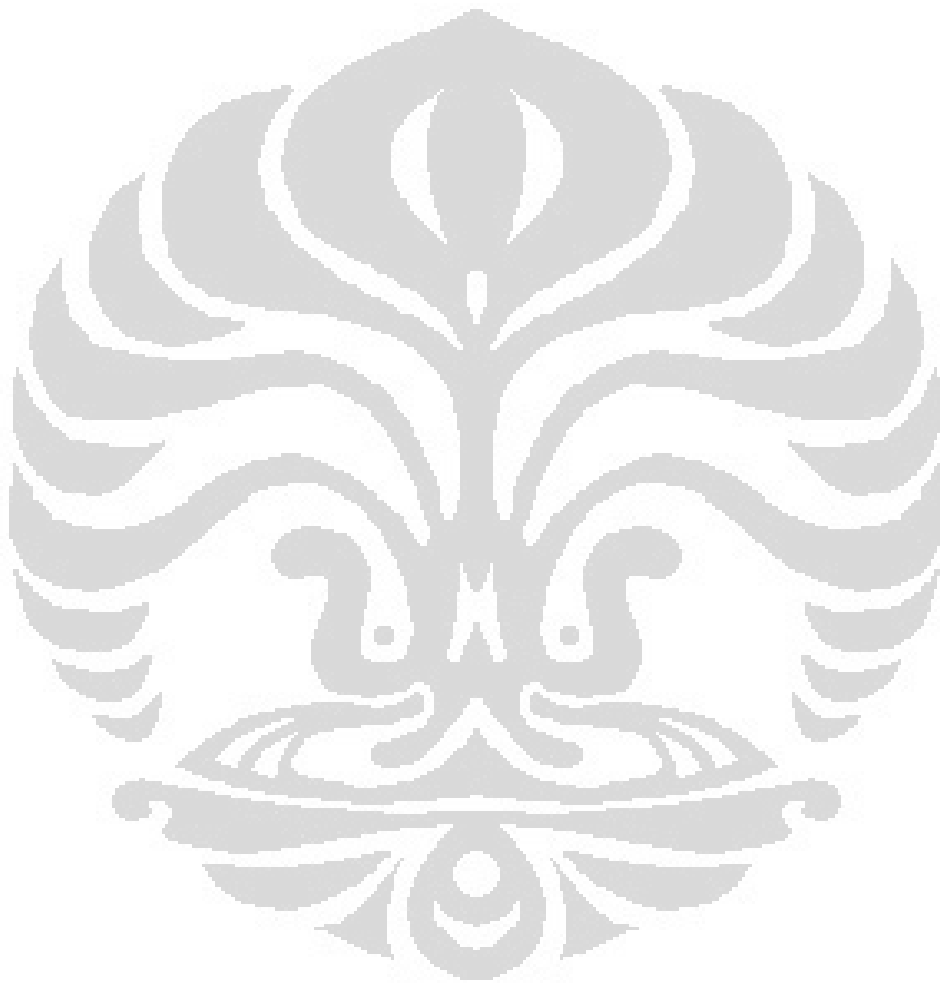
5.3.2 Saran Praktis

Peneliti juga menyertakan saran praktis yang terkait dengan hasil penelitian yang telah diperoleh, yaitu sebagai berikut:

1. Hasil utama penelitian yang menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dan *coping* stres pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis perlu dilakukan analisis dan

intervensi lebih lanjut sebab hasil ini tidak sesuai dengan teori dan penelitian yang selama ini telah dilakukan.

2. Apabila hasil penelitian selanjutnya menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara resiliensi dan *coping* stres pada remaja yang memiliki orangtua penderita penyakit kronis, sebaiknya diadakan intervensi lebih lanjut di bidang psikologi klinis mengenai hubungan remaja Indonesia dengan keluarganya.



DAFTAR PUSTAKA

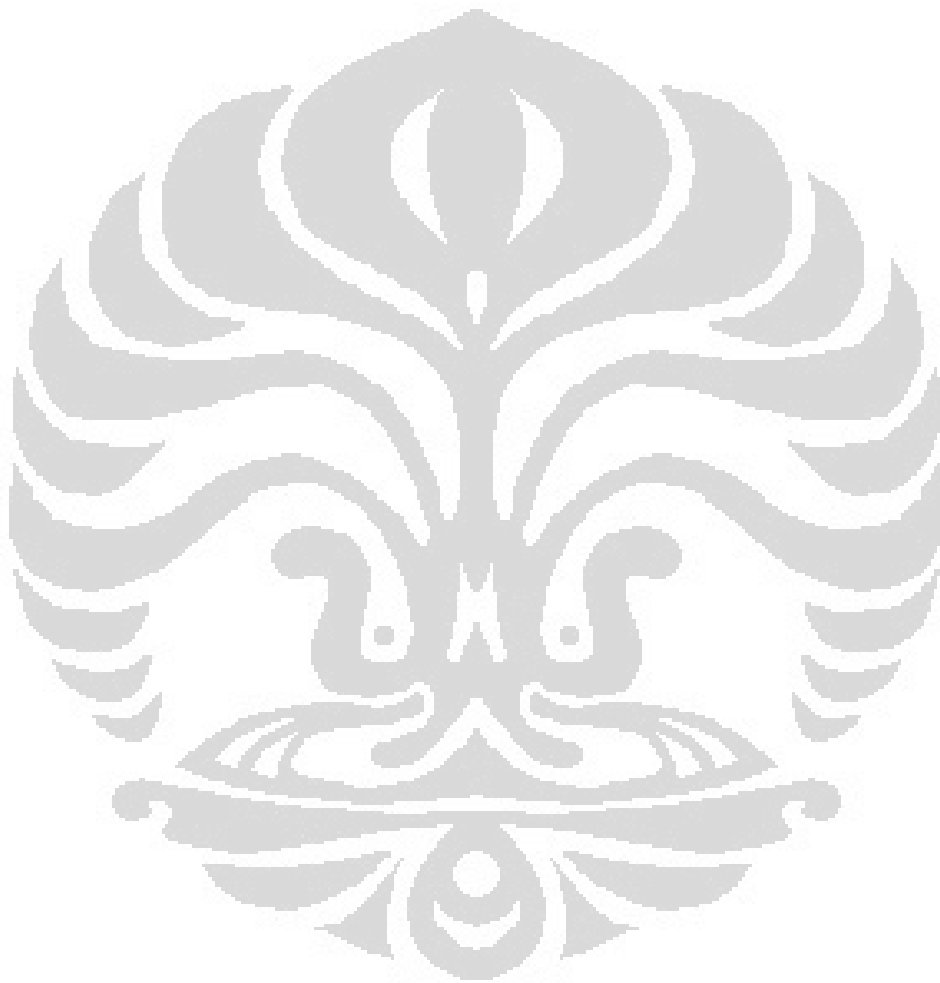
- Ahern, N.R., Pamela, A., Byers, J. (2008). Resilience and *coping* strategies in adolescents. *Nursing Children and Young People*, 20, 32-36. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/218887155/fulltextPDF?accountid=17242>
- Anderson, K.N., Anderson, L.E., Glanze, W.D.(Eds.). (1998). *Mosby's medical, nursing, & allied health dictionary. (5th edition)*. St.Louis: Mosby
- Armistead, L., Klein, K., Forehand, R. (1995). Parental physical illness and child functioning. *Clinical Psychological Review*, 15, 409-422. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/027273589500023I>
- Atwater, E. (1983). *Psychology of Adjustment*. New York: Prentice-Hall, Inc.
- Carver, C.S., Weintraub, J.K., Scheier. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 267-283.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *International Journal of Behavior Medicine*, 4(1), 92-100.
- Compas, B.E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychology Bulletin*, 101, 393-403.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
- Folkman, S. & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. Doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141456.
- Fischhoff, B., et.al. (2001). *Adolescent Risk and Vulnerability: concepts and measurement*. Washington, D.C: National Academy Press.

- Friedman, M.M. (1998). *Family nursing: Research, theory, & practice*. (4th ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Gravetter, F.J., Wallnau, L.B. (2009). *Statistics for the Behavioral Science* Belmont: Thomson Wadsworth.
- Gurung, R.A.R. (2006). *Health Psychology: a Cultural Approach*. Belmont: Thomson Higher Education.
- Guildford, J.P., & Frutcher, B. (1978). *Fundamental Statistic in Psychology and Education*. (6th Ed.) Tokyo: MacGraw-Hill Kogakush, Ltd.
- Herman-Stahl, M., & Petersen, A.C. (1996). The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(6), 733-753.
- Hollingsworth, C.E. (1982). Adolescent Reaction to Parental Illness or Death. Dalam R.O Pasnau (Ed.), *Psychological Aspects of Medical Practises: Children and Adolescent* (hal. 201-209). California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Hunter, A.J., Chandler, G.E. (1999). Adolescent Resilience. *Journal of Nursing Scholarship*, 31, 3, 243-247.
- Hutchinson, S.L., Baldwin, C., K., Oh, S.S. (2006). Adolescent coping: Exploring adolescent's leisure-based responses to stres. *Leisure Sciences*, 28, 115-131. DOI: [10.1080/01490400500483984](https://doi.org/10.1080/01490400500483984).
- Kaplan, R. M., & Saccuzzo, D. P. (2005). *Psychological testing: principals, application, and issues* (6th ed.). Belmont: Wadsworth and Thompson.
- Kelly, L. (2003). The impact of chronic terminal illness. *Whitireia Nursing Journal*, Vol. 10, 35-38.

- Korneluk, Y.G., Lee, C.M. (1998). Children's adjustment to parental physical illness. *Clinical Child and Family Psychology Review*, Vol.1, No.3, 179-193.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publisher Company.
- Llewelyn, S., Payne, S. (1995). *Caring: the costs to nurses and families*. Health psychology. London: Chapman & Hall.
- Papalia, D. E., Olds, S.W., Feldman, R.D. (2007). *Human Development, Tenth Edition*. New York: McGraw-Hill International Edition.
- Rehm, R.S., Catanzaro, M.L. (1998). "It's Just a Fact of Life": Family members' perceptions of parental chronic illness. *Journal of Family Nursing*, 4, 1, 21-40. DOI: 10.1177/107484079800400103 diakses pada tanggal 13 April 2012 pk 16.05 WIB.
- Sarwono, S.W. (2006). *Psikologi Remaja*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Siebert, Al. (2005). *The resiliency advantage: Master change, thrive under pressure, and bounce back from setbacks*. San Fransisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Sihombing, O. (2011). *Hubungan antara resiliensi dan mindset pada mahasiswa yang berasal dari keluarga miskin di Fakultas X Universitas Y*. Fakultas Psikologi Universitas Indonseia. Skripsi.
- Steinberg, L. (2002). *Adolescence (6th Ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Wagnild. G.M., & Young, H.M. (1993) Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of nursing measurement*, 1, 2.
- Wagnild, G.M. (2009). A review of the resilience scale. *Journal of nursing measurement*, 17, 2. <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/chronic+illness> diakses pada tanggal 14 April 2012, pk 15.46 WIB

Zimmer-Gembeck, M.J., Skinner, E.A. (2008). Adolescents coping with stress: development and diversity. *The Prevention Researcher*, 15(4), 3-7.

<http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=33490> diakses pada tanggal 14 April 2012, pk 15.50 wib



LAMPIRAN A

(Hasil Uji Coba Alat Ukur Resiliensi dan *Coping* Stres)

A.1 Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur *Resilience Scale-14*

A.1.1 Hasil Uji Reliabilitas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.795	.790	14

A.1.2 Hasil Uji Validitas

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item_1	64.64	58.684	.259	.282	.796
Item_2	63.48	55.438	.485	.469	.777
Item_3	64.18	57.702	.325	.395	.790
Item_4	63.68	54.059	.491	.551	.776
Item_5	64.12	53.944	.512	.387	.774
Item_6	63.66	53.249	.554	.487	.770
Item_7	63.50	54.827	.477	.365	.778
Item_8	64.28	58.328	.264	.351	.796
Item_9	63.48	57.030	.390	.339	.785
Item_10	62.80	62.449	.116	.168	.801
Item_11	63.34	54.229	.576	.487	.770
Item_12	63.70	56.867	.449	.499	.781
Item_13	63.28	54.736	.490	.564	.776
Item_14	63.66	58.188	.353	.345	.788

A.2 Uji Reliabilitas dan Validitas pada Uji Coba Pertama Alat Ukur *Brief COPE*

A.2.1 Hasil Uji Reliabilitas

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.803	.801	28

A.2.2 Hasil Uji Validitas

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item_1	70.09	55.343	.484	.	.790
Item_2	69.91	59.714	.132	.	.804
Item_3	70.31	58.773	.163	.	.804
Item_4	71.58	58.877	.242	.	.800
Item_5	69.71	55.506	.499	.	.790
Item_6	71.20	60.941	-.036	.	.811
Item_7	69.67	55.891	.517	.	.790
Item_8	71.24	60.184	.030	.	.809
Item_9	70.05	54.571	.489	.	.789
Item_10	69.65	55.304	.473	.	.790
Item_11	71.65	59.860	.152	.	.803
Item_12	69.67	56.002	.453	.	.792
Item_13	69.73	58.313	.178	.	.804
Item_14	69.87	55.372	.524	.	.789
Item_15	69.69	55.218	.545	.	.788
Item_16	71.25	61.786	-.126	.	.813
Item_17	69.60	56.985	.364	.	.796
Item_18	70.38	55.833	.324	.	.798
Item_19	69.64	53.828	.565	.	.785
Item_20	69.82	57.781	.264	.	.800
Item_21	70.62	59.426	.116	.	.805
Item_22	70.09	59.084	.089	.	.810

Item_23	69.69	54.069	.587	.785
Item_24	69.71	55.469	.529	.789
Item_25	69.80	55.496	.507	.789
Item_26	70.49	55.477	.350	.796
Item_27	70.00	58.111	.190	.804
Item_28	70.47	55.958	.332	.797

A.3 Hasil Uji Reliabilitas dan Validitas pada Uji Coba Kedua Alat Ukur *Brief COPE*

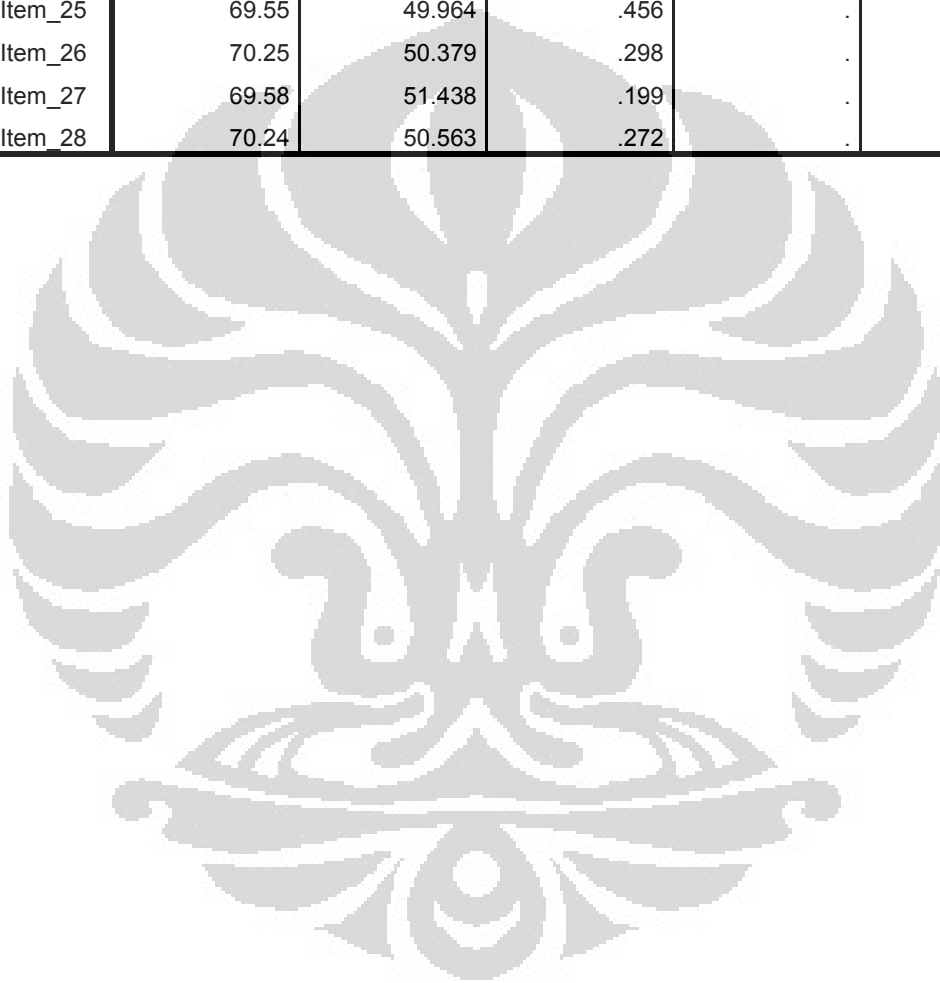
A.3.1 Hasil Uji Reliabilitas

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.776	.770	28

A.3.2 Hasil Uji Validitas

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item_1	69.85	50.536	.356	.767	
Item_2	69.66	52.466	.187	.775	
Item_3	70.09	52.229	.154	.777	
Item_4	71.34	52.680	.211	.774	
Item_5	69.41	50.055	.364	.766	
Item_6	70.93	54.304	-.034	.785	
Item_7	69.44	49.463	.524	.759	
Item_8	70.93	53.971	-.005	.785	
Item_9	69.66	48.727	.445	.761	
Item_10	69.46	48.894	.464	.760	
Item_11	71.39	53.740	.077	.778	
Item_12	69.51	48.777	.461	.760	
Item_13	69.55	51.226	.251	.772	
Item_14	69.62	49.833	.459	.762	
Item_15	69.46	49.846	.428	.763	

Item_16	71.01	54.202	-.013	.	.782
Item_17	69.39	50.240	.382	.	.765
Item_18	70.16	50.639	.247	.	.773
Item_19	69.42	47.795	.521	.	.756
Item_20	69.54	52.156	.218	.	.773
Item_21	70.33	53.604	.049	.	.781
Item_22	69.84	51.211	.211	.	.775
Item_23	69.51	48.562	.482	.	.759
Item_24	69.51	50.420	.436	.	.764
Item_25	69.55	49.964	.456	.	.762
Item_26	70.25	50.379	.298	.	.770
Item_27	69.58	51.438	.199	.	.776
Item_28	70.24	50.563	.272	.	.771



LAMPIRAN B
(Hasil Utama Penelitian)

B.1 Hasil Korelasi antara Resiliensi dan *Coping* Stres pada Remaja yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
total_rs	71.43	8.396	42
total_bc	70.64	6.774	42

Correlations

	total_rs	total_bc
Pearson Correlation	1	.066
Sig. (2-tailed)		.679
N	42	42
Pearson Correlation	.066	1
Sig. (2-tailed)	.679	
N	42	42

B.2 Gambaran Umum Skor Resiliensi Remaja yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis

Statistics

total_rs		
N	Valid	42
	Missing	0
Mean		71.43
Median		72.00
Mode		56 ^a
Std. Deviation		8.396
Minimum		54
Maximum		85

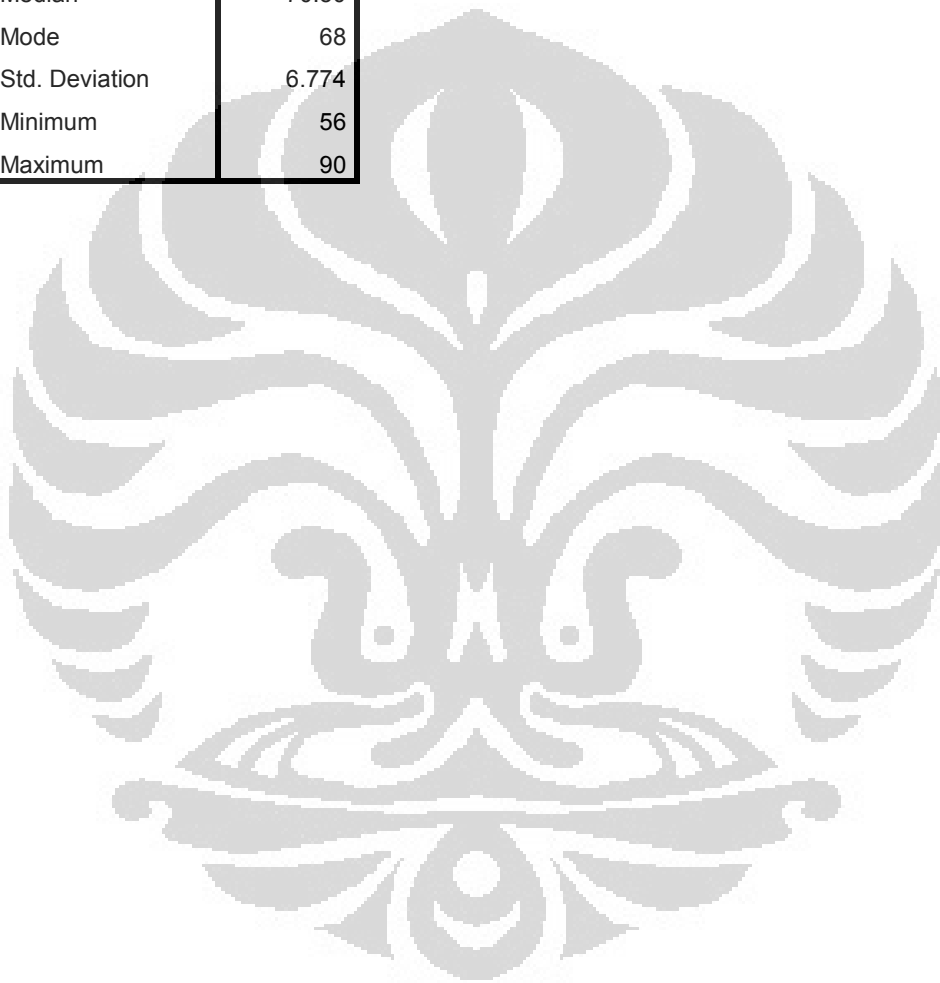
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

B.3 Gambaran Umum Skor *Coping* Stres Remaja yang Memiliki Orangtua Penderita Penyakit Kronis

Statistics

total_bc

N	Valid	42
	Missing	0
Mean		70.64
Median		70.50
Mode		68
Std. Deviation		6.774
Minimum		56
Maximum		90



LAMPIRAN C
(Hasil Tambah Penelitian)

C.1 Gambaran Resiliensi Responden Berdasarkan Usia

Descriptives

total_rs

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
18	1	56.00	.	.	.	.	56	56
19	6	72.00	11.100	4.531	60.35	83.65	54	82
20	8	68.00	10.392	3.674	59.31	76.69	54	85
21	15	73.60	6.423	1.658	70.04	77.16	56	81
22	12	72.00	6.954	2.008	67.58	76.42	64	85
Total	42	71.43	8.396	1.296	68.81	74.04	54	85

ANOVA

total_rs

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	408.686	4	102.171	1.523	.215
Within Groups	2481.600	37	67.070		
Total	2890.286	41			

C.2 Gambaran Resiliensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Group Statistics

	jenis_kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
total_rs	laki-laki	7	69.57	8.502	3.213
	perempuan	35	71.80	8.450	1.428

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
total_rs Equal variances assumed	.053	.820	.636	40	.528	-2.229	3.502	-9.306	4.849	
total_rs Equal variances not assumed			.634	8.546	.543	-2.229	3.517	10.249	5.791	

C.3 Gambaran Resiliensi Responden Berdasarkan Orangtua yang Sakit

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					1	27			72.44	7.516	1.446	69.47	75.42	56	85
2	13	69.77	10.521	2.918	63.41	76.13	54	85
3	2	68.50	3.536	2.500	36.73	100.27	66	71
Total	42	71.43	8.396	1.296	68.81	74.04	54	85

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	80.811	2	40.406	.561	.575
Within Groups	2809.474	39	72.038		
Total	2890.286	41			

C.4 Gambaran Resiliensi Responden Berdasarkan Jenis Penyakit yang Diderita Orangtua

Descriptives

total_rs

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
jantung	11	73.73	5.479	1.652	70.05	77.41	66	80
kanker	6	72.50	9.460	3.862	62.57	82.43	54	80
ginjal	1	77.00	.	.	.	.	77	77
stroke	8	68.88	11.115	3.930	59.58	78.17	54	85
diabetes	8	69.63	8.651	3.059	62.39	76.86	56	85
asam urat	1	64.00	.	.	.	.	64	64
hipertensi	1	82.00	.	.	.	.	82	82
gangguan pencernaan	2	74.00	7.071	5.000	10.47	137.53	69	79
komplikasi	4	68.75	10.340	5.170	52.30	85.20	56	81
Total	42	71.43	8.396	1.296	68.81	74.04	54	85

ANOVA

total_rs

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	383.104	8	47.888	.630	.746
Within Groups	2507.182	33	75.975		
Total	2890.286	41			

C.5 Gambaran Resiliensi Responden Berdasarkan Lama Orangtua Sakit

Descriptives

total_rs

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1	4	64.75	13.500	6.750	43.27	86.23	54	82
2	20	73.95	7.409	1.657	70.48	77.42	56	85

3	15	68.73	7.255	1.873	64.72	72.75	56	80
4	3	77.00	5.292	3.055	63.86	90.14	71	81
Total	42	71.43	8.396	1.296	68.81	74.04	54	85

ANOVA

total rs

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	507.652	3	169.217	2.699	.059
Within Groups	2382.633	38	62.701		
Total	2890.286	41			

C.6 Gambaran Coping Stres Responden Berdasarkan Usia

C.6.1 Gambaran Problem-Focused Coping

Descriptives

totalproblem

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
18	1	25.00	.	.	.	.	25	25
19	6	33.00	4.336	1.770	28.45	37.55	25	37
20	8	30.75	4.132	1.461	27.30	34.20	24	37
21	15	29.73	4.496	1.161	27.24	32.22	25	40
22	12	29.67	2.964	.856	27.78	31.55	26	36
Total	42	30.26	4.061	.627	29.00	31.53	24	40

ANOVA

totalproblem

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	83.019	4	20.755	1.295	.290
Within Groups	593.100	37	16.030		
Total	676.119	41			

C.6.2 Gambaran *Emotion-Focused Coping*

Descriptives

totalemotion

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					18	1		
19	6	40.83	3.656	1.493	37.00	44.67	36	47
20	8	40.25	3.615	1.278	37.23	43.27	34	44
21	15	40.67	3.599	.929	38.67	42.66	35	50
22	12	40.42	4.738	1.368	37.41	43.43	30	46
Total	42	40.38	3.920	.605	39.16	41.60	30	50

ANOVA

totalemotion

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	43.321	4	10.830	.683	.608
Within Groups	586.583	37	15.854		
Total	629.905	41			

C.7 Gambaran *Coping* Stres Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

C.7.1 Gambaran *Problem-Focused Coping*

Group Statistics

	jenis_kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
totalproblem	laki-laki	7	30.86	4.298	1.625
	perempuan	35	30.14	4.067	.687

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
totalproblem	Equal variances assumed	.000	.993	.421	40	.676	.714	1.698	-2.719	4.147
	Equal variances not assumed			.405	8.294	.696	.714	1.764	-3.329	4.757

C.7.2 Gambaran *Emotion-Focused Coping*

Group Statistics

	jenis_kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
totalemotion	laki-laki	7	39.14	2.673	1.010
	perempuan	35	40.63	4.109	.695

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper

									Lower	Upper
total emotion	Equal variances assumed	.779	.383	-.914	40	.366	-1.486	1.626	-4.772	1.801
	Equal variances not assumed			-1.212	12.522	.248	-1.486	1.226	-4.144	1.173

