



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA RESILIENSI DAN *COPING* PADA
PASIEN KANKER DEWASA**

*(The Correlation between Resilience and
Coping in Adult Cancer Patient)*

SKRIPSI

CLARISSA RIZKY ROSYANI

0906520755

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

Universitas Indonesia



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA RESILIENSI DAN *COPING* PADA
PASIEN KANKER DEWASA**

*(The Correlation between Resilience and
Coping in Adult Cancer Patient)*

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi

CLARISSA RIZKY ROSYANI

0906520755

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

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh

Nama : Clarissa Rizky Rosyani
NPM : 0906520755
Progran Studi : Psikologi
Judul Skripsi : Hubungan antara Resiliensi dan *Coping*
pada Pasien Kanker Dewasa

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing 1 : Grace Kilis, M.Psi.
NIP. 080703003

(*Grace*)

Penguji 1 : Dra. Sri Redatin Retno Pudjiati M. Si
NIP. 196208121988032001

(*Sri Redatin*)

Penguji 2 : Fivi Nurwiati S.Psi., M.Si
NIP. 080030005

(*Fivi Nurwiati*)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 21 Desember 2012

DISAHKAN OLEH

Ketua Program Sarjana Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia

Frieda Maryam Mangunsong

(Prof. Dr. Frieda Maryam Mangunsong, M.Ed. Psi.)
NIP. 195408291980032001

Dekan Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia

Wilman Dahlan Mansoer

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

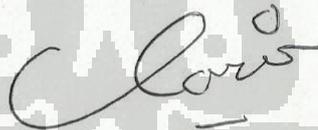
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

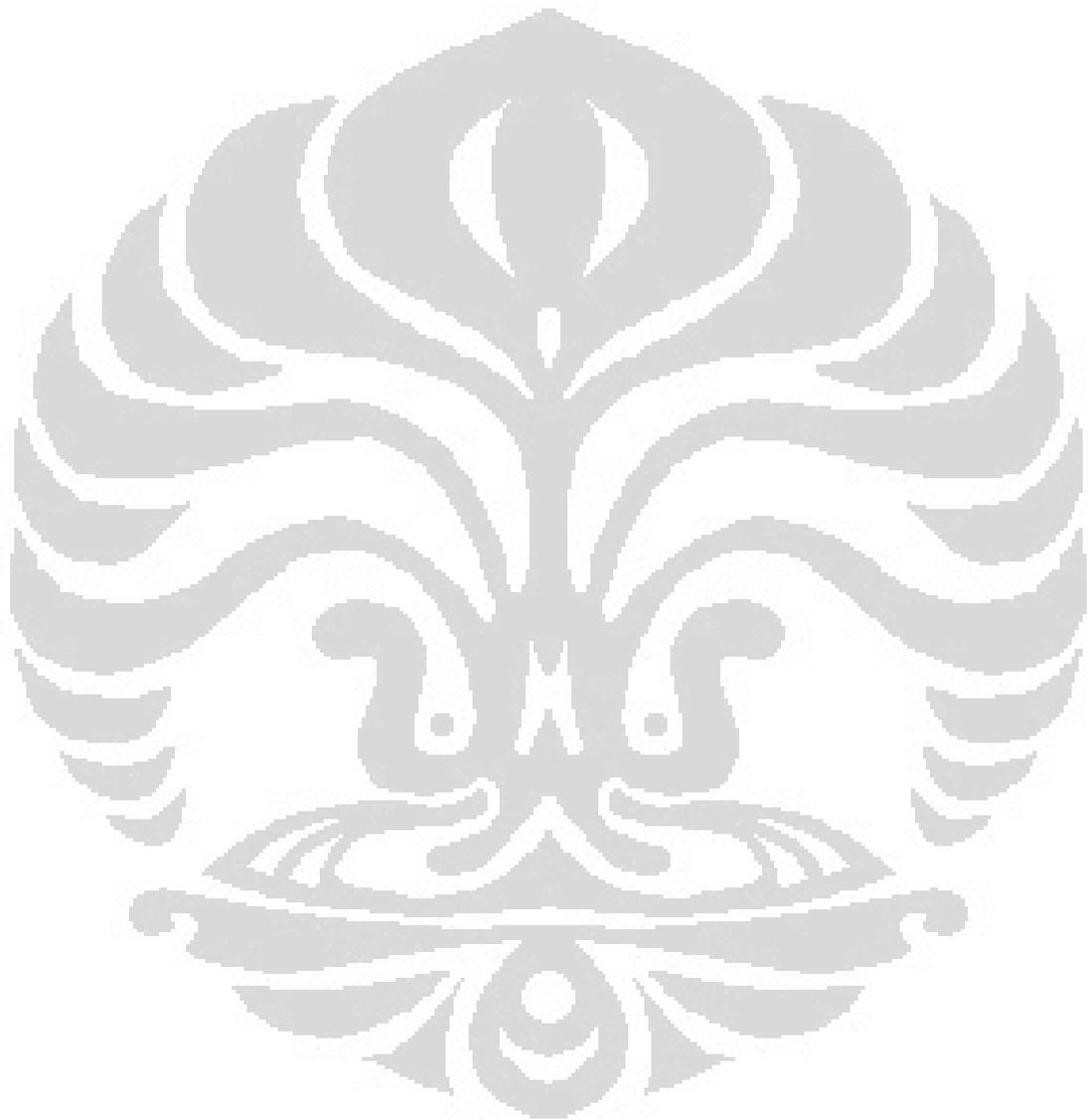
Nama: Clarissa Rizky Rosyani

NPM: 0906520755

Tanda Tangan :



Tanggal : 21 Desember 2012



UCAPAN TERIMA KASIH

Puji Syukur kehadiran Allah SWT yang selalu melimpahkan rahmat dan hidayah Nya tanpa terputus kepada penulis, terlebih lagi selama proses penulisan skripsi ini sehingga dapat selesai sesuai target waktu yang ditentukan. Penulisan skripsi ini tidak dapat terlaksana dengan lancar tanpa adanya dukungan dari beberapa pihak. Untuk itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Pembimbing skripsi penulis, Grace Kilis, M.Psi., yang bersedia meluangkan begitu banyak waktu dan usaha untuk membantu proses pembelajaran saya dalam menyelesaikan penelitian ini. Terima kasih untuk segenap waktu, tenaga, pemikiran, masukan, dan bantuan yang telah diberikan selama ini, tanpa mengenal lelah.
2. Kepada pembimbing akademis penulis, Erita Narhetali S.Psi, yang senantiasa memberikan dukungan serta arahnya pada penulisan skripsi ini. Seluruh staf pengajar, pegawai serta sivitas Fakultas Psikologi Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmu, pengetahuan dan pengalaman yang berharga bagi penulis.
3. Seluruh partisipan penelitian yang bersedia meluangkan waktunya untuk mengisi kuesioner penelitian ini. Untuk Ibu Esther, Ibu Aryani, dan Ibu Irene dari *Support Group* CISC yang tidak hanya terbuka dalam menerima peneliti untuk mengambil data, tapi juga mengajarkan penulis untuk menjadi resilien dalam menghadapi tantangan hidup.
4. Orang tua penulis, Rosano Setijanto dan Kusmariansi, yang selalu memberikan dukungan, kepercayaan, kasih sayang, waktu, dan keyakinan bahwa penulis mampu untuk memberikan yang terbaik. Terima kasih tidak cukup untuk menggambarkan perasaan penulis untuk semua yang telah diberikan beliau selama ini.
5. Untuk Adik penulis, Devina Dhiya Setiani, yang senantiasa mendukung, membantu, dan memberikan semangat dalam penulisan skripsi ini. Untuk seluruh keluarga besar alm. Abdoel Moehni dan Sastro terutama Mas Eko, Pakde Oga, dan Mbak Chiquita, untuk semua dukungan dan bantuan yang diberikan. Serta tentunya untuk kedua nenek penulis, alm. Eyang Murtinah Moehni dan Ibu Philia Sastro, yang menginspirasi pemilihan topik penelitian ini. Terima kasih untuk mengajarkan penulis bahwa penyakit kanker hanyalah tantangan kecil dalam perjalanan hidup.
6. Sahabat-sahabat penulis yang membuat kampus menjadi rumah kedua karena penuh dengan keluarga: Denia Putri Prameswari, Farraas Afiefah, Shabrina A. Awanis, Ekki Primanda Ramadhan, Mariska Ariestya, Azza Maulydia, Neysa Oktanina, Diah

Wahyu Utami, Charina Septyandari dan Putri Husna Raditya. Terima kasih untuk selalu ada, percaya, dan mendukung, bagaimanapun keadaannya.

7. Untuk sahabat terbaik sepanjang masa, Giansyah Sergiano. Terima kasih untuk dukungan dalam persahabatan yang begitu sederhana namun bermakna.
8. Teman-teman seperjuangan, Stefan, Tiwi, dan Nita. Terima kasih untuk semua waktu, semangat, dukungan, bantuan, bahkan untuk kecemasan yang dibagi bersama.
9. Untuk teman-teman Fakultas Psikologi angkatan 2009 yang menemani penulis berkembang hingga sekarang. Untuk Sasrya, Yumna, Vidya, Tina, Umaira, Ratih, Patty, Cide, Ayu, Senza dan Posma yang melengkapi hari-hari di kampus. Untuk kelompok Pelatihan II tersayang, Mely, Kevin, Citra, Sashie, dan Azza. Terima kasih untuk begitu banyak momen yang takkan terlupakan, kekompakan, dukungan, dan pelajaran yang tak henti diberikan. Terima kasih juga untuk para senior yang telah berbagi pengalaman dan banyak pelajaran pada penulis, Lunardi, Kak Nindia, Thifa, Kak Aas, Kak Tasya, yang membukakan jalan ke CISC dan kakak-kakak S2 yang secara tidak sengaja menemani proses *field*.
10. Teman-teman *Young on Top batch 2* dan para mentor, terutama untuk sahabat penulis, Nissia Ananda, terima kasih untuk seluruh dukungan, semangat, dan tentunya diskusi yang menginspirasi.
11. Kolega Radio Telekomunikasi Cipta Universitas Indonesia, yang menjadi salah satu tempat penulis belajar dan membentuk keluarga baru selama dua tahun terakhir. Terutama untuk *Managerial 2012* dan divisi *Marketing & Communication*, Hasti Triana dan Keti Sasenda sebagai rekan kerja yang begitu menyenangkan.
12. Keluarga besar Kuliah Kerja Nyata 2012: Dede, Ila, Uli, dan teman-teman titik kabupaten Kapuas Hulu. Terima kasih untuk dukungan yang selalu diberikan dari sebuah keluarga baru yang begitu hangat dalam keterbatasan dan kesederhanaan.

Terakhir penulis ucapkan terima kasih dan berharap semoga Allah SWT melimpahkan berkahnya demi membalas semua kebaikan mereka. Apabila ada saran, kritik atau masukan dapat disampaikan kepada penulis dengan menghubungi clarissa.rizky@gmail.com. Semoga penelitian ini bermanfaat bagi orang yang membacanya.

Depok, 21 Desember 2012

Clarissa Rizky Rosyani

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

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

Nama : Clarissa Rizky Rosyani

NPM : 0906520755

Program Studi : Reguler

Fakultas : Psikologi

Jenis Karya : Skripsi

demi 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 Pasien Kanker Dewasa”

beserta perangkat (jika ada). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihbentuk, 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 : 21 Desember 2012

Yang menyatakan



(Clarissa Rizky Rosyani)

NPM : 0906520755

ABSTRAK

Nama : Clarissa Rizky Rosyani
Program Studi : Psikologi
Judul : Hubungan antara Resiliensi dan *Coping* pada Pasien Kanker”

Penelitian ini dilakukan untuk melihat hubungan antara resiliensi dan *coping* pada pasien kanker. Sebanyak 70 pasien kanker menjadi partisipan dalam studi ini dengan mengisi kuisioner resiliensi dan *coping*. Resiliensi diukur dengan menggunakan *The 14-Item Resilience Scale (RS-14)* yang disusun oleh Wagnild dan Young (2009). Skor terendah dalam pengukuran resiliensi adalah sebesar 36 dan yang tertinggi adalah 53, sementara itu rata-rata skor menunjukkan skor 43,38. Selanjutnya, *coping* diukur dengan menggunakan alat ukur *Brief COPE* yang dibuat oleh Carver (1997) berdasarkan teori Lazarus dan Folkman (1984). Skor terendah dalam pengukuran *coping* adalah sebesar 57 dan yang tertinggi adalah 87, sementara itu rata-rata skor menunjukkan skor 72,14. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya korelasi yang positif dan signifikan antara *coping* dan resiliensi. Selain itu ditemukan bahwa resiliensi berhubungan lebih erat dengan jenis *emotion-focused coping*.

Kata Kunci:
Resiliensi, *Coping*, Kanker

ABSTRACT

Name : Clarissa Rizky Rosyani
Program of Study : Psychology
Judul : *The Correlation between Resilience and Coping in Adult Cancer Patient*

This research was done to see the relationship between coping & resilience toward cancer patient. 70 cancer patients participated in this study by completing the questionnaires on resilience and coping. Resilience was measured by The 14-Item Resilience Scale (RS-14) measurement created by Wagnild and Young (2009). The lowest score is 36, while the highest score is 53. Beside that, the sample mean in Resilience Scale measurement is 43,38. Coping was measured by the Brief COPE measurement created by Carver (1997) based on Lazarus and Folkman's theories. The lowest score is 57, while the highest score is 87. Beside that, the sample mean in Brief COPE measurement is 72,14. The result of this research shows the existence of positive & significant correlation between resilience and coping. Other than that, the result of the research also show a higher correlation between resilience and emotion focused coping.

Keywords:
Resilience, Coping, Cancer

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
UCAPAN TERIMA KASIH.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	iv
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Masalah Penelitian.....	9
1.3 Tujuan Penelitian.....	9
1.4 Manfaat Penelitian.....	10
1.4.1 Manfaat Teoritis	10
1.4.2 Manfaat Praktis.....	10
1.5 Sistematika Penulisan	10
2. TINJAUAN PUSTAKA	12
2.1 Kanker.....	13
2.1.1 Jenis-Jenis Penyakit Kanker Dewasa.....	13
2.1.2 Tingkatan/Stadium Penyakit Kanker Dewasa.....	13
2.1.3 Pengobatan untuk Penyakit Kanker Dewasa.....	14
2.1.4 Dampak Penyakit Kanker Dewasa	15
2.1.4.1 Dampak Penyakit Kanker ditinjau dari Tahap Perkembangan	17
2.2 Resiliensi.....	17
2.2.1 Definisi Resiliensi.....	21
2.2.2 Komponen Resiliensi	19
2.2.3 Faktor-faktor yang memengaruhi Resiliensi	24
2.2.4 Pengukuran Resiliensi.....	25
2.3 <i>Coping</i>	25
2.3.1 Definisi <i>Coping</i>	25
2.3.2 Jenis-Jenis <i>Coping</i>	26
2.3.3 Faktor yang memengaruhi Pemilihan <i>Coping</i>	31
2.3.4 Pengukuran <i>Coping</i>	35
2.4 Dinamika Hubungan Resiliensi, <i>Coping</i> , dan Kanker.....	35
3. METODE PENELITIAN	39
3.1 Masalah Penelitian.....	39
3.2.1 Hipotesis Konseptual.....	39
3.2.1.1 Hipotesis Alternatif.....	39

3.2.2.1 Hipotesis Null	39
3.2.2 Hipotesis Operasional	39
3.2.2.1 Hipotesis Alternatif.....	39
3.2.2.2 Hipotesis Null.....	39
3.3 Variabel Penelitian	40
3.3.1 Variabel Pertama: Resiliensi	40
3.3.2 Variabel Kedua: <i>Coping</i>	40
3.4 Tipe dan Desain Penelitian	40
3.5 Partisipan Penelitian	41
3.5.1 Sampel Penelitian Penelitian	41
3.5.2 Karakteristik Partisipan Penelitian	41
3.5.3 Prosedur dan Teknik Pengambilan Sampel.....	42
3.5.4 Jumlah Sampel.....	42
3.6 Instrumen Penelitian	42
3.6.1 Alat Ukur Resiliensi dan Uji Coba Alat Ukur Resiliensi.....	43
3.6.2 Metode <i>Scoring</i> Alat Ukur Resiliensi	45
3.6.3 Alat Ukur <i>Coping</i> dan Uji Coba Alat Ukur <i>Coping</i>	45
3.6.4 Metode <i>Scoring</i> Alat Ukur <i>Coping</i>	50
3.7 Prosedur Penelitian.....	50
3.7.1 Tahap Persiapan Penelitian	50
3.7.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian	51
3.7.3 Tahap Pengolahan Data	51
3.8 Metode Pengolahan Data	51
4. HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN	53
4.1 Gambaran Umum Subjek Penelitian	53
4.2 Gambaran Umum Hasil Penelitian.....	55
4.2.1 Gambaran Umum Resiliensi pada Pasien Kanker Dewasa.....	55
4.2.2 Gambaran Umum <i>Coping</i> pada Pasien Kanker Dewasa.....	55
4.3 Analisis Utama.....	57
4.3.1 Hubungan antara Resiliensi dengan <i>Coping</i> Positif pada Pasien Kanker Dewasa	57
4.3.2 Hubungan antara Jenis <i>Coping</i> dan Resiliensi pada Pasien Kanker Dewasa	58
4.3.2 Hubungan antara Resiliensi dengan Subskala <i>Coping</i>	58
4.4 Analisis Tambahan.....	59
4.4.1 Gambaran Resiliensi dan <i>Coping</i> ditinjau dari Aspek Demografis.....	59
5. KESIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN	60
5.1 Kesimpulan	60
5.2 Diskusi	61
5.3 Keterbatasan Penelitian.....	67
5.4 Saran	68
5.3.1 Saran Metodologis.....	68
5.3.2 Saran Praktis.....	68
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	74

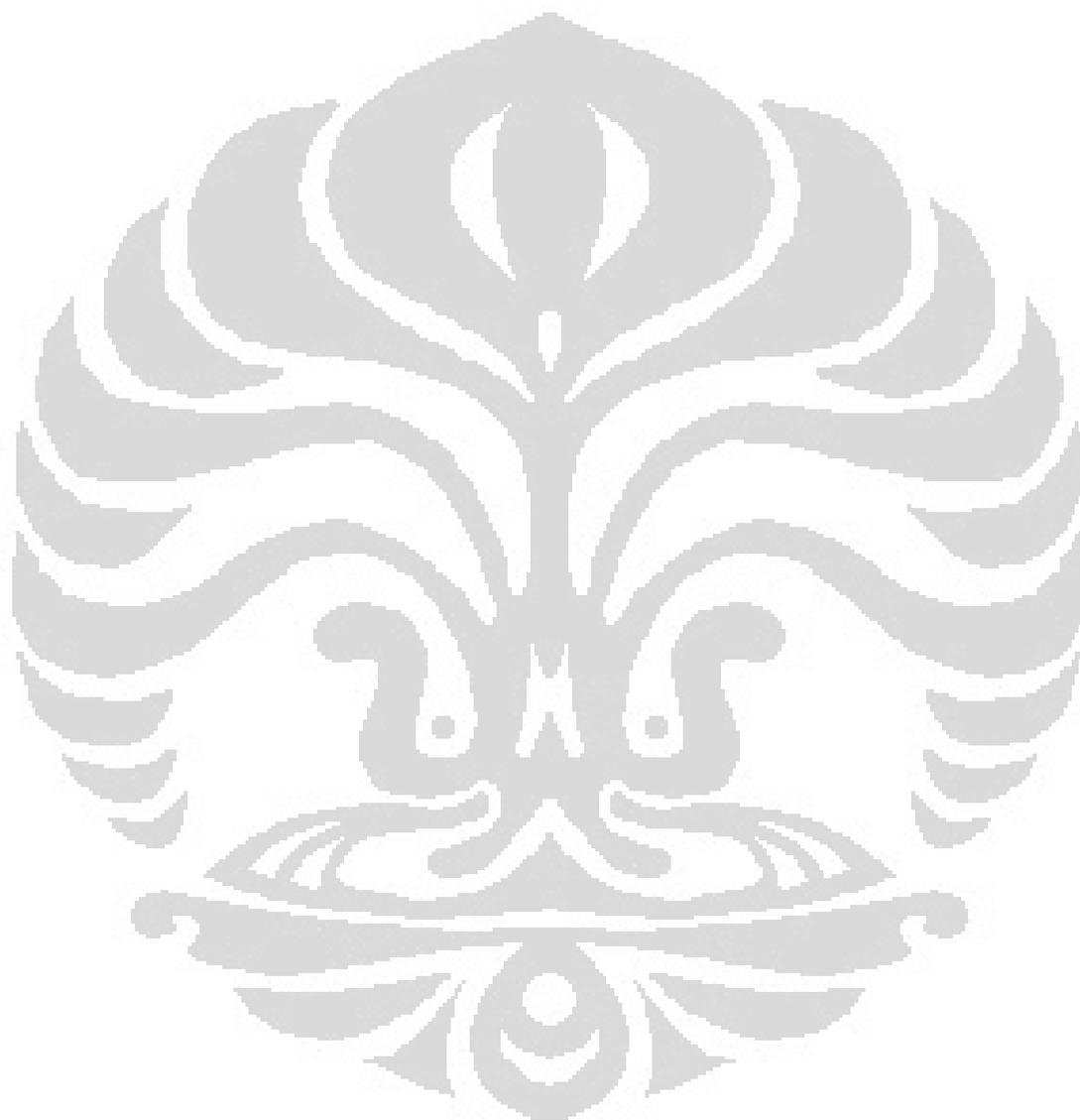
DAFTAR TABEL

Tabel 3.6.1 Kisi-kisi Alat Ukur Resiliensi	44
Tabel 3.6.2 Kisi-kisi Alat Ukur <i>Coping</i>	47
Tabel 3.6.2.1 Revisi <i>Item</i> Alat Ukur <i>Coping</i>	49
Tabel 4.1.1 Gambaran Umum Subjek Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Status, Tingkat Pendidikan, Pengeluaran per bulan.....	53
Tabel 4.1.2 Gambaran Umum Subjek Berdasarkan Jenis, Stadium Penyakit Kanker dan Lama Menderita Penyakit.....	54
Tabel 4.2.1.1 Gambaran Umum Resiliensi pada Pasien Kanker Dewasa.....	55
Tabel 4.2.1.2 Gambaran Umum <i>Coping</i> pada Pasien Kanker Dewasa	56
Tabel 4.2.1.3 Gambaran Umum <i>Problem-Focused Coping dan Emotion-Focused Coping</i>	56
Tabel 4.2.1.4 Gambaran Umum Subskala <i>Coping</i>	56
Tabel 4.3.1 Hubungan antara Resiliensi dan <i>Coping</i> pada Pasien Kanker Dewasa..	57
Tabel 4.3.2 Hubungan antara Resiliensi dan <i>Coping</i> Positif pada Pasien Kanker Dewasa	58
Tabel 4.3.3 Hubungan antara Resiliensi dan <i>Coping</i> Negatif pada Pasien Kanker Dewasa	58
Tabel 4.3.4 Hubungan antara Resiliensi dan Jenis <i>Coping</i> pada Pasien Kanker Dewasa	59
Subskala <i>Coping</i> pada Pasien Kanker Dewasa	59
Tabel 4.3.5 Hubungan antara Resiliensi dan Subskala <i>Coping</i>	59

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN A (Hasil Uji Coba Alat Ukur Resiliensi)	79
A.1 Hasil Uji Reliabilitas.....	79
A.2. Hasil Uji Validitas	79
LAMPIRAN B (Hasil Uji Coba Alat Ukur <i>Coping</i>)	80
A.1 Hasil Uji Reliabilitas.....	80
A.2 Hasil Uji Validitas	80
A.3 Hasil Uji Validitas per Subskala <i>Coping</i>	81
LAMPIRAN C (Hasil Utama Penelitian)	85
C.1 Hasil Korelasi antara Resiliensi dan <i>Coping</i> pada Pasien Kanker Dewasa ..	85
C.2 Hasil Korelasi antara Resiliensi dan <i>Coping</i> Positif pada Pasien Kanker Dewasa.....	85
C.3 Hasil Korelasi antara Resiliensi dan <i>Coping</i> Negatif pada Pasien Kanker Dewasa.....	85
C.4 Hasil Korelasi antara Resiliensi dan <i>Emotion-Focused Coping</i> pada Pasien Kanker Dewasa	86
C.5 Hasil Korelasi antara Resiliensi dan <i>Problem-Focused Coping</i> pada Pasien Kanker	86
C.6 Hasil Korelasi antara Resiliensi dan Subskala <i>Coping</i> pada Pasien Kanker..	87
LAMPIRAN D (Hasil Tambahan Penelitian)	91
D.1 Korelasi antara <i>Coping</i> dan Lama Menderita pada Pasien Kanker	91
D.2 Korelasi antara <i>Coping</i> dan Lama Menderita pada Pasien Kanker	91
D. 3 Gambaran <i>Coping</i> ditinjau dari Usia Pasien Kanker	91
D. 4 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Usia Pasien Kanker	92
D.5 Gambaran <i>Coping</i> Jenis Kelamin Pasien Kanker.....	92
D.6 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Jenis Kelamin Pasien Kanker	93
D.7 Gambaran <i>Coping</i> ditinjau dari Status Pernikahan Pasien Kanker	94
D.8 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Status Pernikahan Pasien Kanker	94
D.9 Gambaran <i>Coping</i> ditinjau dari Stadium Penyakit Kanker.....	95
D.12 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Stadium Penyakit Kanker	95
D.13 Gambaran <i>Coping</i> ditinjau dari Pengeluaran per Bulan	96
D.14 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Pengeluaran per Bulan	96

D.15 Gambaran <i>Coping</i> ditinjau dari Jenis Penyakit Kanker	97
D.16 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Jenis Penyakit Kanker	97
D.17 Gambaran <i>Coping</i> ditinjau dari Tingkat Pendidikan	98
D.18 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Tingkat Pendidikan	99
LAMPIRAN E (Kuesioner <i>Field</i>).....	99



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit kronis merupakan penyakit yang berkembang secara perlahan selama bertahun-tahun, namun biasanya tidak dapat disembuhkan melainkan hanya diberikan penanganan kesehatan (Taylor, 2012). Selain itu, Forshaw (2003) menyebutkan bahwa penyakit kronis merupakan penyakit yang tidak mudah disembuhkan, cenderung berkepanjangan, dan biasanya bersifat permanen. Penyakit ini merupakan kondisi yang akan menjadi bagian dari kehidupan seseorang. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2005) menyatakan bahwa kebanyakan penyakit kronis tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun mengakibatkan pasiennya merasa sangat sakit dan lemah dalam jangka waktu yang lama. Sejalan dengan hal tersebut, Taylor (2012) mengemukakan bahwa berbeda dengan penyakit akut yang langsung mengantarkan pasiennya pada suatu titik di mana seluruh aktivitas kehidupan terganggu, penyakit kronis akan membawa perubahan yang bersifat sementara ataupun permanen pada aktivitas fisik, sosial, dan vokasional. Adapun jenis-jenis penyakit kronis diantaranya: penyakit jantung, *stroke*, kanker, gangguan pernapasan kronis, diabetes, gangguan penglihatan dan kebutaan, gangguan pendengaran dan ketulian, gangguan oral dan genetik lainnya, serta penyakit infeksi seperti HIV/AIDS, *tuberculosis*, dan malaria (WHO, 2005).

Dari berbagai penyakit kronis di atas, penyakit kanker merupakan penyakit dengan jumlah kematian tertinggi kedua setelah penyakit jantung di dunia (<http://depkes.go.id>). Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), sekitar 7,6 juta jiwa atau 13% penduduk dunia pada tahun 2008 meninggal dunia akibat penyakit ini (<http://www.who.int>). Kemudian, di antara 6,25 juta kasus kanker yang baru terdiagnosis setiap tahunnya, 4 persen atau sekitar 250 ribu di antaranya adalah anak-anak (<http://health.detik.com>). Pasien kanker anak ini dikelompokkan berdasarkan batas usia medis yakni 0-18 tahun yang dikemukakan WHO. Kanker pada anak itu sendiri memiliki karakteristik yang berbeda dengan kanker dewasa. Pada sebagian besar kanker yang terjadi pada dewasa, dapat terlihat jelas kontribusi dari faktor lingkungan seperti perilaku merokok yang mengakibatkan kanker paru-

paru. Sementara itu, pada kanker yang terjadi pada anak, lebih banyak ditemukan faktor genetik dan gangguan multisistem yang berhubungan dengan meningkatkan risiko kanker (Granowetter, 1994). Perbedaan karakteristik serta jumlah yang signifikan antara pasien kanker anak dan dewasa mendorong penelitian ini untuk lebih menfokuskan pada pasien kanker dewasa.

Secara umum jumlah penyakit kanker kian meningkat di seluruh dunia. Ironisnya perkembangan ini terjadi lebih pesat di negara berkembang seperti Indonesia. Jika tidak segera ditanganani, Departemen Kesehatan Republik Indonesia memperkirakan bahwa pada tahun 2030 akan ada 26 juta jiwa pasien kanker dan sebanyak 17 juta jiwa akan meninggal karenanya (<http://depkes.go.id>). Hingga tahun 2010, prevalensi pasien kanker di Indonesia mencapai 4,3 orang setiap 1000 penduduk atau jika jumlah penduduk di tahun 2010 adalah 237,6 juta jiwa, maka sekitar 1,02 juta jiwa diperkirakan merupakan pasien kanker (<http://health.kompas.com>). Jumlah pasien kanker di Indonesia yang kian meningkat ini menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia menempatkan kanker sebagai salah satu penyebab kematian tertinggi setelah kecelakaan lalu lintas, penyakit infeksi, jantung, diare dan *stroke* (<http://depkes.go.id>).

Penyakit kanker itu sendiri telah lama menjadi sebuah penyakit yang sulit untuk dipelajari penyebab maupun perkembangannya karena variasi jenis serta pola munculnya yang tidak menentu. Misalnya, di antara tiga orang yang memiliki kebiasaan merokok sejak usia yang sama, hanya dua yang mengidap kanker paru-paru ketika lanjut usia. Selanjutnya, di antara kedua orang tersebut hanya satu yang sel kankernya menyebar dengan cepat hingga menyebabkan kematian, sementara yang lain harus melakukan pengobatan selama bertahun-tahun. Karena itu, Forshaw (2003) menyatakan bahwa kanker merupakan penyakit yang kompleks. Menurutnya, meskipun kanker dapat menyebabkan kematian langsung, tetapi ia tidak dapat dikategorikan sebagai penyakit akut karena perkembangannya yang dapat berlangsung selama bertahun-tahun sehingga lebih dikenal sebagai sebuah penyakit kronis.

Selain mengakibatkan jumlah kematian yang tinggi serta perkembangannya yang sangat bervariasi, perbedaan penyakit kanker dengan penyakit kronis lain seperti *stroke* dan jantung terletak pada dampak psikologis yang dihadapi pasiennya.

Pada awalnya, pasien harus mengikuti serangkaian proses diagnosis yang cukup panjang meliputi berbagai teknik dan prosedur seperti evaluasi sejarah kesehatan pasien, pemeriksaan klinis, laboratorium, radiologi, serta pemeriksaan sampel jaringan yang diperoleh melalui biopsi atau aspirasi jarum halus (WHO, 2008). Seluruh proses tersebut pada dasarnya akan membuat pasien kelelahan. Kemudian pada akhir prosedur diagnosis di mana pasien dinyatakan menderita penyakit kanker, ia dapat mengalami *distress* emosional karena diliputi pertanyaan mengenai mengapa penyakit tersebut bisa muncul, signifikansinya terhadap masa depannya, serta perubahan apa yang akan terjadi nantinya (Andersen, 1989; Jim, Richardson, Golden-Kreutz & Andersen, 2006). Sebagian pasien kanker bahkan pada awalnya menganggap kata “kanker” itu sendiri sebagai kata yang menyakitkan karena penyakit ini dianggap penyakit yang tidak jelas penyebabnya, berpotensi menyerang siapapun, dan kemungkinan besar tidak dapat disembuhkan hingga menyebabkan kematian (Brewin, 1977).

Ditambahkan oleh Karabulutlu, Bilici, Çayır, Tekin, dan Kantarcı (2010), penyakit ini tidak hanya menyerang fisik namun juga memberikan efek psikososial negatif seperti ketidakpastian dan ancaman akan kematian yang mengarah pada gangguan psikologis pada individu. Sejalan dengan hal tersebut, Sand, Olsson, dan Strang (2009), menyatakan bahwa bagi pasien kanker, dihadapkan dengan ancaman kematian itu sendiri merupakan situasi yang memicu tekanan emosional dan kecemasan. Bagi sebagian orang, diagnosis adanya penyakit kanker dimaknai sebagai bagian dari kehidupan yang dapat mereka terima. Namun pada sebagian orang yang lain, hal ini merupakan kondisi yang menghancurkan dimana mereka menjadi merasa dirinya menjadi tidak berharga (Forshaw, 2003).

Setelah melewati proses diagnosis, pasien kanker akan melalui proses *staging* atau identifikasi tingkat keparahan penyebaran kanker melalui proses pengelompokkan gejala yang dialami menjadi sebuah kategori umum (WHO, 2008). Proses ini akan membantu untuk menentukan penanganan yang tepat, misalnya medikasi, mengurangi beban tumor, atau meredakan gejala. Adapun jenis tingkatan kanker menurut WHO (2008) adalah “*Early Cancer*” yakni pada stadium I dan II serta “*Advance Cancer*” yakni pada stadium III dan IV. Pengelompokkan

berdasarkan tingkatannya ini juga penting untuk menentukan kelangsungan hidup pasiennya.

Selanjutnya, pasien kanker akan melalui penanganan yang disesuaikan dengan tingkatan kankernya. Penanganan medis yang umum diberikan pada pasien kanker terbagi tiga, yakni: operasi, radioterapi, dan kemoterapi. Seluruh proses penanganan, perawatan, serta pengobatan berkepanjangan ini seringkali membuat kondisi fisiknya menurun. Pada proses radioterapi, pasien dapat merasakan dampak samping, antara lain: perubahan kondisi darah sehingga membutuhkan tes secara rutin; rasa sakit di mulut dan tenggorokan; kehilangan suara, selera makan, dan berat badan; kelelahan; dan reaksi pada kulit (Burton & Watson, 2000). Sementara itu, proses kemoterapi yang memakan waktu berbulan-bulan ini dapat mengakibatkan pasien merasa mual, lemas, mengalami kerontokan rambut, dan merasakan sakit yang diakibatkan oleh radiasi (Forshaw, 2003). Seiring dengan bertambahnya rasa sakit, kelelahan dan kehilangan selera makan yang dialami pasien kanker, fungsi tubuhnya pun semakin menurun (Synder, Garrett-Mayer, Brahmer, Carducci & Pili, et al., 2008; Washburn, 2011).

Selain mengalami kondisi fisik yang terganggu, pengobatan, dan perawatan yang berkepanjangan juga dapat memunculkan masalah finansial, vokasional, relasi sosial serta psikologis (Taylor, 2012). Penelitian Mona dan Singh (2012) juga menemukan bahwa pasien kanker dapat mengalami masalah dalam hubungan pernikahan dan keluarga, seksual, serta masalah dalam aspek psikologis seperti penurunan *self esteem* dan stres. Mereka ditemukan memiliki kecemasan, emosionalitas, sensitivitas, dan depresi yang lebih tinggi dibandingkan orang yang sehat (Ahmed & Ahmed, 1999; Mona & Singh, 2012). Menurut penelitian Muhidin (2004) pada pasien kanker payudara di Indonesia, sumber stres pada pasien kanker diantaranya adalah dampak pengobatan yang menimbulkan kecemasan bagi individu. Pasien kanker dapat mengalami disonansi kognitif karena setelah mendapat penanganan dari dokter, ia justru merasa kondisi tubuhnya semakin memburuk. Hal ini dikarenakan pengobatan untuk kanker cenderung tidak memunculkan efek langsung dan berjalan selama berbulan-bulan bahkan hingga bertahun-tahun. Disonansi kognitif yang dialami pasien kanker dapat mengakibatkan stres yang cukup tinggi karena mereka akan mengalami kesulitan untuk mempercayai bahwa

rasa sakit yang dialami karena pengobatan pantas untuk dilewati untuk dapat sembuh (Festinger, 1957 dalam Forshaw, 2003).

Stres itu sendiri merupakan hubungan antara individu dengan lingkungan yang dinilai memberatkan atau melebihi sumber daya yang ia miliki, serta membahayakan *well being*-nya (Lazarus & Folkman, 1984). Menurut penelitian Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, dan Falke (1992), stres yang dialami pasien kanker antara lain disebabkan oleh ketakutan akan ketidakpastian masa depan, keterbatasan fisik, penampilan dan gaya hidup, serta rasa sakit yang timbul akibat munculnya penyakit. Sementara itu, penelitian De Faye, Wilson, Chater, Viola, dan Andippa, (2006) menemukan bahwa sumber stres utama pada pasien kanker merupakan ketakutan untuk menjadi beban bagi orang-orang di sekitarnya. Para pasien kanker juga dapat mengalami stres saat pelaksanaan operasi, karena ia harus beradaptasi dengan seluruh peralatan, makanan, dan lingkungan rumah sakit yang bagi sebagian orang menakutkan (Burton & Watson, 2000). Setelah operasi, sebagian pasien menurut Burton dan Watson dapat mengalami stres lanjutan yang disebabkan oleh pengobatan seperti kemoterapi dan radioterapi. Pengobatan tersebut tidak hanya menimbulkan efek samping yang telah disebutkan, namun juga memunculkan perasaan bahwa sudah tidak tindakan lain yang dapat dilakukan pasien pada penyakitnya, sehingga ia perlahan kehilangan harapan.

Meskipun berada dalam situasi yang menimbulkan stres, pasien kanker sebenarnya masih memiliki kekuatan dari dalam diri yang dapat membantunya untuk beradaptasi dengan pemicu stres dan memaknai hidupnya (Loprinzi, Prasad, Schroeder & Sood, 2011). Sesuai dengan yang dikemukakan Wagnild (2011), walaupun dalam hidup manusia seringkali tidak memiliki kuasa atas kejadian yang terjadi pada dirinya seperti: kecelakaan, bencana alam, kriminalitas, hingga penyakit yang mengarah pada kematian, tetapi setiap individu dapat memilih bagaimana cara menghadapi kejadian tersebut. Kemampuan individu memilih untuk bangkit dan beradaptasi dengan kondisinya ini disebut dengan resiliensi.

Pada awalnya, resiliensi dianggap sebagai *trait* kepribadian yang bekerja setelah seseorang mengalami peristiwa traumatis dalam hidup (Klohn, 1996; Herrmann, Stewart, Diaz-Granados, Berger, Jackson & Yuen, 2011). *Trait* itu sendiri merupakan disposisi yang relatif permanen pada seorang individu dimana hal

tersebut disimpulkan dari tingkah laku (Feist & Feist, 2009). Seiring dengan berjalannya waktu, pandangan mengenai resiliensi bergeser menjadi sebuah *state* atau predisposisi untuk bertingkah laku yang relatif sementara, di mana hal ini berlawanan dengan *trait* kepribadian (Cohen & Swerdlik, 2010). Salah satu ahli yang memandang resiliensi sebagai sebuah *state* adalah Wagnild dan Young (1993). Berdasarkan hasil studi kualitatif pada 24 wanita lanjut usia yang telah mengalami peristiwa traumatis dalam hidup, Wagnild dan Young (1993) menemukan bahwa resiliensi merupakan suatu kekuatan dalam diri individu sehingga mampu beradaptasi dalam menghadapi kondisi sulit dan kemalangan yang menimpanya. Penelitian-penelitian lanjutan pada umumnya juga menyetujui bahwa resiliensi dapat berkembang seiring berjalannya waktu dan perkembangannya dapat dipengaruhi oleh pengalaman masa kecil seperti hubungan yang dekat dengan keluarga (Beardslee, 1989 dalam Wagnild & Young, 1993), keberadaan sosok panutan yang mengajarkan kemandirian (Druss & Douglas, 1988 dalam Wagnild & Young, 1993), serta fungsi keluarga yang efektif (Richmond & Beardslee, 1988 dalam Wagnild & Young, 1993).

Selanjutnya, resiliensi juga ditemukan memiliki hubungan dengan kesehatan fisik (Black & Ford-Giboe, 2004 dalam Wagnild, 2009) maupun mental (Broyles, 2005 dalam Wagnild, 2009). Beberapa penelitian dalam Loprinzi, Prasad, Schroeder dan Sood (2011), juga menemukan bahwa resiliensi berkorelasi positif dengan aktivasi di korteks prefrontal dan penurunan aktivasi di sistem limbik yaitu amigdala. Hasil penelitian tersebutlah kemudian menjadi dasar pengembangan pelatihan manajemen stres dan resiliensi karena dipercaya dapat memberikan dampak klinis yang positif pada kesehatan fisik maupun mental pada pasien kanker (Loprinzi, Prasad, Schroeder & Sood, 2011). Tingkat resiliensi yang tinggi pada diri seseorang biasanya berkorelasi positif dengan tingkat *self esteem*, *self confidence*, dan disiplin yang tinggi; keberanian dan optimisme dalam menghadapi kegagalan; kapasitas kognitif di atas rata-rata; dan memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk terbebas dari penyakit (Portzky, Wagnild, Bacquer & Audenaert, 2010). Pada kasus pasien penyakit kanker, resiliensi menjadi penting karena keinginan, keyakinan, dan usaha untuk beradaptasi yang muncul dari dalam diri pasien akan sangat berdampak positif pada kemajuan

pengobatannya. Hal ini sejalan dengan Siebert (2005) yang melihat resiliensi sebagai sebuah kunci untuk kehidupan yang sehat dan produktif. Medical Research Council dan The Economic & Social Research Council di Inggris menambahkan bahwa resiliensi merupakan faktor penting dalam kesehatan dan *well-being* sepanjang kehidupan seseorang (Windle, Bennett & Noyes, 2011). Penelitian Aspinwall dan MacNamara (2005 dalam Schmer, 2010) menemukan bahwa pasien kanker yang resilien mampu untuk belajar dari pengalaman dan tetap bersikap optimis dalam menghadapi tantangan hidupnya

Selain itu, resiliensi ditemukan dapat merefleksikan perbedaan individual dalam melakukan *coping* terhadap situasi yang menimbulkan stres (Taylor, 2012). Salah satu contohnya terdapat beberapa orang yang mampu menangani diagnosis adanya penyakit kanker dengan baik sementara yang lain tidak. *Coping* merupakan tingkah laku dan cara pandang yang secara konstan berubah untuk mengatur tuntutan eksternal dan/atau internal yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya dari seseorang (Folkman & Lazarus, 1984). Jika seorang individu gagal beradaptasi dengan masalah yang dihadapi, maka akan mengakibatkan terjadinya simptom penyakit yang lebih parah, usaha untuk mengatasi yang rendah, sikap neurotik, dan kondisi fisik yang menurun (Cheng, et al., 1999; Drossman, et al., 2000 dalam Taylor, 2012). Apabila kondisi ini berlanjut, maka dapat mengakibatkan kecemasan, ketakutan, dan depresi (Taylor, 2012).

Untuk itu, pemilihan *coping* yang efektif bagi pasien kanker sangatlah penting, mengingat hal tersebut dapat berpengaruh pada kondisinya. Mona dan Singh (2012) menuturkan bahwa pemilihan *coping* yang efektif dapat membantu pasien kanker untuk belajar mengenai perubahan situasi dalam hidupnya, mengatasi stres, dan memahami mengapa penyakit kanker dapat menimpa dirinya serta dampak apa saja yang akan terjadi dalam dirinya. Adapun alternatif pilihan *coping* telah dikelompokkan menjadi *problem-focused* dan *emotion-focused coping* oleh Lazarus dan Folkman (1984). *Problem-focused coping* merupakan tindakan langsung untuk menyelesaikan masalah ataupun mencari informasi yang relevan dengan solusi seperti mengikuti rangkaian pengobatan medis baik itu obat-obatan dan kemoterapi, sementara *emotion-focused coping* merupakan usaha untuk mengurangi reaksi emosional negatif yang ditimbulkan oleh stres yang diakibatkan penyakit kanker

seperti menyibukkan diri dengan kegiatan sosial dan mencari kenyamanan dari orang lain.

Pada dasarnya kedua pilihan *coping* ini akan menjadi lebih efektif bergantung pada situasi dan kondisi yang dialami individu. Meskipun begitu, berbagai penelitian kerap dilakukan untuk mengetahui pemilihan *coping* yang paling efektif dalam menghadapi penyakit kanker. Taylor, Lichman dan Wood, (1984 dalam De Faye, Wilson, Chater, Viola, & Andippa, 2006) menyatakan bahwa *emotion-focused coping* seperti *positive reappraisal* atau melakukan penilaian kembali secara lebih positif terhadap situasi yang dihadapi serta memproses emosi secara aktif dapat membantu pasien untuk melakukan adaptasi dengan lebih baik. Selain itu, bersikap fokus pada perasaan dan hal positif juga terbukti berdampak pada tingkat stres yang rendah bagi pasien kanker (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992). Kemudian Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, dan Falke juga menemukan bahwa pasien kanker yang melakukan *coping* dengan mencari dukungan sosial mengalami tingkat stres yang lebih rendah. Mereka yang memiliki dukungan sosial dari keluarga dan teman secara umum menurut Moos, Brenen, Fondacaro, dan Moos (1998 dalam Mona & Singh, 2012) cenderung akan lebih menggunakan *coping* seperti meminta saran dan arahan serta tidak melakukan penghindaran dari penyakitnya. Berlawanan dengan temuan tersebut, penelitian Trevino, Maciejewski, Fasciano, Greer, dan Partridge, et al. (2011), menyatakan bahwa pasien kanker berusia dewasa muda yang melakukan *coping* dengan mencari dukungan sosial justru merasakan kecemasan yang tinggi.

Sementara itu, menurut penelitian Epping-Jordan, Compas dan Howel (1994 dalam Taylor, 2012), individu yang tidak mampu untuk menghadapi penyakitnya dengan melakukan *coping* atau cenderung menghindar akan mengalami perkembangan yang sangat pesat dalam tingkatan kankernya. Penghindaran ini juga menjadi faktor risiko terhadap stres, depresi, kesulitan tidur, dan faktor lain yang diakibatkan oleh penyakit yang dialami (McKenna, Zevon, Corn & Rounds, 1999 dalam Taylor, 2012). Untuk itu menurut David (1999), identifikasi terhadap pasien kanker yang tidak dapat melakukan pemilihan *coping* yang efektif menjadi penting agar dapat diberikan penanganan yang tepat guna mencegah munculnya gangguan psikologis seperti gangguan cemas dan depresi.

Salah satu penanganan psikologis yang dapat dilakukan untuk membantu pasien kanker agar dapat melakukan pemilihan *coping* yang efektif menurut Loprinzi, Prasad, Schroeder, dan Sood (2011), adalah dengan memberikan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan manajemen stres serta resiliensi. Pelatihan yang melibatkan *survivor* kanker sebagai pemandu ini didasari teori bahwa resiliensi tidak hanya membantu pasien memilih *coping* secara efektif, namun juga berpengaruh positif pada kesehatan fisik dan mental. Selanjutnya penelitian Strauss, Brix, Fischer, Leppert, dan Füller, et al. (2007), juga menemukan bahwa resiliensi merupakan salah satu prediktor psikologis dari kualitas hidup dan pemilihan *coping* pada pasien kanker yang melakukan pengobatan radioterapi. Berlawanan dengan pandangan di atas, Kumpher (1999) berpendapat bahwa *coping* memiliki peran dalam mengembangkan resiliensi seseorang. Cotu (2002 dalam Lees, 2010) juga mengatakan hal yang serupa, bahwa *coping* merupakan salah satu faktor protektif dari resiliensi. Hingga saat ini, penelitian yang mengaitkan kedua hal ini pada pasien kanker sedikit ditemukan di Asia khususnya Indonesia. Padahal menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kanker merupakan penyakit dengan tingkat kematian tertinggi kedua setelah jantung di dunia, di mana penyakit tersebut lebih cepat berkembang di negara berkembang seperti Indonesia. Sementara itu, menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2012), jumlah penyakit kanker terus meningkat hingga mencapai 6% dari populasi atau kurang lebih 16 juta pasien. Karenanya, penelitian mengenai resiliensi dan *coping* pada pasien kanker menjadi penting untuk dilakukan agar dapat membantu penanganan pada pasien, keluarga, serta orang terdekat.

Adapun metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kuantitatif dengan dua alat ukur, yaitu *The Resilience Scale* yang dikembangkan Wagnild dan Young (1993) untuk pengukuran resiliensi, serta *The Brief COPE* milik Carver (1997) untuk melihat pemilihan *coping* pada pasien kanker.

1.2 Masalah Penelitian

Permasalahan utama yang diteliti dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara resiliensi dan *coping* pada pasien kanker dewasa?”. Selain itu terdapat rumusan permasalahan tambahan yaitu: (1) “Apakah terdapat hubungan antara

resiliensi dan *coping* positif pada pasien kanker dewasa?” dan (2) “Jenis *coping* apa yang lebih berhubungan erat dengan resiliensi?”

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan permasalahan penelitian di atas, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui serta menguji hubungan antara resiliensi dan *coping* pada pasien dengan kanker.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian yang diperoleh dari penelitian ini terdiri dari manfaat teoritis dan praktis

1.4.1 Manfaat Teoritis

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah untuk mengembangkan kajian teoritis maupun penelitian yang berhubungan dengan konsep resiliensi dan *coping* terkait dengan penanganan psikologis pada pasien kanker.

1.4.2 Manfaat Praktis

Adapun manfaat praktis yang diharapkan dari penelitian ini adalah agar dapat digunakan untuk membantu pasien kanker dalam mengembangkan karakteristik individu yang resilien, seperti melalui intervensi dan psikoedukasi.

1.5 Sistematika Penulisan

Penelitian ini menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari lima bab dimana setiap bab memiliki sub bab lengkap dengan penjelasannya tentang hal-hal yang berkaitan dengan penelitian ini. Kelima bab tersebut adalah sebagai berikut:

1. Bab 1 merupakan pendahuluan dari penelitian yang terdiri dari latar belakang mengapa ingin meneliti hubungan antara resiliensi dan *coping* pada pasien kanker, masalah penelitian, tujuan penelitian, manfaat yang diharapkan dari penelitian ini, serta sistematika penulisan.
2. Bab 2 akan menjelaskan landasan teori atau tinjauan pustaka yang berisi konsep-konsep mengenai penyakit kanker, resiliensi, *coping* dan dinamika hubungan di antara ketiga variabel tersebut.
3. Bab 3 merupakan bagian yang akan menjelaskan metode penelitian yang digunakan. Bab ini terdiri dari masalah, hipotesis, variabel, tipe dan desain

penelitian, karakteristik partisipan, instrumen, prosedur penelitian, serta metode pengolahan data.

4. Bab 4 akan memaparkan hasil penelitian. Pada bagian ini akan diberikan gambaran umum dari partisipan, hasil penelitian yang diperoleh serta analisis sesuai dengan konsep dan teori yang digunakan.
5. Bab ini adalah bagian yang memberikan kesimpulan yang merupakan jawaban dari pertanyaan penelitian, saran dan diskusi mengenai hal-hal yang telah ditemukan maupun belum dalam penelitian ini.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menjelaskan mengenai teori yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu teori mengenai kanker, resiliensi, *coping*, dan dinamika hubungan antarvariabel tersebut.

2.1 Kanker

Pada awalnya istilah kanker digunakan untuk mendeskripsikan sesuatu yang tersembunyi dan menyebar secara destruktif (Brannon & Feist, 1997). Secara medis, kanker merupakan suatu gabungan dari 100 lebih penyakit yang memiliki beberapa faktor yang sama (Taylor, 2012). Dilanjutkan oleh Taylor (2012), semua penyakit kanker bermula pada adanya disfungsi pada DNA yang merupakan bagian dari *cellular programming* yang mengontrol pertumbuhan sel dan reproduksi. Disfungsi DNA tersebut menyebabkan pertumbuhan sel kanker yang berlebihan dan menyebar dengan cepat. Tidak seperti sel lain, sel kanker tidak memberikan manfaat pada tubuh, justru memakan sumber daya yang dimiliki. Brannon dan Feist (1997) menyebutkan bahwa kanker merupakan kerusakan yang mengakibatkan sel dapat melipatganda dengan cara yang tidak terkontrol. Sejalan dengan hal tersebut, Forshaw (2003) mengatakan bahwa sel kanker dapat muncul di jaringan manapun dalam tubuh, termasuk tulang dan pembuluh darah.

Sel kanker dapat bersifat jinak, tidak berbahaya maupun menyebar, atau bisa juga bersifat ganas. Namun demikian, menurut Brannon dan Feist (1997), sel tersebut dapat menghambat fungsi neurologis dan vaskular jika tumbuh di bagian yang vital seperti otak. Sementara itu, neoplasma yang ganas di sisi lain menurut Forshaw (2003), sangatlah rentan untuk menyebar melalui pembuluh darah dan kemudian meninggalkan tumor ataupun bergerak ke bagian tubuh lain. Pergerakan ke seluruh bagian tubuh lain ini disebut dengan *metastasis* di mana hal itu dapat membahayakan kondisi individu yang mengalaminya. Adapun contohnya adalah tumor di paru-paru yang dapat menyebar hingga ke otak hingga mengakibatkan kematian.

Penyebab ataupun waktu munculnya penyakit kanker dari penyakit kanker sangatlah bervariasi pada masing-masing pasien. Menurut Departemen Kesehatan

Republik Indonesia, sebanyak kurang lebih 2-4% dari seluruh pasien kanker masih berusia di bawah 18 tahun. Sementara itu banyak juga ditemukan pasien kanker yang telah berusia lanjut. Karenanya menurut Taylor (2012), penyakit ini telah lama menjadi penyakit yang sulit untuk dipelajari.

2.1.1 Jenis-Jenis Penyakit Kanker Dewasa

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2012), terdapat 100 lebih jenis kanker yang dapat menyebar di seluruh bagian tubuh manusia. Sejalan dengan pernyataan tersebut, menurut Brannon dan Feist (1997) penyakit kanker sangatlah kompleks dan memiliki banyak sekali jenis. Salah satu cara untuk mengklasifikasikannya adalah dengan melihat tipe sel asal atau berdasarkan organ tubuh awal munculnya sel kanker (Brannon & Feist, 1997). Adapun jenis-jenis kanker sesuai dengan urutan tingkat kematian di dunia menurut WHO (2010) adalah sebagai berikut:

- a. Kanker Paru-Paru (1.300.000 kematian per tahun)
- b. Kanker Perut (803.000 kematian per tahun)
- c. Kanker Kolorektal (639.000 kematian per tahun)
- d. Kanker Liver (610.000 kematian per tahun)
- e. Kanker Payudara (519.000 kematian pertahun).

2.1.2 Tingkatan/Stadium Penyakit Kanker Dewasa

Menurut *National Cancer Institute* (2010), *staging* merupakan proses untuk menentukan tingkatan atau stadium kanker serta keparahan dari penyakit berdasarkan informasi dari perkembangan dari kanker itu sendiri (<http://www.cancer.gov>). Sel kanker dapat berkembang tidak secara berurutan dan tanpa kontrol sehingga seringkali mengakibatkan munculnya tumor. Seiring dengan berkembangnya tumor, ia dapat menyerang kelenjar dan organ terdekat dalam tubuh, bahkan hingga pada sel darah ataupun kelenjar getah bening. Proses untuk mengetahui seberapa parah tingkatan atau stadium kanker menjadi penting untuk dilakukan karena dapat membantu dokter untuk merencanakan penanganan yang tepat dan mengestimasi prognosis atau kemungkinan perkembangan ataupun akibat dari penyakit. Adapun tingkatan dari penyakit kanker menurut *National Cancer Insititute* (2010) terbagi menjadi beberapa bagian yakni:

- (1) Tingkatan/Stadium 0, disebut juga sebagai *carcinoma in situ*, yakni ketika kanker masih berada pada tahap awal dan hanya berada pada sel ia pertama kali muncul.
- (2) Tingkatan/Stadium 1, 2, 3, yakni ketika tumor semakin membesar, serta penyebaran kanker meningkat mendekati kelenjar getah bening di dekatnya dan / atau organ yang berdekatan dengan tumor primer.
- (3) Tingkatan/Stadium 4, yakni ketika kanker telah menyebar pada organ lain dalam tubuh.

Menurut WHO (2008), stadium I dan II dapat dikategorikan sebagai “*Early Cancer*” sementara stadium III dan IV disebut dengan “*Advance Cancer*”. Pengelompokkan berdasarkan tingkatannya ini juga penting untuk menentukan kelangsungan hidup pasiennya.

2.1.3 Pengobatan Penyakit Kanker Dewasa

Terdapat berbagai pengobatan yang dapat diberikan pada pasien kanker. Pengobatan umum yang sering diberikan pada pasien penyakit kanker menurut Burton dan Watson (2000) terbagi menjadi tiga:

a. Operasi

Operasi biasa dilakukan ketika terdapat tumor yang terdapat pada suatu organ tubuh. Tindakan ini bertujuan untuk menghilangkan tumor tersebut bersama dengan kelenjar yang ada di sekitarnya sebelum terlanjur menyebar ke bagian tubuh lain. Proses intervensi dengan melakukan operasi biasanya memakan waktu yang cukup singkat.

b. Radioterapi

Radioterapi dilakukan untuk menghancurkan tumor sebelum menyebar serta menghilangkan kemungkinan untuk tumor tersebut berkembang di sekitar bagian tubuh awal. Terapi ini juga digunakan untuk menghilangkan rasa sakit ataupun ketidaknyamanan yang dialami pasien. Waktu yang dibutuhkan untuk melakukan terapi ini sangat bergantung pada kondisi masing-masing individu, tetapi biasanya memakan waktu sekitar beberapa minggu.

c. Kemoterapi

Kemoterapi merupakan sebuah penanganan sistemik yang bertujuan untuk menghancurkan sel kanker. Tindakan ini merupakan pendekatan medis yang terpenting untuk mencegah perkembangan sel kanker sehingga seringkali memakan waktu yang lama hingga berbulan-bulan.

d. Pengobatan Alternatif

Berbagai pendekatan medis yang dilakukan pada pasien kanker dapat mengakibatkan kelelahan serta rasa sakit. Pada pasien dengan kanker stadium lanjut, rasa sakit dan kelelahan akibat pengobatan akan semakin meningkat (Osoba, Hsu, Copley-Merriman, Coombs, Johnson, Hauber, et al., 2006, dalam Washburn, 2011). Untuk itu, menurut NCI (2008, dalam Washburn, 2011), pasien dapat diberikan penanganan ataupun obat-obatan alternatif untuk mengatasi simtom atau yang disebut dengan *Complementary and Alternative Medicine (CAM)*. Adapun tindakan yang termasuk dalam CAM antara lain: akupuntur, yakni prosedur pengobatan tradisional dari Cina yang melibatkan stimulasi pada beberapa titik spesifik pada kulit dengan menggunakan jarum yang dimanipulasi oleh tangan atau stimulasi listrik; teknik meditasi, yakni teknik yang digunakan untuk meningkatkan ketenangan dan relaksasi dengan melibatkan postur spesifik, atensi yang fokus, ataupun sikap yang terbebas dari gangguan; teknik terapi pijat, secara umum meliputi tindakan terapis menekan, menggosok, dan memanipulasi otot, serta jaringan lunak lain dari tubuh dengan tujuan untuk menghilangkan rasa sakit, stres, kecemasan, hingga depresi. Selain itu juga dapat meningkatkan relaksasi dan membantu kesejahteraan umum.

2.1.4 Dampak Penyakit Kanker Dewasa

Secara umum diagnosis adanya penyakit kanker pada seorang individu serta pengobatan yang harus dilewati akan mengubah jalan hidup, kegiatan sehari-hari, pekerjaan, hubungan, serta peran dalam keluarga yang dimilikinya (Karabulutlu, Bilici, Çayır, Tekin & Kantarcı, 2010). Berbagai perubahan tersebut dapat mengakibatkan stres atau dampak lain pada pasien kanker. Berikut ini merupakan dampak-dampak yang dapat dialami pasien

menurut Burton dan Watson (2000); Karabulutlu, Bilici, Çayır, Tekin dan Kantarcı (2010); Washburn (2011) :

a. Dampak Fisik

Menurut Washburn (2011), pasien kanker dapat mengalami beberapa dampak fisik selain tentunya rasa sakit akibat sel kanker maupun pengobatannya. Adapun dampak-dampak fisik tersebut antara lain: kelelahan atau *fatigue*, yakni rasa lelah yang menyebabkan ketidakmampuan untuk mengerjakan tugas yang sederhana sekalipun sehingga menyebabkan perubahan yang signifikan pada kesehatan mereka; mual dan muntah, yang merupakan simtom yang sering muncul akibat pengobatan seperti kemoterapi ataupun radioterapi; gangguan konstipasi, yakni menunjukkan simtom kembung, tidak nyaman, lesu, dan rasa sakit pada saat buang air besar; kehilangan selera makan, yang biasanya muncul pada pasien kanker tingkat lanjut akibat adanya penurunan penyerapan nutrisi; gangguan tidur, seperti kesulitan untuk tidur, sulit untuk bangun ataupun bangun pagi yang seringkali muncul akibat rasa sakit, kelelahan, kehilangan selera makan, dan stres yang dialami pasien.

b. Dampak Psikologis

Dampak psikologis yang pertama yang dapat dialami oleh pasien kanker adalah ketidakpercayaan bahwa penyakit ini benar-benar ada dalam dirinya (Coyn & Borbasi, 2008). Pada tahap awal mengetahui bahwa terdapat penyakit kanker dalam tubuh, pasien cenderung akan mempertanyakan mengapa hal ini terjadi pada dirinya. Menurut penelitian Bahti (2010), penyakit ini akan menimbulkan kesadaran akan kematian. Pada beberapa pasien, diagnosis adanya kanker dapat menjadi titik balik dalam hidup yang seringkali mengarah ke arah yang lebih positif. Namun demikian tidak dapat dipungkiri, mereka tetap merasakan ketakutan akan kematian yang meningkat (Bahti, 2010).

Selain itu, kecemasan sering ditemui pada pasien kanker. Simtom kecemasan antara lain adalah perasaan tegang, depresi, peningkatan detak jantung, berkeringat, kesulitan bernafas, sakit perut, serta rasa takut (NCI, 2008 dalam Washburn, 2011). Kemudian menurut Pasquini, Biondi,

Costantini, Cairoli, Ferrarese et al., (2006 dalam Washburn, 2010), sekitar 25-60% pasien kanker menunjukkan gangguan psikologis seperti *major depressive disorder* (MDD). Gangguan ini berhubungan dengan stres, rasa tidak berdaya yang berakibat pada pertumbuhan, serta penyebaran kanker yang semakin cepat (Garssen, 2004; NCI, 2008 dalam Washburn, 2011). Pasien kanker kemudian dapat mengalami disonansi kognitif karena setelah mendapat penanganan dari dokter, ia justru merasa kondisi tubuhnya semakin memburuk. Hal ini dikarenakan pengobatan untuk kanker cenderung tidak memunculkan efek langsung dan berjalan selama berbulan-bulan bahkan hingga bertahun-tahun. Disonansi kognitif yang dialami pasien kanker dapat mengakibatkan stres yang cukup tinggi karena mereka akan mengalami kesulitan untuk mempercayai bahwa rasa sakit yang dialami karena pengobatan pantas untuk dilewati untuk dapat sembuh (Festinger, 1957 dalam Forshaw, 2003).

c. Dampak Sosial

Penyakit kanker dapat memunculkan masalah finansial, vokasional, dan relasi sosial (Taylor, 2012). Penelitian Mona dan Singh (2012) juga menemukan bahwa pasien kanker dapat mengalami masalah dalam hubungan pernikahan dan keluarga. Penyakit ini dapat mengakibatkan reaksi emosional yang kuat pada keluarga dan orang-orang terdekat pasien (Forshaw, 2003).

2.1.4.1 Dampak Penyakit Kanker ditinjau dari Tahap Perkembangan

a. Pasien Kanker Usia Dewasa Muda

Menurut Papalia, Felds dan Oldman (2009), seseorang memasuki masa dewasa tepatnya pada usia 20 tahun, memiliki identitas diri yang sudah terintegrasi dengan baik, dan kepribadian yang relatif stabil. Selain itu, Papalia, Felds dan Oldman juga menambahkan bahwa tahap ini juga merupakan tahap di mana kesehatan individu berada di puncaknya. Oleh karena itu, menurut American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT, 2011), diagnosis adanya penyakit kanker pada usia dewasa muda biasanya akan sangat mengejutkan (<http://www.aamft.org/>). Hal ini kemudian dapat mengakibatkan stres yang tinggi (Trevino et al., 2011).

Dilanjutkan oleh AAMFT, menghadapi penyakit kanker sementara harus menyeimbangkan tuntutan hidup seperti membesarkan anak, bekerja, dan mempertahankan pernikahan akan menjadi sangat menantang bagi pasien kanker di usia dewasa muda. Anak dari pasien yang rata-rata masih berusia dini dan usia sekolah juga berpotensi untuk merasa bingung ketika orangtuanya dinyatakan memiliki penyakit tersebut. Mereka akan sering menanyakan pertanyaan yang sulit dijawab terkait kecemasan akan meninggalnya orangtua. Ancaman akan kematian ini dapat mengubah hubungan orangtua anak dan perubahan peran dalam keluarga.

b. Pasien Kanker Usia Dewasa Madya

Individu yang berada pada tahap perkembangan dewasa madya berada pada puncak kemampuan mentalnya di mana ia menduduki puncak karir (Papalia, Felds & Oldman, 2009). Tentunya akan menjadi tantangan tersendiri untuk menyeimbangkan antara tuntutan pekerjaan dan penyakit kanker yang dialaminya (AAMFT, 2011). Ditambah lagi menurut Rose, Radziewicz, Bowman dan O' Toole (2008), mengalami penyakit kanker pada usia dewasa madya menjadi lebih menantang karena anak dari pasien mulai memasuki usia dewasa sementara orangtuanya pun memasuki usia lanjut yang membutuhkan penanganan. Pada umumnya pasien menjadi memiliki tanggungjawab ganda yakni sebagai orang tua yang harus anak, serta mengurus orangtua mereka yang lanjut usia (Papalia, Felds & Oldman, 2009).

Menurut penelitian Trevino et al. (2011), pasien kanker dengan usia ini menunjukkan kesedihan yang diasosiasikan dengan keinginan untuk meninggal yang tinggi. Oleh karena itu, American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT, 2011) menekankan bahwa dukungan sosial dari keluarga seperti pasangan dan anak sangatlah dibutuhkan untuk membagi rasa takut, cemas, bahkan simtom depresi yang ditunjukkan pasien.

c. Pasien Kanker Usia Dewasa Akhir

Pada tahap perkembangan dewasa akhir atau yang dikenal dengan lansia (lanjut usia), munculnya penyakit kanker kadang bahkan dapat diduga (AAMFT, 2011). Namun demikian, hal ini tidak langsung mengurangi stres yang dialami pasien dan keluarga. Pada usia lanjut, banyak dukungan sosial yang ada di tahap sebelumnya telah tiada sekarang, seperti pasangan atau keluarga yang sudah meninggal. American Association for Marriage and Family Therapy menambahkan bahwa anak-anak dari pasien kanker lansia ini seringkali dihadapkan pada keputusan yang sulit untuk pengobatan dan perawatan bagi pasien, misalnya harus memutuskan apakah seorang pasien berusia 80 tahun boleh dioperasi atau hanya diberikan pelayanan paliatif hingga akhir hayatnya. Kondisi ini seringkali mengakibatkan stres tidak hanya pada pasien namun juga pada keluarga terdekat.

2.2 Resiliensi

2.2.1 Definisi Resiliensi

Secara harfiah resiliensi berasal dari kata *resile* yang berarti untuk bangkit atau bangkit kembali (Agnes, 2005, dalam Smith et al., 2008). Kemudian definisi mengenai resiliensi kian berkembang dan bervariasi. Pada awalnya, resiliensi dianggap sebagai *trait* kepribadian yang bekerja setelah seseorang mengalami peristiwa traumatis dalam hidup (Klohn, 1996, dalam Herrmann et al., 2011). *Trait* itu sendiri merupakan disposisi yang relatif permanen pada seorang individu dimana hal tersebut disimpulkan dari tingkah laku (Feist & Feist, 2009). Seiring dengan berjalannya waktu, pandangan mengenai resiliensi bergeser menjadi sebuah *state* atau predisposisi untuk bertingkah laku yang relatif sementara, di mana hal ini berlawanan dengan *trait* kepribadian (Cohen & Swerdlik, 2010). Salah satu ahli yang melihat resiliensi sebagai *state* adalah Newman (2005), yang menyatakan bahwa resiliensi merupakan kemampuan seseorang untuk beradaptasi saat menghadapi tragedi, trauma, kesulitan, serta *stressor* dalam hidup yang bersifat signifikan.

“Resilience is the human ability to adapt in the face of tragedy, trauma, adversity, hardship, and ongoing significant life stressors.”
(Newman, 2005).

Ia menambahkan bahwa resiliensi merupakan konsep yang bersifat multidimensional dimana tidak ada *trait* kepribadian ataupun karakteristik yang disebut sebagai resiliensi. Resiliensi lebih diasosiasikan dengan kemampuan menjaga hubungan baik dengan orang lain, memiliki pandangan yang optimis terhadap kehidupan, memiliki tujuan, dan mengambil langkah untuk mencapainya hingga menjadi individu yang percaya diri (Luthar & Cicchetti, 2000 dalam Newman, 2005). Menurut penelitian Masten (2001 dalam Newman, 2005), tingkah laku yang banyak dikaitkan dengan resiliensi bukanlah tingkah laku yang luar biasa melainkan yang dapat dilakukan oleh semua orang. Bahkan menurutnya anak-anak yang mengalami kesulitan hidup selama tahap perkembangannya pun masih mampu untuk mengatasi hal tersebut seperti layaknya orang dewasa. Maka, pada dasarnya resiliensi dimiliki semua orang, bahkan anak-anak.

Kemudian sejalan dengan pandangan di atas, Herrmann et al. (2011), mengatakan bahwa meskipun definisi resiliensi telah berkembang seiring waktu, namun secara fundamental resiliensi dapat dipahami sebagai adaptasi positif, atau kemampuan untuk menjaga atau mengembalikan kesehatan mental setelah menghadapi hambatan.

“Resilience is understood as referring to positive adaptation, or the ability to maintain or regain mental health, after experiencing adversity.” (Herrmann, et al., 2011)

Menurutnya, resiliensi bukanlah suatu hal yang menetap, melainkan suatu hal yang dinamis dan berkembang sepanjang kehidupan manusia, serta dipengaruhi oleh faktor lingkungan. Wagnild dan Young (1990, 1993) sebelumnya juga menemukan bahwa resiliensi merupakan suatu hal yang dinamis, tepat suatu kekuatan dalam diri individu sehingga mampu beradaptasi dalam menghadapi kondisi sulit dan kemalangan yang menimpanya (Wagnild & Young, 1990, 1993).

“Resilience connotes emotional stamina and has been used to describe persons who display courage and adaptability in the wake of life misfortunes” (Wagnild & Young, 1990, 1993).

Ditambahkan oleh Wagnild (2010), hampir semua manusia mengalami kesulitan dan jatuh dalam perjalanan hidup, namun mereka memiliki ketahanan untuk bangkit dan melanjutkan hidupnya. Kemampuan untuk bangkit dan terus melanjutkan hidup ini disebut resiliensi. Penelitian Wagnild (2010) menemukan bahwa resiliensi dapat menjadi faktor protektif dari munculnya depresi, kecemasan, ketakutan, perasaan tidak berdaya, dan berbagai emosi negatif lainnya sehingga memiliki potensi untuk mengurangi efek fisiologis yang mungkin muncul. Selanjutnya, individu yang resilien disebut sebagai individu yang berorientasi pada tujuan, di mana hal tersebut akan mendorongnya untuk selalu bangkit dan terus maju ketika menghadapi kesulitan. Ia juga mengetahui kekuatan yang dimiliki dirinya, serta sadar bahwa ia dapat bergantung pada dirinya sendiri untuk menyelesaikan suatu pekerjaan, meskipun harus menyelesaikannya sendiri (Wagnild, 2011). Untuk itu, Wagnild menekankan bahwa semua individu sangat membutuhkan kemampuan yang dapat dikembangkan melalui lima komponen resiliensi yaitu *meaningfulness*, *perseverance*, *equanimity*, *self reliance*, dan *existential aloneness* ini.

Definisi yang dikemukakan oleh Wagnild dan Young (1990; 1993) seperti yang dipaparkan di atas tidak hanya melihat resiliensi sebagai suatu hal yang dinamis dan dapat dikembangkan sepanjang kehidupan manusia, melainkan juga memberikan pemahaman yang menyeluruh mengenai lima komponen yang mendasari resiliensi itu sendiri. Selain itu, definisi tersebut merupakan salah satu dasar pencetus berkembangnya studi tentang resiliensi serta telah menjadi acuan dalam berbagai penelitian lanjutan. Untuk itu, pada penelitian ini peneliti akan menggunakan definisi resiliensi dari Wagnild dan Young (1990; 1993).

2.2.2 Komponen Resiliensi

Adapun komponen resiliensi menurut Wagnild dan Young (1993; 2010) adalah sebagai berikut:

- a. *Meaningfulness* atau *purpose*, yaitu suatu kesadaran bahwa hidup memiliki tujuan, di mana diperlukan usaha untuk mencapai tujuan tersebut. Wagnild (2010), menambahkan bahwa komponen ini adalah yang menjadi dasar dari

keempat komponen lainnya sekaligus menjadikannya komponen terpenting dari resiliensi itu sendiri. Hal ini dikarenakan kehidupan tanpa tujuan akan menjadi sia-sia dan tidak bermakna. Menurutnya, akan sangat sulit untuk menjalani hidup tanpa tujuan yang baik, karena tujuan tersebut yang akan membantu setiap individu ketika mengalami kesulitan ataupun mendorong untuk terus maju.

- b. *Equanimity*, yaitu suatu perspektif mengenai keseimbangan dan harmoni yang dimiliki individu berkaitan tentang hidup berdasarkan pengalaman yang terjadi semasa hidupnya. Para individu yang resilien menurut Wagnild (2010), telah memahami bahwa hidup bukanlah sebatas hal yang baik dan buruk. Mereka mampu untuk memperluas perspektifnya sehingga dapat lebih fokus pada aspek positif daripada negatif dari setiap kejadian dalam hidupnya. Selain itu mereka pun telah belajar untuk tidak menunjukkan repons yang ekstrem dan bersikap tenang. Hal tersebut yang menjadikan individu resilien sebagai individu yang optimis, karena bahkan pada situasi yang sulit sekalipun, mereka mampu untuk melihat kesempatan untuk tidak menyerah dan menemukan jalan keluar. Baik pengalaman diri sendiri maupun orang lain pun dapat dijadikan sebagai sarana pembelajaran bagi mereka. Terakhir, dalam komponen ini juga termasuk adanya humor pada individu yang resilien. Mereka mampu menertawai diri sendiri maupun lingkungannya ketika berada dalam suatu situasi yang relevan.
- c. *Perseverance*, yaitu suatu tindakan untuk bertahan meskipun harus menghadapi tantangan dan kesulitan. Selain itu, memiliki komponen *perseverance* juga berarti bahwa seseorang bersedia untuk berjuang untuk menyusun kembali hidupnya dan disiplin terhadap dirinya sendiri. Secara umum, resiliensi melibatkan komponen *perseverance* karena pada dasarnya konsepi ini merupakan sebuah kemampuan untuk bangkit ketika seseorang telah 'jatuh' (Wagnild, 2010). Dalam mencapai tujuan hidup, seringkali kita bertemu dengan hambatan, kesulitan bahkan kegagalan. Kondisi ini sangat mendorong seseorang untuk menyerah. Namun demikian, individu yang resilien akan terus bertahan untuk terus berjuang sampai akhir. Salah satu cara untuk membangun ketahanan ini adalah dengan membentuk ketahanan

ini adalah menekuni rutinitas yang positif dan membuat tujuan yang realistis dalam hidup.

- d. *Self Reliance*, yaitu keyakinan individu terhadap diri serta kemampuan yang ia miliki. Melalui berbagai pengalaman, baik itu kesuksesan maupun kegagalan, individu yang resilien belajar untuk mengatasi masalahnya sendiri. Keterampilan tersebut yang kemudian memunculkan rasa percaya akan kemampuan dirinya sendiri. Mereka secara berkesinambungan menggunakan, mengadaptasi, memperkuat serta memperbaiki keterampilannya tersebut sepanjang hidupnya. Selain itu, *self reliance* juga merupakan kemampuan individu untuk bergantung pada dirinya sendiri serta mengenali kekuatan dan keterbatasan yang ia miliki.
- e. *Existential Aloneness*, suatu kesadaran bahwa jalan hidup setiap orang bersifat unik serta mampu menghargai keberadaan dirinya sendiri. Individu yang resilien mampu berteman dengan dirinya sendiri dalam artian merasa nyaman, puas, dan menghargai keunikan yang dimiliki dirinya. Komponen *existential aloneness* juga disebut “*coming home to yourself*” oleh Wagnild (2010) yang menunjukkan bahwa individu yang resilien mampu untuk merasa nyaman atas kondisi dirinya sendiri. Mereka menghargai dirinya dan sadar penuh bahwa ia memiliki banyak hal yang dapat dikontribusikan untuk lingkungan sekitarnya. Mereka pun tidak merasakan tekanan untuk melakukan konformitas dengan lingkungannya.

2.2.3 Faktor-faktor yang memengaruhi Resiliensi

Faktor-faktor yang memengaruhi resiliensi terbagi menjadi faktor risiko dan faktor protektif. Adapun faktor-faktor tersebut menurut Neill dan Dias (2001 dalam Alimi, 2005) adalah sebagai berikut:

a. Faktor Risiko

Faktor risiko merupakan faktor yang secara langsung memperbesar potensi terjadinya risiko bagi individu yang kemudian dapat meningkatkan kemungkinan berkembangnya perilaku dan gaya hidup maladaptif (Neill & Dias, 2001; Alimi, 2005). Adapun faktor tersebut meliputi: (1) kejadian yang bersifat katastrofik, seperti bencana alam, kematian anggota keluarga, perceraian, (2) latar belakang kondisi sosial ekonomi keluarga

yang kurang mendukung, (3) hidup di lingkungan negatif atau lingkungan yang rawan terjadi tindak kekerasan, dan (4) akumulasi dari beberapa faktor risiko.

b. Faktor Protektif

Sementara itu, faktor protektif merupakan keterampilan dan kemampuan yang sehat yang dimiliki individu, yang mendorong terbentuknya resiliensi. Adapun faktor-faktor protektif tersebut adalah sebagai berikut: (1) karakteristik individu, seperti jenis kelamin, tingkat inteligensi, karakteristik kepribadian, (2) karakteristik keluarga, seperti kehangatan, kelekatan, struktur keluarga, (3) ketersediaan sistem dukungan sosial di luar individu dan lingkungan keluarga, seperti sahabat.

Selanjutnya Benard (dalam Alimi, 2005) membagi faktor protektif menjadi dua, yaitu (1) faktor protektif internal, yakni merupakan faktor yang ada di dalam diri individu, meliputi keterampilan sosial seperti berkomunikasi, kemampuan menyelesaikan masalah, kecenderungan atribusi sosial (*locus of control*) dalam menilai penyebab masalah, memiliki kontrol atas diri sendiri, dan tujuan hidup, dan (2) faktor protektif eksternal yakni segala karakteristik lingkungan yang dapat memengaruhi berkembangnya faktor protektif internal, seperti keikutsertaan individu dalam suatu komunitas yang mendukung, memiliki hubungan akrab dengan lingkungan sekitar.

2.2.4 Pengukuran Resiliensi

Pada penelitian ini, resiliensi diukur dengan menggunakan *The 14-Item Resilience Scale* (RS-14) yang disusun oleh Wagnild dan Young (2009). Pada awalnya alat ukur ini berjumlah 50 *item*, namun kemudian direduksi menjadi 25 *item* pada tahun 1997 dan kemudian direduksi kembali pada tahun 2009 menjadi 14 *item*. Alat ukur RS-14 ini dibuat dengan tujuan melihat kemampuan beradaptasi dengan baik pada situasi yang sulit.

2.3 Coping

2.3.1 Definisi Coping

Pada awalnya Lazarus (1966; Carver, Weintraub & Scheier, 1989) mengemukakan bahwa stres mengandung tiga tahapan proses yaitu *primary*

appraisal, yang merupakan proses mempersepsi tantangan atau *stressor*, *secondary appraisal*, yakni proses memikirkan respons yang potensial untuk menghadapi tantangan atau *stressor* dan proses terakhir adalah *coping*, yakni proses eksekusi dari respons yang telah dipikirkan sebelumnya. Selanjutnya Folkman dan Lazarus (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.*”

Berdasarkan penjelasan di atas, dapat disimpulkan bahwa *coping* merupakan cara pandang dan tingkah laku yang secara konstan berubah untuk mengatur tuntutan eksternal dan/atau internal yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya dari seseorang. Tindakan ini bisa bersifat *action-oriented* maupun intrapsikis, keduanya berusaha untuk mengatur, menguasai, menoleransi, mengurangi ataupun mengurangi tuntutan dari lingkungan yang mengakibatkan stres (Lazarus & Launier, 1978 dalam Taylor & Stanton, 2007).

Definisi yang disebutkan menurut Folkman dan Lazarus (1984) juga memberikan batasan mengenai *coping*, yaitu yang pertama bahwa *coping* dilihat bukan sebagai *trait*, melainkan sebuah proses. Hal ini terlihat dari pernyataan “*constantly changing and specific demands*”. Kemudian ditekankan juga adanya perbedaan antara *coping* dengan tingkah laku adaptif yang otomatis dengan membatasi *coping* pada tuntutan yang dinilai membebani ataupun melebihi sumber daya seseorang. Maka, segala bentuk tingkah laku maupun pemikiran yang tidak membutuhkan usaha tidak dapat digolongkan sebagai *coping*. Selanjutnya pernyataan bahwa *coping* merupakan “usaha untuk mengatur” juga memperjelas bahwa segala tindakan dan pemikiran seseorang dalam menghadapi situasi yang dinilai melebihi sumber dayanya merupakan *coping*, sebaik atau seburuk apapun hasilnya. Terakhir, dengan menggunakan kata “*manage*”, *coping* juga dapat mengandung mengurangi, menghindari, menoleransi dan menerima kondisi yang mengakibatkan stres serta menguasai lingkungannya.

Sejalan dengan definisi diatas, Folkman dan Moskowitz (2004 dalam Talyor & Stanson, 2007, 2012) mengatakan bahwa *coping* merupakan pikiran dan perilaku yang digunakan untuk mengatur dorongan internal dan eksternal dari situasi yang dinilai menekan.

“Thoughts and behavior used to manage the internal and external demands of situations that are appraised stressful”

Hubungan antara *coping* dengan kejadian yang mengakibatkan stres merupakan sebuah proses yang dinamis (Taylor, 2012). Folkman dan Moskowitz (2004 dalam Taylor, 2012) melihat *coping* sebagai sebuah kesatuan dari transaksi antara seorang individu yang memiliki sumber daya, nilai, dan komitmen dengan lingkungan beserta sumber daya, tuntutan, dan paksaannya. Untuk itu, *coping* bukanlah merupakan suatu tindakan yang dilakukan satu kali, melainkan sebuah susunan respons yang muncul dalam suatu waktu di mana lingkungan dan individunya saling memengaruhi (Taylor, 2012).

2.3.2 Jenis-jenis Coping

Pada dasarnya cara setiap individu melakukan *coping* sangatlah bervariasi. Menurut Folkman dan Lazarus (1980 dalam Rice, 1999) setiap individu dapat mencoba untuk mengubah hubungan diri dengan lingkungan ketika melakukan *coping*. Adapun jenis-jenis pemilihan *coping* menurut kegunaannya menurut Lazarus dan Folkman (1980 dalam Rice, 1999) adalah *problem focused coping* dan *emotion focused coping*. Strategi pemilihan *coping* yang pertama sering dianggap sebagai strategi paling rasional meskipun tidak dapat dipungkiri bahwa stres seringkali menimbulkan reaksi emosional dan konflik. *Problem-focused coping* itu sendiri merupakan usaha untuk melakukan tindakan untuk mengatasi kondisi yang mengakibatkan stres seperti mengancam, mengganggu, ataupun menantang individu (Lazarus dan Folkman, 1984). Saat melakukan usahanya, individu akan berorientasi pada pemecahan masalah sebagai cara mengatasi stresnya. Menurut Brannon dan Feist (1997), *problem-focused coping* mencakup *stress monitoring*, *structuring* dan *social skills*. Sementara itu menurut Carver, Weintraub dan Scheier (1989), *problem focused coping* melibatkan beberapa dimensi yang berbeda yakni:

- a. *Active coping*, yakni proses pengambilan langkah aktif yang ditujukan untuk mengurangi atau menghilangkan *stressor* ataupun memperbaiki akibatnya. Aktivitas ini melibatkan tindakan langsung, meningkatkan usaha dalam menghadapi masalah, serta berusaha mengatasi masalah secara bertahap. Adapun contoh pada pasien kanker adalah dengan dapat melakukan

tindakan langsung untuk menghadapi masalah seperti melakukan pengobatan seperti operasi, kemoterapi, ataupun radioterapi.

- b. *Planning*, yakni memikirkan bagaimana cara menghadapi *stressor* yang ada. Aktivitas ini meliputi pencetusan strategi tindakan yang akan digunakan, memikirkan tentang tahap-tahap yang harus dilewati dan bagaimana cara yang terbaik dalam menghadapi masalah. Sebagai contoh pada pasien kanker, *planning* dapat dilakukan dengan menyusun rencana tahapan pengobatan mulai dari *screening*, *staging*, hingga melakukan serangkaian terapi baik itu kemoterapi, radioterapi, hingga pada akhirnya melakukan pengobatan alternatif.
- c. *Suppression of competing activities*, yakni mengurangi aktivitas lain, sehingga dapat lebih fokus dan dalam menghadapi masalah atau tantangan yang dihadapi. Aktivitas ini meliputi usaha untuk menghindari terpecahnya perhatian pada hal lain yang mengganggu, bahkan jika perlu membiarkan hal tersebut terjadi untuk lebih fokus dalam menghadapi *stressor*. Sebagai contoh pada pasien kanker, mereka dapat mengurangi aktivitas sehari-hari yang sering mengakibatkan kondisi fisik yang lelah sehingga dapat menyimpan energi serta lebih fokus pada pengobatan yang seringkali melelahkan.
- e. *Restraint coping* atau pengendalian, adalah menunggu adanya kesempatan yang tepat untuk bertindak, menahan diri, dan bertindak dengan pemikiran yang matang. Contoh pada pasien kanker adalah dengan memikirkan serta mendiskusikan pengobatan yang paling tepat dengan keluarga maupun ahli dalam bidang medis sebelum melakukannya.
- f. *Seeking instrumental support*, merupakan bagian dari tindakan mencari dukungan sosial dalam hal ini dukungan yang bersifat instrumental seperti bantuan serta informasi yang dapat membantunya menyelesaikan masalah. Bagi pasien kanker, strategi *coping* ini dapat dilakukan dengan mengikuti seminar atau bertanya pada dokter mengenai penyebaran penyakit kanker.
- g. *Behavioral disengagement*, yakni tindakan mengurangi usaha untuk menghadapi *stressor*, menyerah dalam usaha untuk mencapai tujuan di mana *stressor* mengganggu. Aktivitas ini direfleksikan ke dalam tingkah

laku yang disebut *helplessness* dimana hal tersebut biasanya muncul ketika seseorang memiliki ekspektasi yang rendah terhadap hasil dari *coping* yang dilakukan. Tindakan ini pada pasien kanker dapat dicerminkan dengan menyerah untuk melakukan pengobatan apapun karena merasa tidak berdaya atas penyakit yang menimpanya.

Sementara itu dalam *emotion-focused coping*, individu akan lebih berfokus pada mengurangi emosi negatif yang muncul akibat stres yang dialami. Strategi ini menurut Carver, Weintraub dan Scheier (1989), digunakan ketika seseorang merasa *stressor* merupakan sesuatu yang dapat ditahan. Dalam strategi *coping* ini terdapat beberapa proses kognitif yang berlangsung untuk mengurangi tekanan emosional seperti menghindari, menjaga jarak, mencari nilai positif dari kejadian yang dihadapi, serta membandingkannya dengan hal yang positif (Lazarus & Folkman, 1984 dalam Rice, 1999). Selain itu, menurut Brannon dan Feist (1997), strategi *coping* ini seringkali melibatkan penilaian ulang terhadap kejadian yang dialami. Salah satu contohnya adalah dengan membandingkan kondisi diri sendiri dengan orang lain hingga kemudian merasa lebih baik dikarenakan telah menyadari bahwa ia mungkin saja mengalami hal yang lebih buruk. Secara umum, pemilihan strategi *coping* ini biasanya terjadi ketika individu menilai bahwa tidak ada yang dapat dilakukan untuk memodifikasi situasi mengancam yang ia alami (Lazarus & Folkman, 1984).

Menurut Carver, Weintraub, dan Scheier (1989) terdapat beberapa dimensi yang termasuk dalam *emotion focused coping*, yakni:

- a. *Seeking of emotional support*, yakni bagian dari pencarian dukungan sosial dalam hal ini yang merupakan untuk alasan emosional seperti dukungan moral, simpati dan pengertian. Contoh pemilihan strategi *coping* ini bagi pasien kanker adalah dengan mengikuti *support group* yang beranggotakan sesama pasien kanker sehingga dapat saling berbagi cerita dan perasaan yang dialami.
- b. *Positive reinterpretation and growth*, yakni aktivitas yang ditujukan untuk melepaskan emosi yang dirasakan, mengatur emosi yang berkaitan dengan stres yang dialami. Kecenderungan ini oleh Lazarus dan Folkman (1984 dalam Carver, Weintraub & Scheier, 1989) disebut juga sebagai penilaian

kembali secara positif. Pada pasien kanker, pemilihan *coping* ini dapat dilakukan dengan mengambil hikmah atau pelajaran dari penyakit yang dialami sehingga dapat melihatnya secara lebih positif.

- c. *Mental Disengagement* atau pelarian secara mental, merupakan bagian dari variasi tindakan pelarian yang biasanya muncul ketika kondisi saat itu menghambat munculnya tindakan pelarian. Bagi pasien kanker, pemilihan *coping* ini dapat dilakukan dengan aktivitas yang bertujuan untuk melupakan masalah seperti: melamun, melarikan diri dengan tidur, dan menyibukkan diri dengan menonton televisi.
- d. *Denial*, yakni menolak untuk percaya bahwa *stressor* yang dihadapi benar-benar ada atau bertindak seolah-olah *stressor* tidak nyata. Pada pasien kanker, pemilihan *coping* ini sering terjadi pada tahap awal setelah diagnosis, yakni bertindak seolah-olah penyakit tersebut tidak ada pada dirinya. Tindakan ini kadang memicu munculnya masalah baru karena dapat membuat masalah menjadi lebih serius dan pada akhirnya lebih sulit untuk melakukan *coping*.
- e. *Acceptance* atau penerimaan, yakni individu menerima kenyataan akan adanya situasi yang mengakibatkan stres. Meskipun masih diperdebatkan apakah penerimaan merupakan *coping* yang fungsional, tetapi menurut Carver, Weintraub, dan Scheier (1989), individu yang dapat menerima kenyataan cenderung siap melakukan usaha untuk mengatasi kenyataan tersebut. Selanjutnya penerimaan ini menjadi penting terutama ketika individu berada dalam situasi dimana *stressor* merupakan sesuatu yang harus diakomodasikan. Contohnya pada pasien kanker, *coping* ini dapat dilakukan dengan menerima adanya penyakit kanker sehingga dapat lebih fokus pada pengobatan yang harus dijalani.
- f. *Turning to religion*, merupakan pengembalian masalah pada agama guna meminta pertolongan pada Tuhan seperti rajin beribadah, berdoa dan lain sebagainya. Menurut McCrime dan Costa (1986 dalam Carver, Weintraub & Scheier, 1989), bentuk *coping* ini cukup penting untuk banyak orang. Pada pasien kanker, *coping* ini sering dilakukan dengan menyerahkan penyakitnya pada Tuhan, atau menggunakan diagnosis adanya kanker

sebagai titik balik untuk lebih dekat dengan-Nya seperti dengan melakukan ritual keagamaan secara lebih rajin daripada sebelumnya.

- g. *Focus on and venting of emotion*, yaitu kecenderungan untuk melepaskan emosi yang dirasakan individu. Bagi pasien kanker, pemilihan *coping* ini dapat diwujudkan dengan mengutarakan emosi negatif seperti marah, sedih, ataupun kecewa pada orang lain terkait dengan penyakit serta pengobatan yang dialaminya.
- h. *Humor*, yakni dengan membuat lelucon mengenai masalahnya. Pemilihan *coping* ini dapat dilakukan pasien kanker dengan menertawakan kondisinya sendiri serta memunculkan lelucon mengenai kanker dalam pembicaraan sehari-hari.
- i. *Substance Use*, yaitu menggunakan minuman yang mengandung alkohol dan obat-obatan untuk melupakan masalahnya. Adapun pemilihan *coping* ini pada pasien kanker dapat dilakukan dengan mengonsumsi obat-obatan yang berfungsi sebagai penghilang rasa sakit di luar resep dokter.

Carver (1997) mengubah beberapa dimensi yang diuraikan di atas sesuai dengan perkembangan penemuan penelitian. Dimensi *restraint coping* dan *suppression of competing activities* dieliminasi karena tidak dinilai menunjukkan hasil yang berguna, kemudian terdapat dimensi yang diubah supaya tidak menimbulkan ambiguitas yaitu: *positive reinterpretation and growth* menjadi *positive reframing*, *focus on and venting emotions* menjadi *venting*, *mental disengagement* menjadi *self distraction*. Selanjutnya terdapat satu dimensi tambahan yaitu *self blame*. Keseluruhan dimensi ini diwujudkan Carver (1997) dalam sebuah alat ukur baru yang dinamakan *The Brief COPE*.

2.3.3 Faktor yang memengaruhi Pemilihan *Coping*

Menurut Lazarus dan Folkman (1984), pemilihan *coping* ditentukan oleh *cognitive appraisal* yang terbagi menjadi dua tahap yakni *primary appraisal* atau proses mempersepsi tantangan atau *stressor* dan *secondary appraisal* yakni proses memikirkan respons yang potensial untuk menghadapi tantangan atau *stressor*. Adapun faktor yang memengaruhi *primary appraisal* terbagi menjadi dua yaitu:

2.3.3.1 Faktor Individu

Terdapat dua bagian penting dalam faktor individu yang memengaruhi *primary appraisal* yaitu komitmen dan keyakinan. Komitmen mengekspresikan apa yang penting dan berarti bagi individu. Komitmen juga yang menentukan langkah apa yang harus diambil ketika menghadapi situasi yang mengakibatkan stres. Selain itu, komitmen juga menentukan tingkat kerapuhan seseorang terhadap stres, yakni semakin tinggi komitmen yang dimiliki dalam suatu area, maka semakin rapuh juga seseorang dalam mengalami stres dalam area tersebut.

Sementara itu keyakinan atau *belief* merupakan pembentukan pribadi atau konfigurasi kognitif dari budaya (Wrubel et al., 1981 dalam Lazarus & Folkman, 1984). Keyakinan ini yang menentukan fakta yang diyakini serta bagaimana seorang individu memaknai kondisinya. Adapun dua jenis keyakinan yang memengaruhi *cognitive appraisal* dalam proses pemilihan *coping* adalah keyakinan akan kontrol pribadi (*belief about personal control*) dan eksistensial (*eksistensial belief*). Keyakinan akan kontrol pribadi mencerminkan keyakinan seseorang mengenai kemampuan dirinya dalam menghadapi hambatan, sementara keyakinan eksistensial adalah seperti iman kepada Tuhan, takdir, dan pengaturan alami dari dunia yang memungkinkan seseorang untuk memaknai hidupnya serta tetap memiliki harapan di situasi yang sulit.

2.3.3.2 Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan terdiri dari tiga hal yaitu: kebaruan (*novelty*), kemungkinan memprediksi masalah tersebut (*predictability*), dan ketidakpastian (*event uncertainty*). Dalam menghadapi sesuatu yang benar-benar baru dan belum memiliki pengalaman mengenai hal tersebut, individu cenderung tidak mempersiapkan *coping* yang harus digunakan. Selanjutnya, kemungkinan untuk memprediksi atau tidaknya suatu masalah (*predictability*) menunjukkan bahwa terdapat karakteristik atau tanda-tanda yang terdapat di lingkungan yang dapat dibedakan, ditemukan ataupun dipelajari. Setelah mengenali tanda-tanda tersebut, individu dapat mempersiapkan *coping* yang akan digunakan. Selanjutnya adalah *event uncertainty* atau ketidakpastian yang menggambarkan kemungkinan terjadinya sebuah kejadian. Selain itu,

terdapat faktor lain yaitu faktor sementara (*temporary factor*) seperti kesegeraan, durasi, dan ketidakpastian sementara. Faktor sementara ini akan menjadi pertimbangan setelah individu menilai dari faktor lingkungan yang utama.

Meskipun terdapat faktor-faktor di atas, pemilihan *coping* pada akhirnya akan sangat ditentukan oleh sumber daya yang dapat digunakan individu dan hambatan yang ia rasakan untuk menggunakan sumber daya tersebut. Sumber *coping* yang dimiliki individu ini disebut oleh Lazarus dan Folkman (1984), Taylor (2012) sebagai hal yang memengaruhi proses *secondary appraisal* antara lain:

2.3.3.3 Sumber Coping Internal

a. Sumber Coping Jasmani

Menurut Lazarus dan Folkman (1984), individu yang rapuh, sakit, lelah ataupun lemah memiliki kekuatan yang lebih rendah dalam melakukan *coping* terhadap hambatan. Selanjutnya *physical well-being* juga diyakini memiliki peran penting dalam mengatasi masalah dan kondisi yang mengakibatkan stres di mana dituntut banyak mobilisasi dalam proses *coping*-nya. Hal ini sejalan dengan hasil beberapa penelitian dalam Lazarus dan Folkman (1984) yang menyatakan bahwa individu yang sakit masih dapat melakukan *coping*, namun lebih mudah untuk melakukannya ketika ia merasa sehat dikarenakan energi dan kesehatan dapat memfasilitasi usaha untuk melakukan *coping*.

b. Sumber Coping Psikologis

Memiliki pandangan positif mengenai suatu situasi yang tidak menyebabkan stres merupakan suatu sumber *coping* yang penting menurut Lazarus dan Folkman (1984). Pandangan positif dalam hal ini juga mencakup harapan yang mendorong usaha yang konstan untuk melakukan *coping* dalam menghadapi tantangan. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan Taylor (1991, 2012) bahwa keyakinan untuk dapat mengatasi kejadian yang mengakibatkan stres tersebut dapat membantu seseorang untuk mengatasi stresnya (Taylor et al., 1991, 2012). Selain itu, keyakinan tersebut juga berpengaruh pada *emotional well being*,

pemilihan *coping* yang efektif, perilaku hidup sehat, performa yang baik di tugas-tugas kognitif, serta kondisi kesehatan yang prima. Kemudian, optimisme juga dapat meningkatkan kemampuan *coping* sehingga dapat meningkatkan penyesuaian psikologis serta kesehatan (Segerstorm, Castaneda & Spencer, 2003 dalam Taylor, 2012). Individu yang optimis cenderung menggunakan *problem focused coping*, mencari *social support* serta menemukan hal positif dari kondisi yang *stressful* (Scheier, Weintraub & Carver, 1984 dalam Taylor, 2012). Taylor kemudian menambahkan bahwa terdapat beberapa sumber *coping* tambahan yaitu *self esteem*. Individu dengan *self esteem* yang tinggi cenderung tidak mudah marah ketika menghadapi stres. Hal ini sejalan dengan pernyataan Holahan dan Moos (1991 dalam Taylor, 2012) bahwa memiliki kepercayaan diri yang tinggi dapat menghambat stres karena mereka mengatasinya secara aktif.

c. Sumber *Coping* Kompetensi

Sumber *coping* kompetensi merupakan keterampilan menyelesaikan masalah (*problem solving skills*) dan keterampilan sosial (*social skills*). Keterampilan menyelesaikan masalah meliputi kemampuan untuk mencari informasi, menganalisa situasi untuk mengidentifikasi masalah guna menentukan alternatif langkah yang dapat diambil, menentukan pilihan untuk mengantisipasi hasil yang dapat muncul, dan memiliki, serta mengimplementasikan rencana tindakan yang dilakukan menurut Janis (1974 dalam Lazarus & Folkman 1984) dapat memengaruhi *coping*. Sementara itu, keterampilan sosial meliputi kemampuan untuk berkomunikasi serta berperilaku secara tepat dan efektif dalam lingkungan. Keterampilan sosial ini dinilai dapat memfasilitasi kemampuan individu dalam menghadapi masalah.

2.3.3.4 Sumber *Coping* Eksternal

a. Kondisi sosial ekonomi

Kondisi sosial ekonomi disebut sebagai salah satu faktor eksternal yang paling berpengaruh pada *coping*. Individu yang memiliki uang, terutama apabila ia memiliki kemampuan untuk menggunakannya

secara efektif, dapat melakukan *coping* dengan lebih baik karena sumber daya tersebut membuka banyak pilihan menghadapi hambatan (Lazarus & Folkman, 1984). Kondisi keuangan yang berkecukupan juga dinilai memudahkan individu untuk mendapat akses kesehatan, hukum, dan bantuan profesional lainnya dalam melakukan *coping*. Penelitian Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, dan Falke (1992) menemukan bahwa individu dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi lebih konsisten dalam menggunakan salah satu strategi *coping*. Mereka yang memiliki tingkat pendidikan dan pendapatan yang tinggi serta teman yang banyak juga ditemukan cenderung mengalami stres yang lebih rendah (Booth & Amato, 1991 dalam Taylor, 2012).

b. Dukungan Sosial

Menurut Folkman dan Lazarus (1984), memiliki keluarga atau teman yang memberikan dukungan baik itu emosional, informasi, maupun wujud dukungan lain telah dilihat sebagai faktor yang berpengaruh pada *coping*. Penelitian Helgeson et al. (1999 dalam Gurung, 2006) secara khusus menemukan bahwa adanya dukungan sosial sangat mendukung pasien kanker untuk dapat bertahan hidup.

2.3.4 Pengukuran *Coping*

Pengukuran *coping* pada penelitian ini menggunakan alat ukur *The Brief COPE* yang dikembangkan oleh Carver (1997). Alat ukur yang merupakan adaptasi dari alat ukur *COPE* yang dibuat oleh Carver, Scheier, dan Weintraub (1989) ini digunakan untuk melihat cara individu dalam mengatasi masalah, mengukur respon *coping* yang penting dan potensial dengan cepat. *The Brief COPE* terdiri dari 28 *item* yang mengukur 14 konsep reaksi *coping* yang berbeda. Partisipan diminta untuk menentukan pilihan jawaban mulai dari “belum pernah” sampai dengan “sangat sering” pada setiap pernyataan.

2.4 Dinamika Hubungan Resiliensi, *Coping* dan Kanker

Diagnosis mengenai adanya penyakit kanker merupakan awal dari sebuah perubahan dalam berbagai aspek kehidupan seperti kesehatan fisik maupun mental, kegiatan sehari-hari, pekerjaan, gaya hidup serta peran sosial seseorang. Ia kemudian akan dihadapkan pada berbagai situasi yang dapat menimbulkan stres

antara lain perawatan medis yang berkepanjangan, rasa sakit di sekujur tubuh, rasa takut akan ambiguitas dari perkembangan tentang penyakitnya, serta perubahan peran sosial. Penelitian Mona dan Singh (2012) juga menemukan bahwa pasien kanker dapat mengalami masalah dalam hubungan pernikahan dan keluarga, seksual, serta masalah dalam aspek psikologis seperti penurunan *self esteem* dan stres. Meskipun berada dalam situasi yang menimbulkan stres, pasien kanker sebenarnya masih memiliki kekuatan dari dalam diri yang dapat membantunya untuk beradaptasi dengan kondisi serta memaknai hidup yang disebut dengan resiliensi (Loprinzi, Prasad, Schroeder & Sood, 2011).

Penelitian Aspinwall dan MacNamara (2005, dalam Schmer, 2010) menemukan bahwa pasien kanker yang resilien mampu untuk belajar dari pengalaman dan tetap bersikap optimis dalam menghadapi tantangan hidupnya. Beberapa penelitian dalam Loprinzi, Prasad, Schroeder, dan Sood (2011), menemukan bahwa resiliensi berkorelasi positif dengan aktivasi di korteks prefrontal dan penurunan aktivasi di sistem limbik yaitu amigdala. Hasil penelitian tersebutlah kemudian menjadi dasar pengembangan pelatihan manajemen stres dan resiliensi karena dipercaya dapat memberikan dampak klinis yang positif pada kesehatan fisik maupun mental pada pasien kanker (Loprinzi et al., 2011).

Secara umum, Grafton, Gillespie, dan Henderson (2010), menyatakan bahwa resiliensi merupakan salah satu faktor yang memungkinkan seseorang melakukan *coping* secara positif, bangkit, dan berkembang setelah mengalami kesulitan dalam hidup. Resiliensi itu sendiri dilihat Taylor (2012) sebagai salah satu sumber *coping* internal yang dimiliki individu. Oleh karena itu, menurut Taylor, resiliensi dapat merefleksikan perbedaan individual dalam melakukan *coping* terhadap situasi yang menimbulkan stres. Contohnya, terdapat individu yang menerima diagnosis kanker dengan tenang, sementara ada yang tidak mampu menerima. Berlawanan dengan pandangan di atas, Kumpher (1999) berpendapat bahwa *coping* memiliki peran dalam mengembangkan resiliensi seseorang. Cotu (2002, dalam Lees, 2010) juga mengatakan hal yang serupa, bahwa *coping* merupakan salah satu faktor protektif dari resiliensi. Penelitian yang mengaitkan kedua hal ini masih sedikit ditemukan dan berkisar di bidang

psikologi pendidikan maupun umum. Sementara itu, penelitian mengenai *coping* dan resiliensi yang dikhususkan pada pasien kanker di Indonesia pun masih jarang ditemukan.

Pada penelitian ini sendiri, peneliti menempatkan diri pada pandangan yang melihat bahwa resiliensi dapat menjelaskan pemilihan *coping* yang dilakukan oleh pasien kanker. Hal ini disebabkan karena resiliensi menurut Wagnild dan Young (1993), merupakan kekuatan dari dalam diri individu yang menggambarkan keberanian dan kemampuan untuk beradaptasi dalam menghadapi kondisi sulit dan kemalangan yang menimpanya, sementara *coping* didefinisikan sebagai cara pandang dan tingkah laku yang dilakukan untuk mengatur tuntutan eksternal dan/atau internal yang dinilai membebani atau melebihi sumber daya dari seseorang (Lazarus & Folkman, 1984). Oleh karena itu, peneliti mengambil kesimpulan bahwa resiliensi merupakan sesuatu yang lebih bersumber dari dalam diri seseorang, sementara *coping* merupakan usaha ataupun tingkah laku yang diwujudkan untuk mengatasi tuntutan yang dirasa melebihi sumber daya yang dimiliki seseorang.

Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, dan Falke (1992), mengatakan bahwa secara umum, pasien kanker melakukan pemilihan *coping* yang bervariasi. Dalam menghadapi simtom yang mengakibatkan rasa sakit, mereka biasanya memilih untuk menggunakan strategi *problem focused coping*, misalnya mencari pengobatan alternatif atau mengonsumsi obat-obatan, sementara untuk menghadapi ketidakpastian masa depan mereka cenderung menggunakan strategi *emotion focused coping* seperti menghindar ataupun *denial* (Dunkel-Schetter, et al., 1992). Selanjutnya penelitian De Faye, Wilson, Chater, Viola, dan Andippa (2006), menemukan bahwa *emotion-focused coping* lebih sering digunakan pasien kanker untuk mengatasi masalah eksistensial, sementara *problem focused coping* lebih sering digunakan untuk mengatasi masalah fisik.

Pada pasien yang melakukan pengobatan dengan radioterapi, Strauss, Brix, Fischer, Leppert, dan Füller, et al. (2007), menemukan bahwa resiliensi dapat menjadi salah satu prediktor psikologis bagi kualitas hidup, optimisme, dan *coping* dari pasien kanker tersebut. Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor dan Falke (1992), selanjutnya juga menemukan bahwa pasien kanker yang melakukan

coping dengan mencari dukungan sosial mengalami tingkat stres yang lebih rendah. Berbeda dengan temuan tersebut, penelitian Trevino, Maciejewski, Fasciano, Greer, Partridge, et al. (2011), menyatakan bahwa pasien kanker yang melakukan *coping* dengan mencari dukungan sosial justru merasakan kecemasan yang tinggi. Sementara itu, Epping-Jordan, Compas dan Howel (1994 dalam Taylor, 2012) melihat bahwa individu yang tidak mampu untuk menghadapi penyakitnya dengan melakukan *coping* atau cenderung menghindar akan mengalami perkembangan yang sangat pesat dalam tingkatan kankernya. Hoyt, Thomas, Epstein dan Dirksen, (2009 dalam Taylor, 2012) juga menyatakan bahwa pengabaian terhadap situasi yang mengakibatkan stres dari penyakit kanker dapat mengalami gangguan tidur yang kemudian berakibat pada kualitas hidup yang rendah.

Berdasarkan pemaparan di atas, peneliti ingin mengetahui apakah resiliensi dapat membantu pasien kanker dalam melakukan pemilihan *coping* yang positif dan efektif terhadap perubahan di berbagai aspek kehidupan seperti fisik, sosial, psikologis, dan vokasional akibat penyakitnya. Maka dalam penelitian ini peneliti akan menguji apakah terdapat hubungan antara resiliensi dan *coping* positif pada pasien kanker. Selain itu, peneliti juga ingin melihat jenis pemilihan *coping* apa yang lebih berhubungan erat dengan resiliensi.

BAB 3

METODE PENELITIAN

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

3.1 Masalah Penelitian

Permasalahan utama yang diteliti dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara resiliensi dan *coping* pada pasien kanker?”. Selain rumusan permasalahan utama, terdapat rumusan permasalahan tambahan yaitu: (1) Apakah terdapat hubungan antara resiliensi dan *coping* positif pada pasien kanker dewasa?” dan (2) “Jenis *coping* apa yang lebih berhubungan erat dengan resiliensi?”

3.2 Hipotesis Penelitian

3.2.1 Hipotesis Konseptual

3.2.1.1 Hipotesis Alternatif (Ha)

Terdapat hubungan antara resiliensi dan *coping* pada pasien kanker.

3.2.1.2 Hipotesis Null (Ho)

Tidak terdapat hubungan antara resiliensi dan *coping* pada pasien kanker.

3.2.2 Hipotesis Operasional

3.2.2.1 Hipotesis Alternatif (Ha)

Terdapat korelasi yang signifikan antara skor total resiliensi yang didapat dari penghitungan *The 14-Items Resilience Scale* dan skor total *coping* yang didapat dari hasil penghitungan *The Brief COPE* pada pasien kanker.

3.2.2.2 Hipotesis Null (Ho)

Tidak terdapat korelasi yang signifikan antara skor total resiliensi yang didapat dari penghitungan *The 14-Items Resilience Scale* dan skor total *coping* yang didapat dari hasil penghitungan *The Brief COPE* pada pasien kanker.

3.3 Variabel Penelitian

Variabel-variabel yang terkait di dalam penelitian ini adalah resiliensi dan *coping*. Berikut penjelasan lebih lanjut mengenai kedua variabel tersebut:

3.3.1 Variabel Pertama: Resiliensi

3.3.1.1 Definisi konseptual

Suatu kekuatan dalam diri individu sehingga mampu beradaptasi dalam menghadapi kondisi sulit dan kemalangan yang menimpanya (Wagnild & Young, 1993).

3.3.1.2 Definisi operasional

Definisi operasional dari resiliensi adalah skor total yang diperoleh dari alat ukur *The 14-Items Resilience Scale* yang disusun oleh Wagnild dan Young (2009). Semakin tinggi skor total maka semakin tinggi tingkat resiliensi seseorang dalam menghadapi kesulitan.

3.3.2 Variabel kedua: *Coping*

3.3.2.1 Definisi konseptual

Coping adalah cara pandang dan perilaku yang dilakukan secara terus menerus untuk mengatur tekanan dari dalam maupun luar diri yang dinilai mengancam (Folkman & Lazarus, 1984).

3.3.2.2 Definisi operasional

Dalam penelitian ini, *coping* dilihat dari skor total dari alat ukur *The Brief COPE* yang dibuat oleh Carver (1997). Sedangkan jika ingin mendapatkan gambaran deskriptif tentang *coping* yang digunakan adalah dengan melihat skor total jenis *coping*. Jenis-jenis pada alat ukur tersebut menggambarkan *problem focused coping* dan *emotion focused coping* yang digunakan subjek.

3.4 Tipe dan Desain Penelitian

Tipe penelitian menurut Kumar (2005) dikelompokkan berdasarkan aplikasi, tujuan, dan pendekatan. Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif karena peneliti bertujuan untuk mengkuantifikasi variasi yang ditemukan dalam fenomena, situasi ataupun masalah. Berdasarkan aplikasinya, penelitian ini juga dapat dikategorikan sebagai tipe penelitian terapan atau *applied research* yang menurut Kumar (2005) merupakan penelitian yang menggunakan teknik, prosedur, dan metode yang diaplikasikan pada kumpulan informasi

tentang berbagai aspek dari situasi, masalah, ataupun fenomena supaya informasi tersebut dapat dipergunakan untuk lain hal. Sementara itu berdasarkan tujuannya, penelitian ini tergolong *correlational research* di mana menurut Kumar (2005) bertujuan untuk melihat adanya hubungan, asosiasi ataupun interdependensi antara berbagai aspek dalam situasi, dalam hal ini resiliensi dan *coping* pada pasien kanker.

Selanjutnya desain penelitian dapat diklasifikasikan berdasarkan *the reference period* yang terdiri dari: *retrospective*, *prospective*, dan *retrospective-prospective studies*, serta *nature of investigation* yang terdiri dari *non-experimental*, *semi-experimental*, dan *experimental studies* (Kumar, 2005). Jika ditinjau dari *the reference period*, desain penelitian yang digunakan adalah *retrospective study design* dikarenakan penelitian ini bertujuan untuk melihat fenomena, situasi, masalah ataupun isu yang muncul di masa lalu, dalam hal ini apakah terdapat hubungan antara resiliensi dengan *coping* pada pasien kanker. Sementara itu menurut *nature of investigation*, desain penelitian ini adalah *non-experimental*, karena tidak terdapat manipulasi pada variabel-variabelnya.

3.5 Partisipan Penelitian

3.5.1 Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah individu yang merupakan pasien kanker, berusia 20 tahun ke atas, dan tidak sedang terbaring sakit, serta masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini dilakukan untuk menghindari hambatan dalam berkomunikasi serta proses pengisian kuesioner. Adapun partisipan ditemui peneliti di Rumah Sakit Kanker Dharmas, *Support Group*, hingga rumah masing-masing pasien.

3.5.2 Karakteristik Partisipan Penelitian

Adapun karakteristik sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Berusia 20 tahun ke atas. Hal ini dikarenakan meskipun kanker anak dibatasi hingga usia 18 tahun, menurut Papalia, Felds dan Oldman (2009), seseorang memasuki masa dewasa tepatnya pada usia 20 tahun.

2. Terdiagnosa terkena penyakit kanker dan sedang atau pernah melakukan pengobatan. Untuk karakteristik sudah terdiagnosa penyakit kanker ditandai dengan adanya data mengenai diagnosa penyakit atau orang tersebut pernah melakukan pengobatan medis seperti kemoterapi, radiasi, operasi dan lain-lain. Karakteristik ini ditentukan dengan pertimbangan sebagai data pengontrol.
3. Tidak memiliki hendra dalam berkomunikasi dengan pertimbangan agar tidak memberatkan pasien kanker yang menjadi partisipan penelitian.

3.5.3 Prosedur dan Teknik Pengambilan Sampel

Prosedur yang digunakan dalam pemilihan sampel penelitian ini adalah *non-probability sampling*, di mana tidak semua individu dalam populasi memiliki kesempatan yang sama untuk menjadi sampel penelitian (Kumar, 2005). Teknik *non-probability sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *convenience sampling*, yaitu peneliti memilih sampel berdasarkan ketersediaan dan kesediaan dari partisipan untuk mengisi kuesioner (Gravetter & Forzano, 2009). Peneliti mencari sampel yang ada pada saat peneliti datang ke Rumah Sakit Kanker Dharmais dan *Support Group Cancer Information and Support Center (CISC)*. Di samping itu, peneliti juga berusaha mencari partisipan dengan metode *snowball* yakni proses pemilihan sampel dengan menggunakan koneksi atau jaringan (Kumar, 2005).

3.5.4 Jumlah Sampel

Gravetter dan Wallnau (2007) menyatakan bahwa untuk mencapai distribusi data yang mendekati kurva normal, diperlukan sebanyak minimal 30 sampel. Namun demikian, dalam statistika dikenal prinsip *law of large number* yang mengemukakan bahwa semakin besar *sample size*, semakin akurat pula data penelitian yang didapat dari sampel untuk menggambarkan populasi (Gravetter & Forzano, 2009). Peneliti membatasi waktu pengambilan data dan pada akhirnya peneliti dapat mengumpulkan 70 sampel terpakai.

3.6 Instrumen Penelitian

Terdapat beberapa teknik yang dapat digunakan dalam pengambilan data yaitu observasi, wawancara, dan kuesioner (Kumar, 2005). Dalam penelitian ini,

peneliti menggunakan kuesioner untuk melakukan pengambilan data. Teknik pengambilan data dengan menggunakan kuesioner dipilih karena selain tergolong efektif dan efisien, kuesioner juga dapat menjaga kerahasiaan identitas setiap partisipan. Dengan begitu, partisipan diharapkan untuk memberikan jawaban yang sejujur-jujurnya. Adapun kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah *The-14 items Resilience Scale* yang dikembangkan Wagnild dan Young (2009), serta *The Brief COPE* yang dikembangkan oleh Carver (1997). Kedua alat ukur tersebut digabungkan menjadi satu *booklet* menjadi sebuah kuesioner. Berikut ini merupakan uraian instrumen yang digunakan dalam penelitian ini.

3.6.1 Alat Ukur Resiliensi dan Uji Coba Alat Ukur Resiliensi

Adapun alat ukur resiliensi yang telah digunakan secara ekstensif dan melalui berbagai validasi empiris ialah *The Resilience Scale* yang dikembangkan oleh Wagnild dan Young (1993). *The Resilience Scale* itu sendiri diformulasikan berdasarkan studi kualitatif pada wanita lanjut usia yang mampu beradaptasi pada perubahan hidup yang signifikan, serta melalui tinjauan literatur mengenai resiliensi secara teliti hingga pada saat itu (Wagnild & Young, 1990, dalam Wagnild, 2009). Pada awalnya alat ukur ini terdiri dari 50 *item* di mana setiap *item* menampung pernyataan dari 24 wanita lanjut usia. Setelah melakukan analisis, *itemnya* dikurangi menjadi 25 *item* yang merefleksikan lima komponen resiliensi menurut Wagnild dan Young (1990, 2009). Komponen tersebut adalah (1) *Equanimity*, yakni keseimbangan perspektif pada kehidupan seseorang, (2) *Meaningfulness*, yakni pemahaman bahwa kehidupan memiliki makna dan nilai yang mendalam, (3) *Perseverance*, yaitu kemampuan untuk terus maju setelah mengalami kemunduran, (4) *Self-reliance*, yakni keyakinan bahwa individu memiliki kemampuan yang dibutuhkan dan menyadari keterbatasannya, (5) *Existential aloneness*, kesadaran bahwa setiap individu memiliki jalan hidup yang unik.

Alat ukur dengan 25 *item* tersebut memiliki indeks reliabilitas sebesar 0,91, dan signifikan pada $p \leq 0,01$. Kuesioner ini kemudian diuji kembali reliabilitasnya dengan menggunakan *test-retest reliability technique* pada 1, 4, 8, dan 12 bulan kemudian. Hasilnya, koefisien reliabilitas terentang dari 0,68-0,84. Lalu Wagnild dan Young (2009) mereduksi kuesioner 25 *item* menjadi 14 *item*

dengan pertimbangan waktu pengisian yang lebih singkat. Skala yang baru ini telah melalui pengujian reliabilitas dan menghasilkan koefisien reliabilitas yang tinggi yakni sebesar 0,93. Pada penelitian ini peneliti menggunakan skala resiliensi dengan 14 item dengan pertimbangan efektivitas waktu pengisian.

Pada akhirnya penelitian ini menggunakan alat ukur *The-14 items Resilience Scale* yang dikembangkan oleh Wagnild dan Young (2009) dikarenakan alat ukur ini merupakan alat ukur dengan penggunaan terluas hingga kini (Windle, Bennett & Noyes, 2011). Kemudian alat ukur ini juga telah digunakan pada remaja, dewasa muda, serta lanjut usia sehingga dinilai sesuai dengan karakteristik partisipan. Seiring dengan perkembangannya, *The Resilience Scale* kini berbentuk *paper-and-pencil questionnaire* yang bertujuan untuk mengukur kapasitas kemampuan individu untuk menerima, menghadapi, dan mentransformasikan masalah-masalah yang telah, sedang, dan akan dihadapi dalam sepanjang kehidupannya. Berikut ini adalah kisi-kisi RS-14:

Tabel 3.6.1 Kisi-kisi Alat Ukur Resiliensi (RS-14)

Subfaktor	Komponen	No. Item	Contoh Item
Kemampuan Diri	<i>Meaningfulness</i>	1, 2, 6	Saya dapat memikirkan satu atau lebih cara untuk mencapai tujuan.
	<i>Perseverance</i>	7, 8, 9	Saya dapat mempertahankan minat saya terhadap sesuatu.
	<i>Self Reliance</i>	5, 11, 12, 14	Keyakinan saya terhadap diri sendiri membantu saya melewati masa-masa sulit.
Penerimaan diri dan hidup	<i>Existential Aloneness</i>	3 dan 4	Saya senang/nyaman dengan keadaan diri saya.
	<i>Equanimity</i>	10 dan 13	Hidup saya berarti.

Alat ukur ini sebelumnya sudah pernah diadaptasi oleh Sihombing (2011). Adapun koefisien reliabilitas yang diperoleh dalam penelitian Sihombing adalah sebesar 0,74. Sementara itu, dalam uji validitas alat ukur menggunakan teknik pengujian validitas internal, ditemukan bahwa terdapat 1 *item* yang tidak valid. Peneliti kemudian melaksanakan uji coba alat ukur yang dilakukan dengan menyebarkan kuesioner secara langsung maupun melalui surat elektronik atau e-

mail kepada 30 orang partisipan sesuai dengan karakteristik yang telah ditentukan sebelumnya yakni pasien kanker yang telah/sedang melakukan pengobatan dan berusia lebih dari 20 tahun.

Hasil uji coba alat ukur yang dilakukan peneliti menunjukkan bahwa alat ukur resiliensi ini memiliki koefisien reliabilitas sebesar 0,872. Hal tersebut membuktikan bahwa alat ukur ini secara internal konsisten dan tergolong cukup baik karena menurut Kaplan dan Sacuzzo (2005), salah satu syarat alat ukur yang baik adalah memiliki koefisien reliabilitas sebesar 0,7-0,8. Sementara itu, hasil uji validitas dengan menggunakan *internal consistency* menunjukkan bahwa seluruh itemnya memiliki skor lebih dari 0,2 yang disebutkan Aiken dan Groth-Marnat (2006) sebagai batas minimal indeks validitas item yang baik.

3.6.2 Metode Scoring Alat Ukur Resiliensi

The Resilience Scale pada dasarnya menggunakan skala Likert 1 sampai dengan 7 pada tiap itemnya. Namun demikian, peneliti melakukan modifikasi dengan mengubah skala menjadi hanya 1 hingga 4 untuk mencegah kecenderungan partisipan untuk menjawab respon jawaban di tengah atau sering disebut dengan *central tendency*. Pada masing-masing skala dalam alat ukur ini menggambarkan intensitas pernyataan yakni dari 1 yang menunjukkan bahwa partisipan sangat tidak setuju, hingga 4 yang menunjukkan sangat setuju.

Untuk pengkategorisasian resiliensi, peneliti menggunakan cara yang didapat dari korespondensi via elektronik antara Sihombing (2011) dan Wagnild. Wagnild menjelaskan bahwa individu dengan skor total 60 ke bawah adalah individu yang memiliki resiliensi sangat rendah, individu dengan skor total di atas 90 adalah individu yang memiliki resiliensi sangat tinggi, dan individu dengan skor total sekitar 80 adalah individu yang memiliki resiliensi rata-rata. Namun karena skala telah dimodifikasi oleh peneliti, maka kategorisasi skor total dilakukan berdasarkan perhitungan rata-rata skor total dan standar deviasi.

3.6.3 Alat Ukur Coping dan Uji Coba Alat Ukur Coping

Dalam melakukan pengukuran terhadap *coping*, terdapat beberapa alat ukur yang dikembangkan dari waktu ke waktu contohnya *Ways of Coping* oleh Folkman dan Lazarus (1985), *The COPE Inventory* yang dikembangkan Carver, Scheier dan Weintraub (1989), *The Brief COPE* oleh Carver (1997) dan lain-lain.

Alat ukur yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *The Brief COPE* yang merupakan adaptasi dari *The COPE Inventory* yang sebelumnya dikembangkan berdasarkan teori stres dan *coping* dari Lazarus dan Folkman (1984) serta model tingkah laku regulasi diri dari Carver dan Scheier (1981 dalam 1990). Alat ukur yang terdiri dari 60 *item* yang dikelompokkan ke dalam beberapa skala ini dinilai terlalu panjang dan cenderung membuat partisipannya tidak sabar dalam mengerjakan (Carver, 1997). Maka pada studi selanjutnya alat ukur ini dipersingkat menjadi 14 skala dimana masing-masingnya memiliki dua item dan diberi nama *The Brief COPE* (Carver, 1997).

Pengembangan alat ukur *The Brief COPE* ini diawali dengan mengurangi dua skala yang hasilnya telah terbukti tidak diperlukan pada pengukuran sebelumnya. Adapun skala tersebut adalah *restraint coping* dan *suppression of competing activities*. Kemudian terdapat tiga skala yang diubah namanya untuk mempertajam fokus dari alat ukur ini yaitu *positive reinterpretation and growth* menjadi *positive reframing* untuk menghilangkan sebutan “*growth*”, skala *focus on* dan *venting of emotions* menjadi *venting* karena terlalu berfokus pada pengalaman tertekan sehingga tekanan diubah menjadi hanya sebagai hasilnya, serta skala *mental disengagement* menjadi *self-distraction* supaya lebih fokus pada tindakan apa yang dilakukan seseorang untuk menjauhkan pikiran dari pemicu stres. Selanjutnya terdapat penambahan satu skala yang sebelumnya tidak digunakan dalam *COPE* yakni *self blame* yang ditemukan oleh Bolger (1990 dalam Carver, 1997) sebagai faktor prediktor akan penyesuaian diri saat menghadapi stres dalam berbagai penelitian tentang *coping* lainnya.

Pada akhirnya *The Brief COPE* memiliki 28 *item* yang terbagi dalam 14 subskala dari kedua jenis *coping* yaitu dari jenis *problem-focused coping*: *Active Coping*, *Planning*, *Positive Reframing*, *Behavioral Disengagement* dan *Use of Instrumental Support*, sementara itu dari jenis *emotion-focused coping*: *Acceptance*, *Humor*, *Religion*, *Using Emotional Support*, *t*, *Self Distraction*, *Denial*, *Venting*, *Substance Use*, dan *Self Blame*. Seluruh skala ini digolongkan ke dalam dua bentuk umum dari *coping* menurut Lazarus dan Folkman (1984), yaitu *problem-focused coping* yakni menyelesaikan masalah atau melakukan sesuatu

mengatasi sumber stres dan *emotion-focused coping* yakni mengurangi atau mengatasi tekanan emosional yang diakibatkan oleh stres.

Pengujian awal alat ukur ini dilakukan Carver (1997) pada korban dari bencana alam badai Andrew yang tinggal dalam suatu tempat pemulihan. Setelah melakukan pengujian sebanyak tiga kali dengan melibatkan 168 partisipan, pengujian tahap kedua dilakukan dengan melibatkan 124 partisipan. Pada tahun berikutnya Carver melakukan pengujian ketiga dengan melibatkan 126 partisipan. Seluruh *assessment* ini digunakan terpisah untuk mengevaluasi reliabilitas dari setiap *subscales*. Hasil uji reliabilitas dengan menggunakan *Cronbach Alpha* menunjukkan bahwa hampir semua *subscales* menghasilkan koefisien reliabilitas di atas 0,6, kecuali *venting*, *denial*, dan *acceptance*. Namun demikian, dikarenakan pada setiap *subscales* hanya terdiri atas dua item, menurut Nunnally (1978), koefisien reliabilitas yang dapat diterima adalah minimal 0,5 (Carver, 1997). Adapun koefisien reliabilitas dari masing-masing *subscales* adalah sebagai berikut: *Active Coping* (0,68), *Planning* (0,73), *Positive Reframing* (0,64), *Acceptance* (0,57), *Humor* (0,73), *Religion* (0,82), *Using Emotional Support* (0,71), *Using Instrumental Support* (0,64), *Self-Distraction* (0,71), *Denial* (0,54), *Venting* (0,50), *Substance Use* (0,90), *Behavioral Disengagement* (0,65), dan *Self-Blame* (0,69).

Pengukuran *coping* dengan menggunakan *The Brief COPE* menurut Taylor (2012) akan memperlihatkan strategi *coping* yang biasa digunakan individu untuk menghadapi kejadian yang mengakibatkan stres. Selain itu alat ukur ini dapat melihat respons *coping* yang penting dan potensial dengan cepat. *The Brief COPE* telah digunakan sebelumnya pada penelitian mengenai pasien kanker payudara, korban bencana alam dan berbagai sampel lainnya. Alat ukur ini pun telah diterjemahkan ke berbagai bahasa seperti Bahasa Perancis, Spanyol bahkan Indonesia.

Selanjutnya berikut ini adalah tabel kisi-kisi dari alat ukur *The Brief COPE* (Carver, 1997) :

Tabel 3.6.2 Kisi-kisi Alat Ukur *Coping* (*Brief COPE*)

<i>Jenis Coping</i>	<i>Subscales</i>	No. Item	Contoh Item
<i>Problem-</i>	<i>Active coping (P)</i>	2 dan 7	Saya mengambil tindakan untuk

<i>Focused Coping</i>			mencoba membuat masalah ini menjadi lebih baik.
	<i>Use of instrumental support (P)</i>	10 dan 23	Saya mendapatkan bantuan dan saran dari orang lain.
	<i>Behavioral disengagement (P)</i>	6 dan 16	Saya menyerah dalam upaya mengatasi masalah ini.
	<i>Positive reframing (P)</i>	12 dan 17	Saya mencoba melihat masalah ini dari sudut pandang yang berbeda agar membuatnya tampak lebih positif
	<i>Planning (P)</i>	14 dan 25	Saya berusaha membuat strategi untuk dapat menyelesaikan masalah ini.
<i>Emotion-Focused Coping</i>	<i>Venting (E)</i>	9 dan 21	Saya dapat mengekspresikan perasaan negatif saya.
	<i>Self-distraction (E)</i>	1 dan 19	Saya mengalihkan pikiran dari masalah ini dengan bekerja atau melakukan aktivitas lain.
	<i>Denial (E)</i>	3 dan 8	Saya tidak percaya bahwa masalah ini telah terjadi.
	<i>Substance use (E)</i>	4 dan 11	Saya menggunakan alkohol atau obat-obatan lain agar merasa lebih baik.
	<i>Use of emotional support (E)</i>	5 dan 15	Pada kenyataannya, saya mendapatkan penghiburan dan pengertian dari orang lain.
	<i>Humor (E)</i>	18 dan 28	Saya membuat lelucon mengenai masalah yang sedang saya hadapi ini.
	<i>Acceptance (E)</i>	20 dan 24	Saya menerima fakta bahwa masalah ini telah terjadi.
	<i>Religion (E)</i>	22 dan 27	Saya berdoa dan bermeditasi.
	<i>Self-blame (E)</i>	13 dan 26	Saya menyalahkan diri sendiri atas penyakit yang saya hadapi ini.

Alat ukur ini telah diadaptasi dan digunakan dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Setyorini (2012). Uji reliabilitas alat ukur yang dilakukan dengan metode *coefficient-alpha* (*Cronbach's alpha*) menunjukkan hasil koefisien reliabilitas sebesar 0,821, yang menurut Kaplan dan Saccuzzo (2005) tergolong

cukup baik karena telah melewati 0,7 – 0,8. Sementara itu pada uji validitas yang dilakukan Setyorini ditemukan beberapa item dengan nilai validitas yang kurang baik yakni di bawah 0,2 yaitu *item* nomor 3 dan 8 (*subscale denial*), 4 dan 11 (*subscale substance use*), 6 dan 16 (*subscale behavioral disengagement*), serta *item* 13 dan 26 (*subscale self-blame*).

Peneliti kemudian melakukan uji coba alat ukur dan menemukan koefisien reliabilitas yang baik yakni sebesar 0,843. Sementara itu, uji validitas alat ukur dilakukan dengan menggunakan metode *internal consistency*. Berdasarkan teknik tersebut, ditemukan beberapa *item* yang memiliki skor di bawah batas minimal pada indeks validitas untuk yaitu 0,2 menurut Aiken dan Groth-Marnat (2006). Adapun *item* tersebut adalah *item* nomor 3 dan 8 (*subscale denial*), 4 dan 11 (*subscale substance use*), 6 dan 16 (*subscale behavioral disengagement*), serta *item* 13 dan 26 (*subscale self-blame*). Sementara itu, validitas masing-masing subskala menunjukkan koefisien validitas yang baik.

Oleh karena itu, peneliti melakukan *expert judgement* yakni mendiskusikan hasil uji coba alat ukur dengan pembimbing hingga kemudian memutuskan untuk melakukan revisi pada pemilihan kata yang digunakan dalam ketujuh *item* tersebut. Peneliti memutuskan untuk tidak membuang *item* karena dikhawatirkan akan mempengaruhi validitas keseluruhan. Berikut ini merupakan revisi *item* yang telah disebutkan sebelumnya:

Tabel 3.6.2.1 Revisi Item Alat Ukur Coping (Brief Cope)

No	Item Sebelumnya	Item Revisi
5.	Saya mendapatkan dukungan emosional dari orang lain	Pada kenyataannya, saya mendapat dukungan emosional dari orang lain
11.	Untuk membantu saya melewati masalah ini, saya lari ke minuman beralkohol atau obat-obatan.	Untuk membantu saya melewati masalah ini, saya mengalihkannya pada minuman alkohol (contoh : bir, <i>mixmax</i> dsb) dan obat-obatan (contoh: pereda rasa sakit di luar resep dokter)
15.	Saya mendapatkan hiburan dan pengertian dari orang lain	Pada kenyataannya, saya mendapat hiburan dan pengertian dari orang lain
16.	Saya ‘angkat tangan’ dalam upaya mengatasi kondisi ini.	Saya menyerah dalam melakukan upaya mengatasi kondisi ini.
21.	Saya dapat mengekspresikan	Saya dapat mengekspresikan perasaan

	perasaan negatif saya.	negatif saya seperti: marah, sedih, takut, dsb.
26.	Saya menyalahkan diri sendiri karena penyakit yang saya hadapi ini.	Saya menyalahkan diri sendiri atas munculnya penyakit ini
28.	Saya tertawa saja pada kondisi yang saya hadapi ini.	Saya menertawai kondisi yang saya hadapi ini.

3.6.4 Metode Scoring Alat Ukur Coping

Skala yang digunakan dalam alat ukur ini terbentang dari 1 sampai empat yakni sesuai dengan empat pilihan jawaban yang ada. Adapun pilihan jawaban tersebut adalah: (1) “belum pernah” yang memiliki skor 1, (2) “kadang-kadang” yang memiliki skor 2, (3) “sering” yang memiliki skor 3, dan (4) “sangat sering” yang memiliki skor 4. Sementara itu, Carver (1997) tidak memaparkan cara pengategorisasian dari skor total yang didapatkan partisipan pada alat ukur The Brief COPE ini. Oleh karena itu, kategorisasi skor dilakukan dengan melakukan penghitungan rata-rata skor *coping* yang dimiliki partisipan dan standar deviasi.

3.7 Prosedur Penelitian

Dalam sub bab prosedur penelitian ini, peneliti akan membahas mengenai tahapan penelitian yang dilalui, mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan penelitian, hingga bagaimana pengolahan data dilakukan.

3.7.1 Tahap Persiapan Penelitian

Pada tahap persiapan ini, peneliti mengawali dengan studi literatur mengenai variabel yang ingin diteliti. Adapun sumber literatur tersebut bervariasi dari buku, jurnal, skripsi, tesis, disertasi, ataupun berbagai artikel ilmiah lainnya. Peneliti kemudian melakukan diskusi dengan pembimbing skripsi dan narasumber lain guna memperdalam pengetahuan mengenai topik maupun target partisipan penelitian. Selanjutnya, peneliti pun menentukan teori serta alat ukur yang paling tepat dalam mengukur variabel penelitian dalam hal ini untuk variabel resiliensi menggunakan *The 14 item Resilience Scale* (Wagnild, 2009), sementara untuk variabel *coping* menggunakan alat ukur *The Brief COPE* (Carver, 1997).

Kedua alat ukur ini telah diadaptasi serta diuji validitas dan reliabilitasnya dalam penelitian yang dilakukan oleh Sihombing (2011) dan Setyorini (2012). Peneliti kemudian melakukan proses uji coba alat ukur kepada 30 pasien kanker.

Setelah melaksanakan proses uji coba alat ukur, peneliti melakukan perbaikan kata pada *item-item* yang terbukti kurang baik. Pada data demografi peneliti pun menambahkan satu data tambahan yakni tingkatan atau stadium dari penyakit kanker berdasarkan saran dari pembimbing dan juga beberapa partisipan uji coba alat ukur. Selanjutnya peneliti menggabungkan kedua alat ukur ke dalam kuesioner yang berbentuk *booklet* sebelum kemudian diperbanyak dan siap disebarakan kepada partisipan. Peneliti juga juga menyiapkan *reward* sebagai ucapan terima kasih atas kesediaan partisipan membantu berjalannya penelitian.

3.7.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan pada bulan November 2012. Lokasi pengambilan data tersebar dari Rumah Sakit Kanker Dharmais, *Support Group Cancer Information and Support Center*, serta di rumah masing-masing partisipan. Selain memberikan secara langsung, peneliti juga menyebarkan kuesioner secara *online* via *e-mail* pada beberapa partisipan. Seluruh instruksi dalam alat ukur ini diberikan secara individual baik secara langsung maupun dari yang tertera di lembar pengisian. Peneliti kemudian menghubungi pasien kanker yang menjadi partisipan pada saat uji coba alat ukur untuk mengetahui tingkatan atau stadium penyakit kanker yang dialami guna melengkapi data demografi.

3.7.3 Tahap Pengolahan Data

Data yang terkumpul kemudian diseleksi berdasarkan kelengkapannya dan diskor sesuai dengan teknik *scoring* yang telah ditentukan sebelumnya. Adapun proses *scoring* dilakukan dengan menggunakan *Microsoft Excel* dan setelah itu data diolah dengan menggunakan SPSS 13.00 (*Statistical Package for Social Science*) dengan teknik-teknik:

3.8 Metode Pengolahan Data

Berikut ini merupakan metode pengolahan data yang dilakukan dalam penelitian ini:

a. Statistik Deskriptif

Teknik ini digunakan untuk mengolah data partisipan dan data demografis seperti jenis kelamin, usia, status, usia, pendidikan terakhir, pengeluaran per bulan, jenis penyakit kanker, lama menderita penyakit, serta pengobatan yang dilakukan. Selain itu, teknik ini juga untuk melihat

gambaran umum mengenai karakteristik dari sampel penelitian berdasarkan frekuensi, nilai rata-rata atau *mean*, dan persentase dari skor yang didapatkan oleh individu.

b. *Pearson Correlation*

Teknik ini digunakan untuk mengetahui besar dan arah hubungan linier dari dua variabel (Gravetter & Wallnau, 2008). Dalam penelitian ini, akan dikorelasikan antara variabel resiliensi dengan *coping*. Penelitian ini menggunakan alat ukur dengan skala pengukuran interval, sehingga korelasi Pearson cocok digunakan. Menurut Guilford dan Fruchter (1978), nilai koefisien Pearson dikelompokkan menjadi lima kelompok berdasarkan kuat lemahnya hubungan antar kedua variabel, yaitu

- $r < 0,2$: hubungan antara kedua variabel sangat lemah
- $r = 0,2-0,4$: hubungan antara kedua variabel lemah
- $r = 0,4-0,7$: hubungan antara kedua variabel sedang
- $r = 0,7-0,9$: hubungan antara kedua variabel kuat
- $r = 0,9-1,0$: hubungan antara kedua variabel sangat kuat

c. *Independent Sample t-test*

Teknik digunakan untuk mengetahui signifikansi perbedaan *mean* antara dua kelompok sebagai satu variabel terhadap variabel yang lain. Teknik ini digunakan untuk mengetahui signifikansi perbedaan *mean* resiliensi dan *coping* ditinjau dari jenis kelamin, usia, serta jenis pengobatan yang dilakukan.

d. *One-Way Analysis of Variance (ANOVA)*

Teknik ini digunakan untuk mengetahui signifikansi perbedaan *mean* antara dua kelompok atau lebih sebagai satu variabel terhadap variabel yang lain. Teknik ini digunakan untuk mengetahui signifikansi perbedaan *mean coping* dan resiliensi ditinjau dari jenis penyakit kanker, stadium atau tingkatan, serta pengeluaran per bulan.

BAB 4

ANALISIS DAN INTERPRETASI HASIL

Dalam bab ini, peneliti akan menguraikan hasil penelitian yang diperoleh dari pengambilan data dan pengolahan data yang dilakukan secara statistik. Adapun hasil yang diuraikan dalam bab ini terbagi tiga yakni bagian pertama yang meliputi gambaran umum partisipan penelitian berdasarkan gambaran umum partisipan, bagian kedua berisi penjelasan mengenai hasil dan analisis utama serta bagian ketiga merupakan pemaparan mengenai hasil dan analisis tambahan.

4.1 Gambaran Umum Subjek Penelitian

Subjek dalam penelitian ini adalah pasien kanker yang berusia dewasa atau lebih dari 21 tahun. Total responden dalam penelitian ini adalah 70 orang dengan pengambilan data dilakukan di beberapa tempat yaitu Rumah Sakit Kanker Dharmais, *Support Group* kanker, serta rumah masing-masing responden. Berikut ini akan dipaparkan mengenai gambaran umum subjek penelitian berdasarkan data demografis yang diolah dengan perhitungan statistik:

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

Aspek Demografis		Frekuensi	%
Jenis Kelamin	Laki-laki	24	35,3
	Perempuan	46	65,7
	Total	70	100
Usia	Dewasa Muda	17	24,2
	Dewasa Madya	48	68,5
	Dewasa Akhir	5	5,7
	Total	70	100
Status	Belum Menikah	20	28,5
	Menikah	50	71,5
	Total	70	100
Tingkat Pendidikan	SMP	1	1,4
	SMA	10	14,2
	D3	11	15,7
	S1	30	42,8
	S2	8	11,4

	Total	70	100
Pengeluaran/bulan	< 1.500.000	4	5,7
	1.500.000 – 3.000.000	13	18,5
	3.000.000 – 4.500.000	11	15,7
	4.500.000 – 6.000.000	18	25,7
	>6.000.000	24	34,2
	Total	70	100

Berdasarkan tabel di atas berkaitan dengan gambaran umum subjek berdasarkan jenis kelamin, mayoritas subjek penelitian adalah perempuan (6,75 %). Selanjutnya, dari hasil pengelompokan, terlihat bahwa mayoritas subjek penelitian berada pada tahap perkembangan dewasa madya (65,8%). Sementara itu, mayoritas subjek telah menikah (71,5%). Pada kategori pendidikan, mayoritas subjek penelitian berada pada tingkat pendidikan S1 (42,8%). Aspek demografis lain yang juga dilihat dalam penelitian ini adalah pengeluaran per bulan, mayoritas memiliki pengeluaran setiap bulannya di atas Rp 6.000.000,00 (34,2%). Sementara itu, aspek demografis lain yang berkaitan erat dengan pasien kanker adalah jenis, stadium serta lama menderita penyakitnya. Berikut ini gambaran umum subjek penelitian berdasarkan kedua aspek tersebut :

**Tabel 4.1.2 Gambaran Umum Subjek
Berdasarkan Jenis Penyakit Kanker dan Lama Sakit**

Aspek Demografis	Jenis Kanker	Frekuensi	%
Jenis Penyakit Kanker	Payudara	23	32,8
	Colon	10	14,2
	Otak	11	22,6
	Serviks	13	18,5
	Kelenjar Getah bening	2	2,8
	Prostat	2	2,8
	Leukimia	7	10
	Tiroid	1	1,4
	Tulang	2	2,8
	Total	70	100
Stadium/tingkat	0	7	10
	I	15	21,4
	II	25	35,7
	III	20	28,5
	IV	3	4,2

	Total	70	100
Lama Menderita Penyakit	1 - 5 tahun	57	81,4
	6 – 10 tahun	7	10
	11 -15 tahun	4	5,7
	16 – 20 tahun	2	2,8
	Total	70	100

Berkaitan dengan data di atas, dapat dilihat bahwa secara umum proporsi jenis penyakit kanker dari subjek penelitian yang didapatkan cukup beragam. Proporsi terbanyak adalah pasien kanker payudara yakni sekitar 32,8 %. Sementara tingkatan/stadium dari kanker yang dialami mayoritas subjek adalah stadium II (35,7%) Data demografis yang berkaitan dengan penyakit kanker selanjutnya adalah tentang gambaran umum mengenai lama subjek menderita penyakit kanker. Mayoritas subjek penelitian menderita penyakit kanker dalam rentang 1 – 5 tahun (81,4%).

4.2. Gambaran Umum Hasil Penelitian

Pada bagian ini, peneliti akan menjabarkan terlebih dahulu gambaran umum resiliensi dan *coping* pasien kanker sebelum melihat korelasi diantara kedua variabel tersebut.

4.2.1 Gambaran Umum Resiliensi pada Pasien Kanker Dewasa

Berikut ini adalah gambaran umum resiliensi pada pasien kanker:

Tabel 4.2.1.1 Gambaran Umum Resiliensi pada Pasien Kanker

Total Subjek	Rata-rata Skor Total	Nilai Terendah	Nilai Tertinggi	Standar Deviasi
70	43,38	36	53	4,47

Dari tabel di atas, terlihat bahwa nilai rata-rata skor total resiliensi subjek sebesar 43,38. Nilai minimum untuk skor total resiliensi adalah sebesar 36, sedangkan nilai maksimum skor total resiliensi adalah 53. Standar deviasi untuk resiliensi sebesar 4,47. Melalui rata-rata skor total dan standar deviasi, peneliti dapat melakukan penghitungan *true score* dari skor total resiliensi subjek dan didapatkan hasil yaitu sebesar 38,4 – 47,34. Selanjutnya, berdasarkan persebaran skor resiliensi di atas, dapat dilihat bahwa terdapat partisipan yang memiliki skor di atas rata-rata 31, sementara terdapat 36 partisipan memiliki skor resiliensi di bawah rata-rata.

4.2.2 Gambaran Umum *Coping* pada Pasien Kanker Dewasa

Berikut ini adalah gambaran umum *coping* pada pasien kanker:

Tabel 4.2.1.2 Gambaran Umum *Coping*

Total Subjek	Rata-rata Skor Total	Nilai Terendah	Nilai Tertinggi	Standar Deviasi
70	72,14	57	87	7,60

Berdasarkan tabel 4.2.1.2, terlihat bahwa rata-rata skor total *coping* subjek penelitian adalah 72,14. Nilai minimum untuk skor total *coping* adalah 57. Sedangkan nilai maksimum skor *coping* adalah 87 dengan standar deviasi sebesar 7,6. Melalui standar deviasi dan rata-rata skor total, peneliti dapat melakukan perhitungan *true score* dari skor total *coping* subjek dan didapatkan hasil yaitu 64,51-79,71. Sementara itu, berdasarkan persebaran skor *coping* di atas, dapat dilihat bahwa terdapat 31 partisipan dengan skor *coping* di atas rata-rata, sementara itu terdapat 38 partisipan memiliki skor di bawah rata-rata.

Berikut ini merupakan gambaran umum mengenai skor masing-masing jenis *coping*.

Tabel 4.2.1.3 Gambaran Umum *Problem-Focused Coping* dan *Emotion-Focused Coping*

Jenis <i>Coping</i>	Rata-rata Skor Total	Jumlah Item	Mean Jenis <i>Coping</i>
<i>Emotion-focused coping</i>	45,45	18	2,52
<i>Problem-focused coping</i>	26,64	10	2,66

Dari tabel 4.2.1.3 dapat dijelaskan bahwa setiap jenis *coping* memiliki jumlah *item* yang berbeda sehingga rata-rata skor total saja tidak cukup untuk dijadikan dasar untuk melihat gambaran jenis *coping* yang lebih digunakan oleh pasien kanker. *Mean* jenis *problem-focused coping* ternyata memiliki nilai yang lebih besar, yaitu 2,66 dibandingkan dengan *emotion-focused coping* dengan 2,52. Selanjutnya akan dijelaskan gambaran umum *coping* masing-masing subskala:

Tabel 4.2.1.4 Gambaran Umum Subsкала *Coping*:

Jenis	Subscale	Rata-rata Skor Total
<i>Emotion-focused coping</i>	<i>Self Distraction</i>	5,98
	<i>Denial</i>	4,14
	<i>Substance Abuse</i>	2,18
	<i>Use of Emotional Support</i>	6,47

	<i>Venting</i>	5,27
	<i>Humor</i>	3,92
	<i>Acceptance</i>	6,51
	<i>Religion</i>	7,05
	<i>Self-Blame</i>	3,9
<i>Problem-focused coping</i>	<i>Active Coping</i>	6,02
	<i>Use of Instrumental Support</i>	5,87
	<i>Behavioral Disengagement</i>	2,77
	<i>Positive Reframing</i>	6,37
	<i>Planning</i>	5,6

Berdasarkan tabel 4.2.1.4 dapat dijelaskan bahwa skor *mean* terbesar adalah subskala *religion* (7,05), sedangkan skor total terkecil yaitu sebesar adalah subskala *substance use* (2,18). Dapat diinterpretasikan bahwa partisipan penelitian ini cenderung menggunakan *coping religion* dan *coping* yang paling jarang digunakan pasien kanker adalah *substance use*.

4.3 Analisis Utama

Untuk mengetahui hubungan antara resiliensi dan *coping* pada pasien kanker, maka peneliti menggunakan teknik *pearson correlation*. Berikut ini merupakan hasil penghitungan yang telah dilakukan:

Tabel 4.3.1 Hubungan antara Resiliensi dan Coping pada Pasien Kanker Dewasa

Variabel	R	Sig (p)	r ²
Resiliensi dengan Coping	0,508	.000**	0,258

**Signifikan pada L.o.S 0,01

Berdasarkan hasil penghitungan menggunakan *Pearson Product Moment*, didapatkan koefisien korelasi sebesar $r = 0,508$ dengan $p < 0,01$ (*2-tailed*). Hubungan yang signifikan ini membuat hipotesis nol ditolak dan hipotesis alternatif diterima sehingga dapat diinterpretasikan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dan *coping*. Hasil dari $r^2 = 0,258$ atau 25,8% sehingga dapat interpretasikan bahwa sebanyak 25,8% variasi skor *coping* dapat dijelaskan dari skor resiliensi. Hal ini menunjukkan bahwa sekitar 25,8% dari *coping* seseorang dapat dijelaskan dari resiliensi yang ia miliki. Selain itu, hasil ini juga menunjukkan bahwa terdapat sekitar 74,2% dari *coping* seseorang yang

dapat dijelaskan karena faktor individu selain resiliensi, yaitu komitmen dan keyakinan, faktor lingkungan, serta sumber-sumber *coping* yang dimiliki baik itu sumber *coping* internal maupun eksternal.

4.3.1 Hubungan antara Resiliensi dengan Pemilihan *Coping* Positif pada Pasien Kanker Dewasa

Peneliti juga kemudian mencari hubungan antara resiliensi dengan *coping* positif pasien kanker. Hubungan tersebut dapat dilihat melalui tabel berikut:

Tabel 4.3.2 Hubungan Resiliensi dengan *Coping* Positif pada Pasien Kanker Dewasa

Variabel	R	Sig (p)
Resiliensi dengan <i>Coping</i> Positif	0,588	.000**

**Signifikan pada L.o.S 0,01

Berdasarkan hasil penghitungan menggunakan *Pearson Product Moment*, didapatkan koefisien korelasi sebesar $r = 0,588$ dengan $p < 0,01$ (*2-tailed*). Hubungan yang signifikan ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dan pemilihan *coping* positif pasien kanker dewasa. Dengan kata lain, semakin tinggi resiliensi, maka akan semakin tinggi pula pemilihan *coping* positif pada pasien kanker dewasa. Sementara itu, tidak ditemukan hubungan antara resiliensi dan *coping* negatif pada pasien kanker. Hal ini dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4.3.3 Hubungan Resiliensi dengan *Coping* Negatif pada Pasien Kanker Dewasa

Variabel	R	Sig (p)
Resiliensi dengan <i>Coping</i> Negatif	0,101	.404**

Berdasarkan penghitungan korelasi antara resiliensi dan *coping* negatif, tidak ditemukan hubungan antara keduanya. Maka dapat dikatakan bahwa resiliensi tidak berhubungan dengan pemilihan *coping* negatif pada pasien kanker dewasa.

4.3.2 Hubungan antara Jenis *Coping* pada Pasien Kanker Dewasa

Selanjutnya, peneliti juga mencari hubungan antara resiliensi dengan masing-masing jenis *coping* pasien kanker. Hubungan tersebut dapat dilihat melalui tabel berikut:

Tabel 4.3.4 Hubungan antara Resiliensi dan Jenis *Coping* pada Pasien Kanker

Variabel	R	Sig (p)
Resiliensi dengan <i>Emotion-focused Coping</i>	0,445(**)	000**
Resiliensi dengan <i>Problem-focused coping</i>	0,431(**)	000**

**Signifikan pada L.o.S 0,01

Berdasarkan penghitungan hubungan resiliensi dengan jenis *coping*, ditemukan bahwa kedua jenis *coping* berkorelasi secara signifikan dengan resiliensi. Meskipun begitu, jenis *emotion-focused coping* menunjukkan koefisien korelasi yang lebih tinggi yakni sebesar 0,445 dengan $p < 0,01$ (*two tailed*), sementara jenis *problem focused coping* memiliki koefisien korelasi sebesar 0,431 dengan $p < 0,01$ (*two tailed*).

4.3.3 Hubungan antara Resiliensi dengan Subskala *Coping*

Selanjutnya peneliti akan melihat hubungan resiliensi dengan masing-masing subskala dari *coping*. Berikut ini merupakan gambaran hubungan antara resiliensi dengan subskala *coping*:

Tabel 4.3.5 Hubungan antara Resiliensi dengan Subskala *Coping*

Jenis	Subscale	R
<i>Emotion-focused coping</i>	<i>Self Distraction</i>	0,532 (**)
	<i>Denial</i>	0,167
	<i>Substance use</i>	-.0,108
	<i>Use of Emotional Support</i>	0,156
	<i>Venting</i>	-0,057
	<i>Humor</i>	0,404(**)
	<i>Acceptance</i>	0,479 (**)
	<i>Religion</i>	0,082
	<i>Self-Blame</i>	0,237
<i>Problem-focused coping</i>	<i>Active Coping</i>	0,522 (**)
	<i>Use of Instrumental Support</i>	0,005
	<i>Behavioral Disengagement</i>	0,68
	<i>Positive Reframing</i>	0,220
	<i>Planning</i>	0,405 (**)

**Signifikan pada L.o.S 0,01

Berdasarkan tabel 4.3.5, terlihat bahwa terdapat lima subskala *coping* yang memiliki korelasi secara signifikan dengan resiliensi. Adapun subskala tersebut adalah *self distraction*, *humor*, *acceptance* dari jenis *emotion-focused coping*, serta *active coping* dan *planning* dari jenis *problem-focused coping*. Pada pasien kanker, *self distraction* dilakukan dengan menyibukkan diri dengan melakukan kegiatan yang dapat mengalihkan perhatiannya dari penyakit yang ia miliki seperti menonton televisi, bepergian ataupun mengikuti kegiatan sosial. Sementara itu, pemilihan *coping humor* dapat diwujudkan dengan menggunakan penyakit yang ia miliki sebagai sebuah lelucon dalam percakapan dengan orang lain. Salah seorang partisipan menyatakan bahwa dengan menjadikannya bahan lelucon, secara tidak langsung dapat membuatnya merasa seolah-olah penyakitnya merupakan penyakit yang ringan. Kemudian pemilihan subskala *coping acceptance* pada pasien kanker adalah ketika ia mampu menerima bahwa ia mengalami penyakit kanker. Selanjutnya dari jenis *problem-focused coping*, terdapat dua subskala yang berkorelasi secara signifikan dengan resiliensi yakni *planning* dan *active coping*. *Planning* itu sendiri dapat dilakukan dengan menyusun rencana tahapan pengobatan mulai dari *screening*, *staging*, hingga melakukan serangkaian terapi yang dibutuhkan sesuai dengan jenis kanker yang diderita pasien. Sementara itu, *active coping* dapat ditunjukkan dengan langsung melakukan tindakan untuk mengatasi penyakit kanker yang diderita misalnya datang ke dokter spesialis penyakit yang diderita ataupun mengikuti pengobatan yang disarankan seperti operasi atau kemoterapi.

4.4 Analisis Tambahan

Berikut ini akan dijelaskan mengenai analisis tambahan untuk melihat gambaran *coping* dan resiliensi yang ditinjau dari aspek-aspek demografis subjek. Analisis tambahan penelitian diperoleh dari perbandingan dua kelompok demografi akan menggunakan perhitungan *independent sample t-test* dan perbandingan lebih dari dua kelompok demografi yang akan menggunakan perhitungan *one-way analysis of variance* (ANOVA). Selain itu, khusus untuk membandingkan usia serta lama mengalami penyakit kanker dengan resiliensi maupun *coping*, analisis tambahan penelitian menggunakan teknik statistik *Pearson Correlation*. Hasil pengolahan data yang akan disajikan pada bagian ini

hanya aspek-aspek demografis yang memiliki perbedaan *mean* ataupun korelasi yang signifikan pada tiap variabel. Dengan kata lain, jika tidak ditemukan adanya perbedaan *mean* atau korelasi yang signifikan, maka tidak akan dijabarkan sebagai hasil tambahan penelitian, melainkan hanya dilampirkan pada bagian lampiran.

4.4.1 Gambaran Resiliensi dan *Coping* ditinjau dari Aspek Demografis

Berdasarkan hasil pengolahan data, seluruh data demografis seperti jenis penyakit kanker, lama menderita, stadium atau tingkatan penyakit, usia, jenis kelamin, hingga pengeluaran per bulan tidak menunjukkan perbedaan *mean* signifikan dengan resiliensi maupun *coping*.



BAB 5

KESIMPULAN, DISKUSI, DAN SARAN

Pada bab ini akan diuraikan kesimpulan penelitian berdasarkan analisis data yang telah dilakukan. Selain itu, peneliti juga akan mengemukakan diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian, serta saran teoritis, metodologis, maupun praktis untuk penelitian selanjutnya.

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data yang telah dilakukan, maka didapatkan kesimpulan jawaban atas permasalahan utama penelitian yaitu terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dan *coping* pada pasien kanker dewasa. Hasil pengolahan data menunjukkan bahwa semakin tinggi resiliensi maka semakin tinggi pula *coping*. Peneliti juga mengorelasikan resiliensi dengan *coping* positif dan mendapatkan hubungan yang juga signifikan. Dengan kata lain, semakin tinggi resiliensi maka akan semakin tinggi pemilihan *coping* positif. Berlawanan dengan hal tersebut, tidak ditemukan hubungan antara resiliensi dengan *coping* negatif pada pasien kanker dewasa. Selanjutnya peneliti juga menghubungkan resiliensi dengan masing-masing jenis *coping* yaitu *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping*. Hasilnya keduanya memiliki hubungan yang signifikan meskipun *emotion focused coping* ditemukan lebih erat hubungannya dengan resiliensi. Dengan demikian, semakin tinggi resiliensi, maka akan semakin tinggi pula *emotion* dan *problem-focused coping*. Agar hasil penelitian lebih mendalam, peneliti juga menghubungkan antara resiliensi dengan keempat belas subskala *coping*. Berdasarkan penghitungan tersebut, didapat lima subskala yang berkorelasi secara signifikan dengan resiliensi yakni: *self distraction*, *humor*, *acceptance* dari jenis *emotion-focused coping*, serta *active coping* dan *planning* dari jenis *problem-focused coping*.

Berdasarkan gambaran umum *coping*, didapatkan hasil bahwa mayoritas individu sudah cukup mampu mengatasi situasi stres ketika menghadapi penyakit kanker, baik dengan *problem-focused coping*, *emotion-focused coping* ataupun keduanya. Sedangkan subskala *coping* yang paling tinggi penggunaannya adalah subskala *religion*. Sementara itu dari gambaran umum resiliensi, rata-rata

partisipan berada dalam kategori resiliensi yang sedang di mana hal tersebut menunjukkan bahwa mayoritas individu dapat beradaptasi dan bertahan saat mengalami penyakit kanker. Selanjutnya, berdasarkan hasil analisis tambahan dengan tujuan melihat gambaran variabel-variabel penelitian yang ditinjau dari aspek demografis subjek penelitian, tidak ditemukan perbedaan *coping* maupun resiliensi ditinjau dari aspek demografis.

5.2 Diskusi

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

Menurut Grafton, Gillespie, dan Henderson (2010), resiliensi merupakan salah satu faktor yang memungkinkan seseorang melakukan *coping* secara efektif, bangkit, dan berkembang setelah mengalami kesulitan dalam hidup. Resiliensi juga dilihat Taylor (2012) sebagai salah satu sumber *coping* internal yang dimiliki individu. Pada penelitian terhadap pasien kanker yang melakukan pengobatan radioterapi, Strauss, Brix, Fischer, Leppert, Füller, et al. (2007), menemukan bahwa resiliensi merupakan salah satu prediktor psikologis terhadap kualitas hidup, manajemen stres dan *coping* pada pasien. Penelitian-penelitian di atas sejalan dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dengan *coping* pada pasien kanker. Hasil ini menunjukkan korelasi yang positif ($r=0,503$; $p<0,01$), dengan kata lain semakin tinggi resiliensi, maka semakin tinggi pula kemampuan *coping* seseorang.

Secara lebih spesifik peneliti menghubungkan antara resiliensi dengan *coping* positif pada pasien kanker dan mendapat hasil koefisien korelasi yang lebih tinggi yaitu ($r=0,588$; $p<0,01$), di mana dapat dilihat bahwa semakin tinggi resiliensi, maka akan semakin tinggi pula pemilihan *coping* positif pada pasien kanker dewasa. Selanjutnya peneliti menghubungkan antara masing-masing jenis *emotion-focused coping* dan *problem-focused coping* dengan resiliensi. Perhitungan ini menunjukkan hasil korelasi positif yang signifikan dan lebih tinggi antara *emotion-focused coping* ($r= 0,445$; $p<0,01$) dan resiliensi dibandingkan dengan *problem-focused coping* ($r=0,331$; $p<0,01$). Menurut Carver (1997), penggunaan *emotion-focused coping* menjadi efektif karena dapat mencegah individu untuk larut dalam emosi negatif serta dapat membantu

individu untuk dapat mengambil tindakan langsung untuk mengatasi emosi negatif yang muncul tersebut. Dalam menghadapi diagnosis kanker itu sendiri, pasien kanker dapat menghadapi *existential stressor* seperti permasalahan dalam kontrol diri, kehilangan martabat, berkurangnya kepuasan hidup, kehilangan harapan, dan kekhawatiran akan masa depan (De Faye, Wilson, Chater, Viola & Andippa, 2006). Selain itu, pasien juga dapat merasakan ketidaknyamanan dan peningkatan kesadaran akan kematian (Bahti, 2010). Ditambahkan oleh Bahti, tidak jarang dari mereka mengalami ketakutan terhadap kematian setiap harinya. Untuk itu, menurut De Faye, Wilson, Chater, Viola dan Andippa, (2006), pasien kanker cenderung memilih *emotion focused coping* untuk mengatasi *existential stressor* tersebut.

Hal ini berkaitan dengan komponen resiliensi yakni *meaningfulness* atau *purpose*. Individu yang memiliki komponen tersebut selalu memiliki kesadaran bahwa hidup memiliki tujuan, di mana diperlukan usaha untuk mencapai tujuan tersebut. Oleh karena itu, pasien kanker yang memiliki resiliensi tinggi akan cenderung menggunakan *emotion focused-coping* supaya tetap fokus pada tujuan dalam hidupnya meskipun telah didiagnosis terkena penyakit yang mematikan tersebut. Selain itu, meskipun mereka mengetahui bahwa kematian adalah suatu hal yang tidak dapat dihindari, namun hidup mereka tetap berarti dan pantas untuk diperjuangkan bagaimanapun kondisinya. Jika dikaitkan dengan karakteristik partisipan yang mayoritas berada di tahap perkembangan dewasa muda, pasien menghadapi tantangan yang lebih berat karena sedang berada di puncak karir, dan memiliki peran ganda yakni sebagai orangtua dari anak yang mulai memasuki usia dewasa sementara orangtuanya pun memasuki usia lanjut yang membutuhkan penanganan (Rose, Radziewicz, Bowman & O' Toole, 2008). Untuk menghadapi tantangan tersebut, mereka yang memiliki resiliensi tinggi cenderung menggunakan *emotion-focused coping* yang positif.

Selanjutnya secara lebih spesifik, peneliti menghubungkan subskala *coping* dengan resiliensi di mana ditemukan lima subskala yang secara signifikan berkorelasi positif dengan resiliensi. Hal ini berarti semakin tinggi resiliensi, maka akan semakin tinggi kemampuan *coping* yang dimaksud dalam masing-masing subskala. Adapun subskala tersebut adalah: *self distraction* ($r=0,532$; $p<0,01$);

humor ($r=0,404$; $p<0,01$); *acceptance* ($r=0,479$; $p<0,01$) dari jenis *emotion-focused coping*, serta *active coping* ($r=0,522$; $p<0,01$) dan *planning* ($r=0,405$; $p<0,01$) dari jenis *problem-focused coping*.

Berdasarkan definisi yang dikemukakan Carver (1997), *self distraction* itu sendiri merupakan tindakan yang secara eksplisit dilakukan untuk menjauhkan pikiran dari situasi stres yang dialami. Menurut kebanyakan partisipan yang peneliti temui, mereka sering menyibukkan diri dengan menonton televisi, membaca buku, bepergian, atau ada juga yang mengikuti kegiatan-kegiatan sosial seperti bergabung di *support group* pasien kanker di mana terdapat berbagai kesibukan seperti latihan menari dan menyanyi. Adapun kaitan subskala *self distraction* dengan resiliensi dapat terlihat pada salah satu komponen resiliensi yaitu *existential aloneness*. Individu yang resilien menurut Wagnild (1993), memiliki rasa bebas untuk melakukan hal yang ia sukai. Kemudian ditambahkan Wagnild (2011), individu yang resilien telah belajar untuk hidup dan bersahabat dengan dirinya sendiri. Pasien kanker yang resilien tidak menolak pentingnya kontribusi orang lain dalam menghadapi penyakitnya, namun mereka mampu menerima kondisi dirinya sendiri sehingga cenderung memilih untuk memiliki kesibukan.

Selanjutnya subskala *coping* yang juga berkorelasi positif dengan resiliensi adalah humor, yakni membuat lelucon mengenai masalahnya. Pemilihan *coping* ini dapat dilakukan pasien kanker dengan menertawai kondisinya sendiri serta memunculkan lelucon mengenai kanker dalam pembicaraan sehari-hari. Diakui oleh beberapa pasien kanker yang diwawancarai oleh peneliti, membuat lelucon mengenai penyakitnya dapat membuatnya merasa bahwa hal tersebut merupakan hal yang ringan. Tindakan menertawai dirinya sendiri ini juga merupakan karakteristik individu yang resilien khususnya dalam komponen *equanimity* menurut Wagnild (2011). Menurut Wagnild, salah satu aspek dalam komponen *equanimity* adalah adanya humor yang dapat diwujudkan dengan kemampuan menertawai diri sendiri maupun lingkungannya ketika berada dalam suatu situasi yang relevan,

Subskala terakhir dari *emotion-focused coping* yang secara signifikan berkorelasi positif dengan resiliensi adalah *acceptance*. Subskala ini didefinisikan

Carver (1997) sebagai individu menerima kenyataan akan adanya situasi yang mengakibatkan stres. Meskipun masih diperdebatkan apakah *acceptance* merupakan *coping* yang fungsional, tetapi menurut Carver, Weintraub dan Scheier (1989), individu yang dapat menerima kenyataan cenderung siap melakukan usaha untuk mengatasi kenyataan tersebut. Pada pasien kanker, mereka yang dapat menerima adanya penyakit ini akan lebih siap untuk melakukan *coping* yang berfokus untuk mengatasi penyakit kanker itu sendiri. Menurut peneliti, hasil penelitian yang menunjukkan hubungan positif antara resiliensi dengan *acceptance* pada pasien kanker dapat dijelaskan melalui salah satu komponen yang membentuk resiliensi yakni *existential aloneness*. Komponen ini merupakan suatu kesadaran bahwa setiap orang memiliki jalan hidup yang unik dan kemampuan untuk menghargai keberadaan dirinya sendiri (Wagnild, 2010).

Menurut Wagnild (2011), individu yang memiliki resiliensi tinggi akan mampu berteman dengan dirinya sendiri dalam arti merasa nyaman, puas, dan menghargai keunikan yang dimiliki dirinya. Dalam hal ini, keunikan dalam diri dapat dilihat dari adanya penyakit kanker yang dialami pasien. Komponen *existential aloneness* juga disebut “*Coming home to yourself*” oleh Wagnild, yang menunjukkan bahwa individu yang resilien mampu merasa nyaman atas kondisi dirinya sendiri, meskipun dalam kondisi ini mereka memiliki penyakit yang mematikan. Komponen resiliensi yang juga dapat menjelaskan subskala *acceptance* pada pasien kanker menurut peneliti adalah *equanimity*, yaitu perspektif keseimbangan tentang hidup sehingga mampu untuk santai dan menerima apa yang terjadi dalam hidupnya. Ia kemudian mampu menghadapi tantangan hidup, dalam hal ini penyakitnya. Menurut wawancara peneliti dengan seorang pasien kanker tingkat lanjut, ia merasa bahwa ia telah mengalami banyak penderitaan terkait dengan penyakitnya, namun ia juga telah melewati banyak pengalaman membahagiakan dalam hidupnya. Untuk itu, ia merasa harus lebih menerima adanya penyakit kanker yang dideritanya ini.

Sejalan dengan pandangan di atas, Siebert (2005) mengemukakan bahwa individu yang resilien mampu menerima emosi negatif seperti berduka, marah, kehilangan atau bahkan bingung ketika menghadapi situasi yang mengakibatkan stres, namun mereka tidak membiarkan emosi tersebut menjadi permanen.

Kemampuan untuk menerima emosi negatif tersebut membuat mereka menjadi lebih siap untuk bangkit kembali dalam menghadapi kenyataan hidup.

Selain dari jenis *emotion-focused coping*, dua subskala dari jenis *problem-focused coping* juga menunjukkan korelasi positif yang signifikan dengan resiliensi yaitu, *planning* dan *active coping*. Menurut Carver (1997), *active coping* merupakan proses pengambilan langkah aktif yang ditujukan untuk menghilangkan atau mengurangi pemicu stres ataupun memperbaiki akibatnya. Pada pasien kanker, aktivitas ini melibatkan tindakan langsung, meningkatkan usaha dalam menghadapi masalah seperti pergi ke dokter untuk mendapat pengobatan medis baik itu obat-obatan hingga melakukan operasi dan kemoterapi. Sementara itu, *planning* didefinisikan Carver sebagai tindakan yang memikirkan bagaimana cara menghadapi pemicu stres yang ada. Aktivitas ini meliputi pencetusan strategi tindakan yang akan digunakan, memikirkan tentang tahap-tahap yang harus dilewati dan bagaimana cara yang terbaik dalam menghadapi masalah. Kedua subskala ini berhubungan khususnya dengan komponen resiliensi yang dikemukakan Wagnild dan Young (1993) yakni *perseverance*, yang mencerminkan kemauan untuk memperjuangkan hidup, terlibat di dalamnya, serta disiplin terhadap diri sendiri. Individu yang resilien akan memiliki rencana dalam mengatasi tantangan hidupnya serta fokus dalam usaha tersebut (Wagnild & Collins, 2009). Maka, pasien kanker yang resilien akan memilih subskala *active coping* dan *planning* dalam mengatasi penyakitnya.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan beberapa pasien kanker, resiliensi yang tinggi tercermin dari persistensi usaha mereka dalam menghadapi penyakit kanker. Salah satu partisipan penelitian ini telah mengidapnya lebih dari 10 tahun, berbagai pengobatan seperti kemoterapi, radiasi, hingga menjalani pola hidup sehat dan pengobatan herbal telah ia jalani demi mengalahkan sel kanker yang menjalar dari payudara ke bagian lain di tubuhnya. Namun demikian, ia tidak mudah menyerah pada keadaan dan terus berusaha karena memiliki keyakinan bahwa Tuhan tidak mungkin memberikan cobaan yang ia tidak mampu lewati.

Selanjutnya yang juga perlu diperhatikan juga adalah rendahnya korelasi antara subskala *use of instrumental* ($r=0,005$) dan *emotional support* ($r=0,156$)

dengan resiliensi. Hal ini menurut peneliti mengindikasikan bahwa resiliensi benar-benar merupakan kekuatan yang muncul dari dalam diri seseorang. Sejalan dengan pandangan tersebut, menurut Loprinzi, Prasad, Schroeder, dan Sood (2010), sumber dari resiliensi adalah adalah kekuatan dalam diri individu yang membantunya beradaptasi terhadap situasi yang mengakibatkan stres serta memaknai hidup dan tujuan hidupnya. Salah satu komponen resiliensi yang berkaitan dengan hal ini adalah *self-reliance*, yaitu keyakinan bahwa ia memiliki kemampuan dan kekuatan diri (Wagnild & Collins, 2009). Menurut Wagnild (1993) komponen ini ditunjukkan seseorang dengan kemampuan untuk bergantung pada dirinya sendiri. Oleh karena itu, dapat dilihat bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dengan pemilihan subskala *coping instrumental* maupun *emotional support*.

Selain subskala *instrumental* dan *emotional support*, pemilihan *coping* negatif juga tidak menunjukkan korelasi yang signifikan dengan resiliensi. Adapun subskala *coping* negatif adalah sebagai berikut: *denial*, yakni menolak adanya kondisi yang mengakibatkan stres dalam hal ini penyakit kanker; *Substance use*, yakni menggunakan minuman beralkohol serta obat-obatan untuk menghadapi stres; *venting*, yakni meluapkan emosi negatif seperti marah dan kecewa; dan *behavioral disengagement* atau menyerah pada keadaan. Ketiga subskala *coping* ini merupakan pemilihan *coping* yang negatif karena tidak mengarahkan pada penyelesaian masalah ataupun beradaptasi dengan pemicu stres yang dihadapi.

Sementara itu, terdapat hubungan yang signifikan antara resiliensi dengan pemilihan *coping* positif pada pasien kanker. Hal ini dikarenakan Individu yang resilien mampu untuk menghadapi tantangan hidupnya secara positif (Wagnild, 2011). Individu yang resilien menurut Wagnild juga memiliki komponen *self-reliance*, yang merupakan keyakinan akan diri dan kemampuan yang ia miliki sehingga ia tidak mudah menyerah. Selain itu terdapat komponen *perseverance* yang tercermin dari keuletan seseorang dalam menghadapi tantangan, sehingga ia tidak akan mudah menyerah pada kemalangan yang menimpanya. Oleh karena itu, subskala *behavioral disengagement* tentunya tidak berhubungan dengan resiliensi.

Secara umum, dalam penelitian ini ditemukan bahwa penggunaan subskala *coping* yang tertinggi adalah *turning to religion* dengan rata-rata skor total sebesar 7,05. Hal ini dapat disebabkan karena agama yang kuat dapat berpengaruh positif pada *psychological wellbeing* seseorang (Taylor, 2012), sehingga pada akhirnya strategi pemilihan *coping* tersebut banyak digunakan. Hal ini menjadi efektif karena menurut Taylor, agama dapat membantu seseorang untuk memandang tantangan hidupnya sebagai hal yang ringan serta menemukan makna dibalik apa yang ia alami. Di negara Indonesia sendiri, ritual keagamaan sangatlah kental dianut hampir seluruh penduduk sehingga tidak mengherankan ketika subskala yang paling tinggi digunakan adalah subskala *turning to religion*. Selanjutnya jika dikaitkan dengan karakteristik partisipan yang mayoritas berada di tahap perkembangan dewasa madya, pemilihan *coping* ini sejalan dengan pernyataan Jung (1943, 1964 dalam Wink & Dillon, 2002) bahwa individu akan lebih mengeksplorasi aspek spiritual dalam diri ketika memasuki usia dewasa madya. Kemudian Alexander et al., (1990); Sinnott, (1994 dalam Wink & Dillon, 2002) mengatakan bahwa spiritualitas merupakan hasil dari proses pendewasaan yang dialami pada masa dewasa madya

Namun demikian, subskala *turning to religion* ini tidak menunjukkan korelasi yang signifikan dengan resiliensi. Hal tersebut diindikasikan karena komponen resiliensi lebih terkait dengan keyakinan spiritual secara luas dibandingkan dengan ritual keagamaan yang dimaksud dalam subskala *coping turning to religion*. Adapun *item* yang diberikan dalam subskala ini sangatlah terkait dengan ritual keagamaan, bukan menyoroti keyakinan spiritual secara luas.

Sementara itu, hasil tambahan dalam studi ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan *mean* yang signifikan pada resiliensi dan *coping* ditinjau dari aspek demografis seperti jenis kelamin, usia, lama menderita penyakit kanker, jenis penyakit kanker, stadium atau tingkatan penyakit kanker, ataupun pengeluaran per bulan. Hal ini dapat disebabkan karena persebaran sampel yang tidak merata. Misalnya pada persebaran jenis kelamin di mana sampel perempuan cenderung lebih banyak dibandingkan laki-laki. Kemudian pada aspek lain yakni usia, didominasi oleh tahap perkembangan dewasa muda yakni sebesar 65,85 dari seluruh partisipan.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam menjalani proses penelitian ini, peneliti menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangan. Salah satu kekurangan tersebut adalah dalam proses pengadministrasian alat ukur, meskipun mayoritas partisipan ditemui secara langsung oleh peneliti, terdapat beberapa yang dilakukan melalui surat elektronik (*e-mail*). Hal ini menyebabkan peneliti tidak dapat menemani partisipan secara langsung sehingga jika partisipan ingin bertanya, tidak dapat diajukan saat itu juga. Selain itu, dalam pelaksanaannya peneliti menemukan bahwa ternyata pasien kanker memiliki karakteristik yang beragam dan banyak yang sudah berusia lanjut. Hal ini cukup berdampak pada proses pengambilan data di mana peneliti seringkali harus membacakan item-item dalam alat ukur dan jika pun pasien dapat mengisi sendiri, terdapat beberapa item yang masih tersusun dari kata yang kurang dapat langsung dimengerti. Hal ini diasumsikan peneliti dikarenakan kalimat dalam item masing-masing kuesioner yang cukup panjang, tulisan yang cukup kecil serta efek usia yang sudah lanjut. Proses pengambilan data menjadi membutuhkan waktu yang cukup lama serta dapat mengakibatkan rasa lelah terutama bagi pasien.

Selain itu, persebaran sampel penelitian ini juga masih belum merata jika ditinjau dari segi demografis. Contohnya pada aspek demografis jenis penyakit. Meskipun terdapat kurang lebih sepuluh jenis, persebarannya tidak merata di mana mayoritas pasien mengidap kanker payudara. Kemudian jika dilihat dari aspek jenis kelamin pun, mayoritas partisipan dalam penelitian ini merupakan perempuan. Selanjutnya aspek persebaran yang cukup yang tidak merata adalah usia partisipan yang tersebar dari usia 21 tahun sampai 77 tahun, di mana mayoritas partisipan berada di tahap perkembangan dewasa madya yakni usia 40-65 tahun.

5.4 Saran

Pada bagian ini, peneliti memberikan beberapa saran yang dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya. Saran yang diberikan berupa saran metodologis dan saran praktis.

5.4.1 Saran Metodologis

1. Untuk penelitian selanjutnya, sebaiknya jumlah sampel sebisa mungkin diperbanyak dan diperhatikan penyebaran data demografisnya supaya lebih merata, karena akan berpengaruh pada hasil penelitian.
2. Partisipan penelitian juga dapat lebih dikerucutkan menjadi satu tahap perkembangan guna meneliti secara lebih mendalam sesuai dengan karakteristik usia partisipan, misalnya terhadap pasien kanker dewasa muda, dewasa madya atau dewasa akhir saja.
3. Penelitian mengenai resiliensi dan *coping* pasien kanker ini dapat dikembangkan dengan menggunakan pendekatan kualitatif atau gabungan kuantitatif dan kualitatif untuk bisa menggali pengalaman, perasaan dan keunikan secara lebih mendalam dari partisipan penelitian.
4. Penelitian ini juga dapat dikembangkan dengan meneliti resiliensi dan *coping* secara lebih spesifik misalnya hubungan resiliensi dengan subskala *coping acceptance, humor, self-distraction, active coping* ataupun *planning*.

5.4.2 Saran Praktis

1. Program intervensi terhadap pasien kanker dapat dilakukan baik oleh psikolog, konselor atau ahli dalam bidang kesehatan, misalnya dengan melakukan pelatihan untuk meningkatkan resiliensi dengan melibatkan *survivor* kanker sebagai pemandu sehingga pasien kemudian dapat melakukan pemilihan *coping* yang semakin efektif.
2. Psikoedukasi mengenai informasi seputar penyakit kanker itu sendiri juga dapat dikembangkan untuk meningkatkan kesadaran akan perkembangan penyakit ini khususnya di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Aiken, L. R., & Groth-Marnat, G. (2006). *Psychological testing and assessment*. USA: Pearson Education Group, Inc.
- American Association for Marriage and Family Therapy (2011). Adult Cancer. Diunduh dari http://www.aamft.org/imis15/Content/Consumer_Updates/adult_cancer.aspx
- Alimi, R.M. (2005). Resiliensi remaja “high-risk” ditinjau dari faktor protektif (studi di kelurahan Tanah Tinggi kecamatan Johar Baru Jakarta Pusat). Fakultas Psikologi Universitas Indonesia. Tesis.
- Bishop, S., R., Warr, D. (2002). Coping, Catastrophizing and Chronic Pain in Breast Cancer. *Journal of Behavioral Medicine, Vol. 26, No. 3, June 2002 (C °2003)*
- Brannon, L., Feist, J. (1997). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health 3rd edition*. California: BrooksCole Publishing Company
- Brewin, T., B. (1977). The Cancer Patient: Communication and Morale. *The British Medical Journal, Vol. 2 NO, 6103 (Dec.24-31, 1977) pp. 1623-1627*
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56, 267-283*.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 1, 92-100*
- Cohen, R., J., Swerdlik, M., E. (2010). *Psychological Testing and Assessment (7th edition) : An Introduction to Tests and Measurement*. New York: McGraw Hill.

- David P., H. (1999). *Coping with Cancer: a Personal Odyssey*. *Transnational Family Research Institute, 8307 Whitman Drive, Bethesda, MD20817, USA*
- De Faye, B., Wilson, K., G., Chater., S., Viola, R., A., Hall, P. (2006). Stress and Coping with Advanced Cancer. *Palliative and Supportive Care~2006!*, 4, 239–249.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, G., L., Taylor, E., S., Falke, R., L., (1992). Patterns of Coping with Cancer. *Journal of Health Psychology*, 11(2), 79-,
- Feist, J., Feist, G., J. (2009). *Theories of Personality*. Singapura: Mc-Graw Hill International
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd ed.). London: SAGE Publications, Ltd.
- Grafton, E., Gillespie, B., Henderson, S. (2010). Resilience: The Power Within. *Vol. 37, No. 6, November 2010, Oncology Nursing Forum.*
- Granowetter, L. (1994). Pediatric Oncology: A Medical Overviwe. Dalam Bearison, D. J., Mulhern, R.K (1994). *Pediatric Psychooncology: Psychological Perspective on Children with Cancer*. New York: Oxford University Press.
- Gurung, R., A., R. (2006). *Health Psychology: A Cultural Approach*. California: Wadsworth
- Herrmann, H., Stewart, D., E., Diaz-Granados, N., Berger, E., L., Jackson, B., Yuen, T. (2011). What is Resilience? *Canadian Journal of Psychiatry*;56; 5 *Proquest Psychology Journal* pg. 258
- Jim, H., S., Richardson, S., A., Golden-Kreutz, D., M., & Andersen B., L., (2006). Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predic Meaning in Life for Survivors. *Journal of Health Psychology*, Vol. 25, No. 6, 753–761

- Karabulutlu, E., Y., Bilici, M., Çayır, K., Tekin, S., B., Kantarcı, R. (2010). .
Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer. *Eur J Gen Med* 2010;7(3):296-302
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Kanker penyebab kematian keenam terbesar di Indonesia*. Juli 26 2012.
<http://www.depkes.go.id/index.php/berita/info-umum-kesehatan/539-kanker-penyebab-kematian-keenam-terbesar-di-indonesia.html>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2011). *Jika tidak dikendalikan 26 Juta oran di dunia menderita kanker*. Diunduh dari
<http://depkes.go.id/index.php/berita/press-release/1060-jika-tidak-dikendalikan-26-juta-orang-di-dunia-menderita-kanker-.html> pada 26 Juli 2012
- Kompas. (6 Februari 2011). *1 juta jiwa idap kanker*. Diunduh dari:
<http://nasional.kompas.com/read/2012/02/06/03140118/1.Juta.Jiwa.Idap.Kanker>
- Kumpfer, L. K. (1999). *Factors and Processes Contributing to Resilience: The resilience frame work*. New York: Academic Plenum
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Loprinzi, C., E., Prasad, K., Schroeder, D., R., Sood, A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to Decrease Stress and Enhance Resilience Among Breast Cancer Survivors: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Clinical Breast Cancer, Elsevier Inc. All rights reserve.:* 10.1016/j.clbc.2011.06.008
- Lees, N.F. (2009). *The Ability to Bounce Back: The Relationship between Resilience, Coping, and Positive Outcome*. Thesis: Massey University, New Zealand.
- Mona, P., K., Singh, A. (2012). Coping Strategies of Cancer Patients treated with Chemotherapy and those treated with Radiotherapy. *Journal Psychosoc. Res. Vol. 7 No. 1 (2012) p. 53-59*

- Muhidin, A. (2004). Hubungan dukungan sosial dengan kecemasan pada penderita kanker payudara dalam menjalani pengobatan. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, Skripsi
- Neill, J. T., & Dias, K. L. (2001). Adventure education and resilience: The double-edged sword. *Journal of adventure education and outdoor learning*, 2: 35-42.
- Newman, R. (2005). APA's Resilience Initiative. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 36, No. 3, 227–22
- National Cancer Institute. (2010). Cancer Staging. Diunduh dari <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/detection/staging> pada tanggal 15 November 2012.
- Portzky, M., Wagnild, G., Bacquer, D., B., Audenaert, K. (2010). Psychometric evaluation of the Dutch Resilience Scale RS-nl on 3265 healthy participants: a confirmation of the association between age and resilience found with the Swedish version. *Scandinavian Journal of Caring Science*; 24; 86–92
- Rice, P., L. (1999). *Stress and Health (3rd Ed.)*. California: Brooks/Cole Publishing Company
- Rose, J., L., Radziewicz, R., Bowman, K., F., O'Toole, E., E. (2008). A coping and communication support intervention tailored to older patients diagnosed with late-stage cancer. *Clin Interv Aging*. 2008 March; 3(1): 77–95.
- Sand, L., Olsson, M., Strang, P. (2009). Coping Strategies in the Presence of One's Own Impending Death from Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management Vol. 37 No. 1 January 2009*
- Schmer, C., E. (2010). *The Effect of Cancer Diagnosis on Hope and Resilience*. Dissertation: University of Missouri, Kansas

- Setyorini, S., A. (2012). Hubungan Antara Individual *Coping*, Dyadic *Coping*, dan Kepuasan Pernikahan pada Penderita Penyakit Kronis. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, Skripsi
- Siebert, A. (2005). *The Resiliency Advantage: Master change, thrive underpressure, bounce back from setbacks*. San Fransisco: Berret-Koehler Publishers.
- Sihombing, O. (2011). Hubungan Antara Resiliensi dan Mindset Pada Mahasiswa yang Berasal dari Keluarga Miskin. Fakultas Psikologi Universitas Indonesia, Skripsi
- Smith, B., W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15:184-200, 2008
- Strauss, B., Brix, C., Fischer, S., Leppert, K., Füller, J., Roehrig, B., Scheleussner, C., Wendt, T., G. (2007) The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). *Journal Cancer Res Clin Oncology* (2007) 133:511–518
- Taylor, S., E. (2012). *Health Psychology* (8th ed.). New York: McGraw-Hill Companies.
- Taylor, S., E. dan Stanton, A., L. (2007). Coping Resource, Coping Processes and Mental Health. *The Annual Review of Clinical Psychology* .3:377-401
- Trevino, K., M., Maciejewski, P., K., Fasciano, K., Greer, J., A., Partridge, A., Kacel, E., L., Block, S., Prigerson, H., G. (2011). Coping and Psychological Distress in Young Adults with Advanced Cancer. *The Journal of Supportive Oncology*.
- Wagnild, G., Young, H., M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement Vol. 1 No. 2 1993*

- Wagnild, G. (2009). A Review of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement Volume 17, Number 2*
- Wagnild, G., M. (2010). Discovering Your Resilience Core. Diunduh dari http://www.resiliencescale.com/papers/resilience_core.html pada tanggal 1 Juni 2012, 20.00 WIB
- Wagnild, G., M., (2011). *Will resilience help you to be more successful?*. Diunduh dari <http://www.resiliencescale.com/papers/success.html> pada tanggal 1 Juni 2012, 20.00 WIB
- Washburn, C., R. (2011). Resiliency and Spirituality in Cancer Patient. *Dissertation: California School of Professional Psychology Sacramento Campus*
- WHO. (2005). *Preventing chronic diseases a vital investment*. Geneva: WHO Press.
- WHO. (2012). *Cancer*. Diunduh dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> pada 27 Juli 2012.
- Windle, G., Bennett, K., M., & Noyes, J., (2011) A Methodological Review of Resilience Measurement Scales. *Windle et al. Health and Quality of Life Outcomes 2011; 9:8*
- Wink, P., Dillon, M. (2002). Spiritual Development Across Adult Life Course: Finding From a Longitudinal Study. *Jurnal of Adult Development, Vol. 9. No. 1*

LAMPIRAN



LAMPIRAN A

(Hasil Uji Coba Alat Ukur Resiliensi)

A.1 Hasil Uji Reliabilitas Alat Ukur Resiliensi

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,872	14

A.2 Hasil Uji Validitas Alat Ukur Resiliensi

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
R1	40,6000	23,490	,617	,864
R2	40,5667	23,771	,541	,867
R3	40,7000	23,390	,444	,873
R4	40,8000	23,821	,477	,870
R5	41,0000	23,172	,547	,867
R6	40,9000	24,507	,537	,869
R7	40,4333	23,909	,421	,873
R8	40,9667	21,551	,588	,866
R9	40,8667	23,844	,469	,870
R10	40,8333	24,213	,503	,869
R11	40,5000	22,948	,680	,860
R12	40,9333	22,547	,646	,861
R13	40,3667	23,689	,592	,865
R14	40,8000	22,717	,615	,863

LAMPIRAN B

(Hasil Uji Coba Alat Ukur *Coping*)

B. 1 Hasil Uji Reliabilitas Alat Ukur *Coping*

Cronbach's Alpha	N of Items
,825	28

B. 2 Hasil Uji Validitas Alat Ukur *Coping*

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C1	68,3333	69,540	,498	,813
C2	68,3667	70,102	,502	,814
C3	69,2333	69,564	,458	,815
C4	70,2667	76,340	,297	,824
C5	67,9000	76,024	,061	,830
C6	70,1333	75,430	,265	,823
C7	68,1667	70,213	,469	,815
C8	69,4000	70,317	,444	,816
C9	68,5667	71,909	,316	,821
C10	68,3667	72,723	,260	,824
C11	70,2667	77,513	-,070	,827
C12	68,1667	71,799	,481	,816
C13	69,0667	70,133	,476	,814
C14	68,5667	66,185	,699	,804
C15	68,1667	74,489	,182	,826
C16	69,8000	76,579	,023	,831
C17	68,2000	72,510	,355	,820
C18	69,3667	72,102	,270	,824
C19	68,4333	68,116	,596	,809
C20	68,1000	71,197	,559	,814
C21	68,8000	75,338	,128	,827
C22	67,7667	73,357	,300	,821
C23	68,5000	74,259	,207	,825
C24	68,0667	71,789	,541	,815
C25	68,3667	68,171	,556	,810
C26	69,6667	74,851	,175	,826
C27	68,0000	69,655	,499	,813
C28	69,0667	75,926	,032	,834

B.3 Hasil Uji Validitas per Subskala *Coping*

Correlations

		SelfDistracti on	item1	item19
SelfDistraction	Pearson Correlation	1	,800(**)	,851(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	30	30	30
item1	Pearson Correlation	,800(**)	1	,365(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,002
	N	30	30	30
item19	Pearson Correlation	,851(**)	,365(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	
	N	30	30	30

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

Correlations

		ActiveCoping	item2	item7
ActiveCoping	Pearson Correlation	1	,761(**)	,774(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	30	30	30
item2	Pearson Correlation	,761(**)	1	,178
	Sig. (2-tailed)	,000		,139
	N	30	30	30
item7	Pearson Correlation	,774(**)	,178	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,139	
	N	30	30	30

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

Correlations

		EmotionalSupp ort	item5	item15
EmotionalSupport	Pearson Correlation	1	,800(**)	,782(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	30	30	30
item5	Pearson Correlation	,800(**)	1	,252(*)
	Sig. (2-tailed)	,000		,035
	N	30	30	30
item15	Pearson Correlation	,782(**)	,252(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,035	
	N	30	30	30

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

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

Correlations

		InstrumentalSupport	item10	item23
InstrumentalSupport	Pearson Correlation	1	,828(**)	,704(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	30	30	30
item10	Pearson Correlation	,828(**)	1	,184
	Sig. (2-tailed)	,000		,127
	N	70	70	70
item23	Pearson Correlation	,704(**)	,184	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,127	
	N	30	30	30

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

Correlations

		BehavioralDisengagement	item6	item16
BehavioralDisengagement	Pearson Correlation	1	,880(**)	,902(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	30	30	30
item6	Pearson Correlation	,880(**)	1	,590(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	30	30	30
item16	Pearson Correlation	,902(**)	,590(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	30	30	30

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

Correlations

		Venting	item9	item21
Venting	Pearson Correlation	1	,284(*)	,947(**)
	Sig. (2-tailed)		,017	,000
	N	30	30	30
item9	Pearson Correlation	,284(*)	1	-,038
	Sig. (2-tailed)	,017		,754
	N	30	30	30
item21	Pearson Correlation	,947(**)	-,038	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,754	
	N	30	30	30

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

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

Correlations

		PositiveReframing	item12	item17
PositiveReframing	Pearson Correlation	1	,807(**)	,812(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	30	30	30
item12	Pearson Correlation	,807(**)	1	,311(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,009
	N	30	30	30
item17	Pearson Correlation	,812(**)	,311(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,009	
	N	30	30	30

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

Correlations

		Planning	item14	item25
Planning	Pearson Correlation	1	,839(**)	,820(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	30	30	30
item14	Pearson Correlation	,839(**)	1	,377(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,001
	N	30	30	30
item25	Pearson Correlation	,820(**)	,377(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	
	N	30	30	30

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

Correlations

		Humor	item18	item28
Humor	Pearson Correlation	1	,808(**)	,753(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	30	30	30
item18	Pearson Correlation	,808(**)	1	,221
	Sig. (2-tailed)	,000		,066
	N	30	30	30
item28	Pearson Correlation	,753(**)	,221	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,066	
	N	30	30	30

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

Correlations

		Acceptance	item20	item24
Acceptance	Pearson Correlation	1	,864(**)	,836(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	30	30	30
item20	Pearson Correlation	,864(**)	1	,445(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	30	30	30
item24	Pearson Correlation	,836(**)	,445(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	30	30	30

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

Correlations

		Religion	item27	item22
Religion	Pearson Correlation	1	,918(**)	,882(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	30	30	30
item27	Pearson Correlation	,918(**)	1	,622(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	30	30	30
item22	Pearson Correlation	,882(**)	,622(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	30	30	30

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

Correlations

		SelfBlame	item13	item26
SelfBlame	Pearson Correlation	1	,858(**)	,794(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	30	30	30
item13	Pearson Correlation	,858(**)	1	,369(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,002
	N	30	30	30
item26	Pearson Correlation	,794(**)	,369(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	
	N	30	30	30

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

LAMPIRAN C

(Hasil Analisis Utama Penelitian)

C.1 Korelasi antara Resiliensi dan *Coping* pada Pasien Kanker Dewasa

Correlations

		Resiliensi	Coping
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,508(**)
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	70	70
Coping	Pearson Correlation	,508(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	70	70

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

C.2 Korelasi antara Resiliensi dan *Coping* Positif pada Pasien Kanker Dewasa

Correlations

		Resiliensi	CopingPositif
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,588(**)
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	70	70
CopingPositif	Pearson Correlation	,588(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	70	70

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

C.3 Korelasi antara Resiliensi dan *Coping* Negatif pada Pasien Kanker Dewasa

Correlations

		Resiliensi	CopingNegatif
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,101
	Sig. (2-tailed)		,404
	N	70	70
CopingNegatif	Pearson Correlation	,101	1
	Sig. (2-tailed)	,404	
	N	70	70

C.4 Korelasi antara Resiliensi dan *Emotion-Focused Coping* pada Pasien Kanker Dewasa

		Resiliensi	EmotionFocuse dCoping
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,445(**)
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	70	70
EmotionFocusedCoping	Pearson Correlation	,445(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	70	70

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

C.5 Korelasi antara Resiliensi dan *Problem-Focused Coping* pada Pasien Kanker

Correlations

		Resiliensi	ProblemFocus edCoping
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,431(**)
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	70	70
ProblemFocusedCoping	Pearson Correlation	,431(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	70	70

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

C.6 Korelasi antara Resiliensi dengan Subskala *Coping*

		Resiliensi	ActiveCoping
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,405(**)
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	70	70
ActiveCoping	Pearson Correlation	,405(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	70	70

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

Correlations

		Resiliensi	InstrumentalSupport
Resiliensi	Pearson Correlation	1	-,005
	Sig. (2-tailed)		,969
	N	70	70
InstrumentalSupport	Pearson Correlation	-,005	1
	Sig. (2-tailed)	,969	
	N	70	70

Correlations

		Resiliensi	BehavioralDisengagement
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,068
	Sig. (2-tailed)		,577
	N	70	70
BehavioralDisengagement	Pearson Correlation	,068	1
	Sig. (2-tailed)	,577	
	N	70	70

Correlations

		Resiliensi	PositiveReframing
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,220
	Sig. (2-tailed)		,067
	N	70	70
PositiveReframing	Pearson Correlation	,220	1
	Sig. (2-tailed)	,067	
	N	70	70

Correlations

		Resiliensi	Planning
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,522(**)
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	70	70
Planning	Pearson Correlation	,522(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	70	70

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

Correlations

		Resiliensi	SelfDistraction
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,532(**)
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	70	70
SelfDistraction	Pearson Correlation	,532(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	70	70

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

Correlations

		Resiliensi	Denial
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,167
	Sig. (2-tailed)		,167
	N	70	70
Denial	Pearson Correlation	,167	1
	Sig. (2-tailed)	,167	
	N	70	70

Correlations

		Resiliensi	SubstaceAbuse
Resiliensi	Pearson Correlation	1	-,108
	Sig. (2-tailed)		,375
	N	70	70
SubstaceAbuse	Pearson Correlation	-,108	1
	Sig. (2-tailed)	,375	
	N	70	70

Correlations

		Resiliensi	EmotionalSupport
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,156
	Sig. (2-tailed)		,198
	N	70	70
EmotionalSupport	Pearson Correlation	,156	1
	Sig. (2-tailed)	,198	
	N	70	70

Correlations

		Resiliensi	Venting
Resiliensi	Pearson Correlation	1	-,057
	Sig. (2-tailed)		,637
	N	70	70
Venting	Pearson Correlation	-,057	1
	Sig. (2-tailed)	,637	
	N	70	70

Correlations

		Resiliensi	Humor
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,404(**)
	Sig. (2-tailed)		,001
	N	70	70
Humor	Pearson Correlation	,404(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,001	
	N	70	70

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

Correlations

		Resiliensi	Acceptance
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,479(**)
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	70	70
Acceptance	Pearson Correlation	,479(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	70	70

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

Correlations

		Resiliensi	Religion
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,082
	Sig. (2-tailed)		,501
	N	70	70
Religion	Pearson Correlation	,082	1
	Sig. (2-tailed)	,501	
	N	70	70

Correlations

		Resiliensi	SelfBlame
Resiliensi	Pearson Correlation	1	,237
	Sig. (2-tailed)		,048
	N	70	70
SelfBlame	Pearson Correlation	,237(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,048	
	N	70	70

LAMPIRAN D

(Hasil Analisis Tambahan Penelitian)

D.1 Korelasi antara *Coping* dan Lama Menderita Penyakit pada Pasien

Kanker

Correlations

		Coping	Lama
Coping	Pearson Correlation	1	,156
	Sig. (2-tailed)		,197
	N	70	70
Lama	Pearson Correlation	,156	1
	Sig. (2-tailed)	,197	
	N	70	70

D.2 Korelasi antara Resiliensi dengan Lama Menderita Penyakit pada Pasien

Kanker

		lama	Resiliensi
Lama	Pearson Correlation	1	,230
	Sig. (2-tailed)		,056
	N	70	70
Resiliensi	Pearson Correlation	,230	1
	Sig. (2-tailed)	,056	
	N	70	70

D.3 Gambaran *Coping* ditinjau dari Usia

Descriptives

Coping

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00	16	74,1875	9,38239	2,34560	69,1880	79,1870	57,00	87,00
2,00	50	71,6200	7,19095	1,01695	69,5764	73,6636	57,00	86,00
3,00	4	70,0000	3,36650	1,68325	64,6431	75,3569	66,00	74,00
Total	70	72,1143	7,60157	,90856	70,3018	73,9268	57,00	87,00

Test of Homogeneity of Variances

Coping

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,317	2	67	,106

ANOVA

Coping

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	98,868	2	49,434	,852	,431
Within Groups	3888,218	67	58,033		
Total	3987,086	69			

D.4 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Usia

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1,00	16	44,8750	5,23927	1,30982	42,0832	47,6668	36,00	53,00
2,00	50	43,2000	4,22819	,59796	41,9984	44,4016	36,00	53,00
3,00	4	41,5000	3,87298	1,93649	35,3372	47,6628	36,00	45,00
Total	70	43,4857	4,47778	,53520	42,4180	44,5534	36,00	53,00

Test of Homogeneity of Variances

Resiliensi

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,867	2	67	,425

ANOVA

Resiliensi

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	50,736	2	25,368	1,275	,286
Within Groups	1332,750	67	19,892		
Total	1383,486	69			

D.5 Gambaran Coping ditinjau dari Jenis Kelamin

Group Statistic

	Jenis Kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
	Laki-laki	24	69,4583	7,22904	1,47562

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
Coping	Equal variances assumed	,237	,628	2,167	68	,034	4,04167	1,86480	,32051	7,76282
	Equal variances not assumed			2,192	48,269	,033	4,04167	1,84350	,33560	7,74773

D.6 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Jenis Kelamin

	Jenis Kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Resiliensi	Perempuan	46	43,6522	4,58121	,67546
	Laki-laki	24	43,1667	4,35058	,88806

		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
Resiliensi	Equal variances assumed	,419	,520	,428	68	,670	,48551	1,13426	1,77788	2,74889
	Equal variances not assumed			,435	48,938	,665	,48551	1,11575	1,75675	2,72776

D.7 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Status Pernikahan

Group Statistic

	Status	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Resiliensi	Belum	20	43,6000	4,562	1,01151
	Sudah Menikah	50	43,4400	4,50469	,63706

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
Resiliensi	Equal variances assumed	,002	,962	,134	68	,894	,16000	1,19323	2,22106	2,54106
	Equal variances not assumed			,134	34,931	,894	,16000	1,19541	2,26698	2,58698

D.8 Gambaran Coping ditinjau dari Status Pernikahan

Group Statistic

	Status	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Coping	Belum	20	72,2000	7,87133	1,76008
	Sudah Menikah	50	72,0800	7,57234	1,07089

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
Coping	Equal variances assumed	,015	,902	,059	68	,953	,12000	2,02587	3,92256	4,16256
	Equal variances not assumed			,058	33,871	,954	,12000	2,06027	4,06755	4,30755

D.9 Gambaran *Coping* ditinjau dari Stadium Penyakit Kanker yang dialami

Descriptives

Stadium	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1	21	71,1905	7,80140	1,70241	67,6393	74,7416	57,00	87,00
2	26	72,1538	7,48167	1,46728	69,1319	75,1758	57,00	87,00
3	20	72,4000	8,25514	1,84591	68,5365	76,2635	59,00	87,00
4	3	76,3333	1,15470	,66667	73,4649	79,2018	75,00	77,00
Total	70	72,1143	7,60157	,90856	70,3018	73,9268	57,00	87,00

Test of Homogeneity of Variances

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,482	3	66	,227

ANOVA

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	72,996	3	24,332	,410	,746
Within Groups	3914,089	66	59,304		
Total	3987,086	69			

D.10 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Stadium Penyakit Kanker yang dialami

Descriptives

Staidium	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1	21	41,8095	3,62793	,79168	40,1581	43,4609	36,00	51,00
2	26	43,8462	5,15125	1,01024	41,7655	45,9268	36,00	53,00
3	20	44,0000	4,01314	,89736	42,1218	45,8782	39,00	51,00
4	3	48,6667	1,15470	,66667	45,7982	51,5351	48,00	50,00
Total	70	43,4857	4,47778	,53520	42,4180	44,5534	36,00	53,00

Test of Homogeneity of Variances

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,509	3	66	,066

ANOVA

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	148,196	3	49,399	2,639	,057
Within Groups	1235,289	66	18,717		
Total	1383,486	69			

D.13 Gambaran Coping ditinjau dari Pengeluaran per Bulan Descriptives

Test of Homogeneity of Variances

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<1.500.000	4	70,0000	10,64581	5,32291	53,0601	86,9399	57,00	83,00
1.500.000-3.000.00	13	75,8462	7,97753	2,21257	71,0254	80,6669	65,00	87,00
3.000.000-4.500.000	10	72,9000	8,59522	2,71805	66,7514	79,0486	58,00	85,00
4.500.000-6.000.000	20	71,0500	6,96967	1,55847	67,7881	74,3119	57,00	86,00
>6.000.000	23	70,9565	6,86545	1,43155	67,9877	73,9254	59,00	86,00
Total	70	72,1143	7,60157	,90856	70,3018	73,9268	57,00	87,00

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,350	4	65	,843

ANOVA

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	258,587	4	64,647	1,127	,352
Within Groups	3728,499	65	57,362		
Total	3987,086	69			

D.14 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Pengeluaran per Bulan Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<1.500.000	4	40,7500	2,21736	1,10868	37,2217	44,2783	38,00	43,00
1.500.000-3.000.00	13	45,5385	4,52061	1,25379	42,8067	48,2702	41,00	53,00
3.000.000-4.500.000	10	42,4000	4,88080	1,54344	38,9085	45,8915	36,00	52,00
4.500.000-6.000.000	20	43,9500	4,17354	,93323	41,9967	45,9033	37,00	51,00
>6.000.000	23	42,8696	4,61524	,96234	40,8738	44,8653	36,00	53,00
Total	70	43,4857	4,47778	,53520	42,4180	44,5534	36,00	53,00

Test of Homogeneity of Variance

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,551	4	65	,699

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	109,546	4	27,387	1,397	,245
Within Groups	1273,939	65	19,599		
Total	1383,486	69			

D. 11 Gambaran *Coping* ditinjau dari Jenis Penyakit Kanker

Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Payudara	21	73,9048	7,58884	1,65602	70,4504	77,3592	59,00	87,00
Colon	14	69,2143	5,71339	1,52697	65,9155	72,5131	57,00	80,00
Otak	11	69,0909	5,70008	1,71864	65,2615	72,9203	59,00	77,00
Serviks	13	74,6923	7,70697	2,13753	70,0350	79,3496	63,00	86,00
Getah Bening	1	80,0000	.	.	.	.	80,00	80,00
Prostat	1	71,0000	.	.	.	.	71,00	71,00
Leukimia	7	72,2857	12,40584	4,68897	60,8122	83,7592	57,00	87,00
Tiroid	1	70,0000	.	.	.	.	70,00	70,00
Tulang	1	69,0000	.	.	.	.	69,00	69,00
Total	70	72,1143	7,60157	,90856	70,3018	73,9268	57,00	87,00

Test of Homogeneity of Variances

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,568(a)	4	61	,047

ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	449,812	8	56,227	,970	,468
Within Groups	3537,274	61	57,988		
Total	3987,086	69			

D. 12 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Jenis Penyakit Kanker

Descriptivei

Jenis	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Payudara	21	44,1905	4,77094	1,04111	42,0188	46,3622	36,00	53,00
Colon	14	42,5000	4,45058	1,18947	39,9303	45,0697	37,00	51,00
Otak	11	42,6364	3,69521	1,11415	40,1539	45,1188	37,00	50,00
Serviks	13	45,0000	4,22295	1,17124	42,4481	47,5519	40,00	52,00
Getah Being	1	44,0000	.	.	.	.	44,00	44,00
Prostat	1	42,0000	.	.	.	.	42,00	42,00
Leukimia	7	42,8571	6,20292	2,34448	37,1204	48,5939	36,00	51,00

Tiroid	1	42,0000	.	.	.	.	42,00	42,00
Tulang	1	39,0000	.	.	.	.	39,00	39,00
Total	70	43,4857	4,47778	,53520	42,4180	44,5534	36,00	53,00

Test of Homogeneity of Variances

Resiliensi

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,745(a)	4	61	,565

ANOVA

Resiliensi

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	89,345	8	11,168	,526	,832
Within Groups	1294,141	61	21,215		
Total	1383,486	69			

D. 13 Gambaran *Coping* ditinjau dari Tingkat Pendidikan Descriptives

Coping

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
SMP	2	83,5000	4,94975	3,50000	39,0283	127,9717	80,00	87,00
SMA	19	71,0526	7,50906	1,72270	67,4334	74,6719	57,00	86,00
D3	12	74,0833	6,90794	1,99415	69,6942	78,4724	65,00	86,00
S1	29	71,7241	7,75010	1,43916	68,7762	74,6721	57,00	87,00
S2	8	70,2500	7,38241	2,61008	64,0781	76,4219	59,00	85,00
Total	70	72,1143	7,60157	,90856	70,3018	73,9268	57,00	87,00

Test of Homogeneity of Variances

Coping

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,278	4	65	,891

ANOVA

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	359,429	4	89,857	1,610	,182
Within Groups	3627,657	65	55,810		
Total	3987,086	69			

D. 14 Gambaran Resiliensi ditinjau dari Tingkat Pendidikan

Descriptives

Resiliensi

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
SMP	2	47,0000	8,48528	6,00000	-29,2372	123,2372	41,00	53,00
SMA	19	42,6842	5,15378	1,18236	40,2002	45,1683	36,00	53,00
D3	12	43,0000	3,04512	,87905	41,0652	44,9348	37,00	50,00
S1	29	44,2414	4,25655	,79042	42,6223	45,8605	36,00	51,00
S2	8	42,5000	4,78091	1,69031	38,5031	46,4969	37,00	52,00
Total	70	43,4857	4,47778	,53520	42,4180	44,5534	36,00	53,00

Test of Homogeneity of Variances

Resiliensi

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,755	4	65	,149

ANOVA

Resiliensi

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	64,070	4	16,018	,789	,536
Within Groups	1319,416	65	20,299		
Total	1383,486	69			

LAMPIRAN E
KUESIONER PENELITIAN
KUESIONER PENELITIAN



Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia
Depok, 2012

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

Saya adalah mahasiswi Fakultas Psikologi Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi dengan topik mengenai penyesuaian terhadap penyakit kanker. Untuk itu, saya memohon kesediaan Bapak/Ibu untuk berpartisipasi di dalam penelitian ini.

Bapak/Ibu akan diminta untuk menjawab pernyataan-pernyataan yang tersedia, sesuai dengan petunjuk pengerjaan yang akan dijelaskan selanjutnya. Kuosioner ini terdiri dari dua bagian, yaitu bagian I dan II. **Tidak ada jawaban yang benar atau salah dalam penelitian ini.** Oleh karena itu, Bapak/Ibu **hanya perlu menjawab dengan jujur, sesuai dengan keadaan diri masing-masing.** Hasil dari kuosioner dan data pribadi Anda bersifat rahasia dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Bapak/Ibu diharapkan untuk menjawab dengan teliti dan jangan sampai ada pernyataan yang terlewat agar data dapat diolah.

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

Hormat saya,
Clarissa Rizky
0906520755
clarissa.rizky@gmail.com

BAGIAN I

PETUNJUK PENGISIAN

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

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

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

Untuk lebih memahami, berikut akan dijelaskan contoh pengerjaannya.

No.	Pernyataan	Belum pernah	Kadang-kadang	Sering	Sangat sering
1.	Saya membaca buku untuk menghilangkan kejenuhan.		X		

Artinya: Anda kadang-kadang membaca buku untuk menghilangkan kejenuhan.

Jika Anda ingin mengganti jawaban, coretlah jawaban sebelumnya, kemudian berikan tanda silang pada jawaban baru yang Anda pilih.

No	Pernyataan	Belum pernah	Kadang-kadang	Sering	Sangat sering
1.	Saya mengalihkan pikiran dari masalah ini dengan cara bekerja atau melakukan aktivitas lain.				
2.	Saya berkonsentrasi pada usaha saya dalam melakukan sesuatu mengenai situasi yang pernah/sedang saya alami ini.				
3.	Saya bertanya dalam hati, apa benar masalah ini sedang/pernah terjadi pada diri saya.				
4.	Saya menggunakan alkohol atau obat-obatan lain agar merasa lebih baik.				

BAGIAN II

PETUNJUK PENGISIAN

Bacalah setiap pernyataan dengan baik. Pada setiap pernyataan, terdapat empat pilihan jawaban yang terentang dari kiri ke kanan, mulai dari “sangat tidak setuju” sampai dengan “sangat setuju”. Untuk setiap pernyataan, berilah tanda silang (x) pada jawaban yang menurut Anda paling sesuai menggambarkan keadaan diri Anda yang sebenarnya.

No.	Pernyataan	Sangat tidak setuju	Tidak Setuju	Setuju	Sangat Setuju
1.	Saya dapat memikirkan satu atau lebih cara untuk mencapai tujuan.				
2.	Saya merasa bangga karena telah berhasil mencapai beberapa hal dalam hidup				
3.	Saya biasanya memperoleh sesuatu melalui proses yang panjang				
4.	Saya senang/nyaman dengan keadaan diri saya.				

Identitas Pribadi

Inisial Nama :
Jenis Kelamin : (L / P)*
Usia :
Status :
Pendidikan Terakhir :
Pengeluaran/bulan* :
a.) < Rp 1.500.000,00
b.) Rp 1.500.000,00 – Rp 3.000.000,00
c.) Rp 3.000.000,00 – Rp 4.500.000,00
d.) Rp 4.500.000,00 – Rp 6.000.000,00
e.) > Rp 6.000.000,00

Jenis Penyakit Kanker yang diderita :

Lama menderita penyakit tersebut :

Stadium/tingkat penyakit tersebut :

***Lingkari salah satu**

Terima kasih atas partisipasi dan kesediaan waktu yang sudah Anda berikan dalam membantu penelitian ini. Mohon diperiksa kembali jawaban yang sudah Anda berikan, jangan sampai ada yang terlewatkan.