

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan Pusat Data & Informasi Kementerian Kesehatan RI, Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyebab utama kematian di dunia. Jenis-jenis PTM diantaranya kanker, jantung, diabetes melitus dan paru obstruktif kronik, serta penyakit kronik lainnya. Diabetes melitus merupakan salah satu Penyakit Tidak Menular (PTM) yang mengancam kehidupan masyarakat saat ini. Penderita Diabetes Melitus (DM) memiliki resiko angka kematian yang tinggi dan jumlah penderitanya meningkat setiap tahun. Dalam *American Diabetes Association* menerangkan bahwa diabetes melitus adalah sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan hiperglikemia (suatu kondisi dengan kadar glukosa darah terlalu tinggi) yang dihasilkan dari kerusakan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya (Buletin DepKes, 2012).

Dalam WHO (1999) diabetes melitus dibagi menjadi tiga tipe, yaitu tipe 1, tipe 2 dan gestasional. Diabetes melitus tipe 1 diartikan sebagai individu yang kekurangan insulin atau memiliki kerusakan autoimun sel pada pankreas. Tipe ini memiliki laju kerusakan sel cukup bervariasi, ada yang cepat pada bayi dan anak-anak, ada juga yang lambat pada orang dewasa. Sedangkan, diabetes melitus tipe 2 merupakan individu yang memiliki resistensi insulin dan biasanya memiliki kekurangan insulin yang relatif sehingga sepanjang hidupnya tidak memerlukan terapi insulin untuk bertahan hidup. Tipe gestasional merupakan diabetes melitus yang mengganggu individu di saat masa kehamilannya.

Diabetes tipe 1 dan 2 memiliki beberapa perbedaan yang sangat mendasar, penyebabnya sangat berbeda, pengobatan dan cara pencegahannya juga tidak dapat disamakan begitu saja. Perbedaan pertama terletak pada usia pasien saat pertama kali didiagnosis. Diabetes tipe 1 lebih banyak menyerang pasien di bawah umur 20 tahun sehingga sering disebut *juvenile onset*, sebaliknya tipe 2 menyerang usia 35 tahun ke atas atau disebut *adult onset*. Penggunaan istilah *juvenile onset* dan *adult onset* saat ini sudah dihilangkan, sebab pada kenyataannya diabetes tipe 1 dan 2 bisa menyerang usia berapapun. Hanya saja, kecenderungannya masih sama yakni tipe satu lebih banyak menyerang di usia muda dan tipe 2 di usia tua.

Perbedaan berikutnya adalah postur dan perawakan pengidapnya. Pasien diabetes tipe 1 umumnya memiliki perawakan kurus, sedangkan diabetes tipe 2 lebih banyak menyerang orang-orang bertubuh besar yang dikategorikan kelebihan berat badan (*overweight*) maupun obesitas. Diabetes tipe 1 dan 2 juga dibedakan berdasarkan penyebabnya. Diabetes tipe 1 disebabkan oleh kerusakan pankreas sehingga produksi insulin berkurang, sementara tipe 2 disebabkan oleh resistensi insulin dalam arti insulinnya cukup tetapi tidak bekerja dengan baik dalam mengontrol kadar gula darah. Karena penyebabnya berbeda, pengobatan kedua tipe diabetes ini juga tidak sama. Pengidap diabetes tipe 1 membutuhkan insulin dalam bentuk suntikan maupun pompa insulin sedangkan pasien diabetes tipe 2 cukup mengonsumsi obat oral atau obat telan. Diabetes tipe 1 susah diprediksi dan dicegah, sebab merupakan kelainan genetik yang dibawa sejak lahir. Lain halnya dengan diabetes tipe 2 yang sangat bisa dicegah, karena biasanya menyerang orang-orang dengan pola makan tidak sehat dan jarang berolahraga.

Dilihat dari perbandingan jumlah kasus, diabetes tipe 1 mencakup 10-15 persen dari jumlah seluruh pengidap diabetes. Dikutip dari *ABC News*, jumlah kasus diabetes tipe 2 terutama di negara maju dan berkembang mencapai

85-90 persen dari seluruh pengidap diabetes semua tipe (AN Uyung Pramudiarja dalam detik health, 2012).

Berdasarkan keterangan Profesor Nam Cho (dalam Dianing, 2014), menyatakan bahwa saat ini 9,1 juta penduduk Indonesia hidup dengan diabetes. Setiap tahunnya jumlah penderita diabetes melitus meningkat 500.000 orang. Sehingga menempatkan Indonesia dalam urutan kelima sebagai negara dengan jumlah penderita diabetes terbanyak di dunia. Diperkirakan pada 2035 nanti, ada sekitar 14,1 juta penduduk Indonesia yang menderita diabetes (Dianing, 2014). Di posisi teratas, ada Cina (98,4 juta jiwa), India (65,1 juta jiwa), dan Amerika (24,4 juta jiwa).

Menurut Doutsdar (dalam Dianing, 2013), ada fenomena menarik tentang peningkatan jumlah penderita diabetes melitus di negara berkembang seperti Indonesia. Pola hidup ternyata berdampak pada banyaknya jumlah penderita baru, khususnya diabetes melitus tipe 2. Sekitar 80% penderita diabetes melitus di Indonesia adalah DM tipe 2 (Dianing, 2013). Kebanyakan pasien diabetes melitus tipe 2 memiliki kelebihan berat badan atau obesitas, karena berbagai tuntutan aktivitas yang banyak, sehingga masyarakat mulai tidak mempedulikan kesehatan tubuh dan makanan yang dikonsumsinya. Seperti konsumsi gula berlebihan, *junk food* dan kurang berolahraga. Kadar glukosa darah yang meningkat melebihi batas normal pada penyakit diabetes melitus sering menimbulkan komplikasi kardiovaskuler. Komplikasi ini antara lain seperti penyakit pembuluh koroner (jantung koroner), pembuluh darah perifer, *neuropatic diabetic* (gangguan pada pembuluh saraf), dan katarak. Maka kebanyakan diabetes melitus dikenal sebagai *silent killer* karena sering tidak disadari oleh penyandanginya dan saat diketahui sudah terjadi komplikasi (infodatin-diabetes, 2014). Dengan demikian, pasien diabetes harus memiliki kekuatan mental yang tahan dengan berbagai kondisi atau situasi yang mungkin sulit dihadapi.

Dalam setiap kehidupan yang dijalani, manusia pasti menemui banyak sekali rintangan atau kemalangan, baik yang ringan maupun yang berat.

Dalam proses perkembangan pada rentang usia dewasa pasti akan mengalami beberapa perubahan fisik, seperti pada dewasa muda ketika kondisi fisik sedang memuncak dan akan mengalami kemunduran pada kemampuan sensoris, kesehatan, stamina dan lain-lain di usia dewasa tengah. Menurut Tugade & Frederickson (2005) setiap orang membutuhkan resiliensi, yaitu suatu kemampuan untuk melanjutkan hidup setelah ditimpa kemalangan atau setelah mengalami tekanan yang berat, karena satu hal yang harus kita ingat bahwa hidup penuh dengan rintangan dan cobaan. Faktanya, orang yang paling resilien mencari pengalaman baru dan menantang karena mereka telah mempelajari bahwa hanya melalui perjuangan, dengan memaksa diri mereka sendiri ke batas yang paling maksimal, maka mereka akan menambah batasan hidup mereka sendiri (Reivich & Chatterjee, 2002).

Berdasarkan beberapa peneliti yang fokus pada faktor-faktor dalam suksesnya adaptasi pada pasien diabetes tipe 1 yang memiliki kualitas hidup yang baik, Hasil positif dalam konteks ini, berlawanan dengan potensial lingkungan yang dapat dianggap sebagai indikator dari resiliensi (Luthar, dalam S.S Jaser 2010). Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa resiliensi yang tinggi berhubungan dengan harga diri yang tinggi dan harapan pada anak-anak dengan penyakit kronis dan remaja dengan diabetes tipe 1, yang memiliki kualitas hidup lebih baik telah dikaitkan dengan sedikitnya gejala depresi yang muncul, rendahnya tingkat *stress* yang berhubungan dengan *coping* pada pasien diabetes dan kurangnya konflik keluarga saat menghadapi penyakit diabetes ini. Indikator lainnya dari resiliensi adalah kompeten. Pada remaja dengan diabetes tipe 1, kemampuan bersosialisasi dihubungkan dengan kesehatan emosional yang baik, dan kemampuan untuk mengatur *stress*. Namun, remaja dengan diabetes tipe 1 memiliki tingkat kompetensi yang lebih rendah dari remaja dengan penyakit kronis lainnya.

Pasien diabetes melitus menghadapi penyakitnya dalam berbagai tahapan, tidak hanya saat di awal terdiagnosa. Seperti contoh, fluktuasi

kehidupan *stress* sehari-hari, perubahan pada fisik atau perasaan dari kemungkinan *burnout* dalam manajemen penyakit yang menjadi lebih sulit dan memberatkan. Beberapa pasien diabetes ini mungkin lebih mampu dari yang lain untuk mengatur mental dan kesehatan psikis mereka dari penyakitnya. Variabel positif psikologi ditemukan berpengaruh pada kesehatan psikologis dan kesehatan fisik dari pasien diabetes (Fournier dkk, dalam J.P Yi-Frazier 2009). Salah satu konstruksinya adalah resiliensi, yang didefinisikan sebagai kapasitas individu untuk mengatur mental dan kesehatan psikis dalam menghadapi kesulitan (Connor Davidson dkk & Lee 2003).

Ketika mengalami diabetes melitus dan komplikasi lainnya, dapat berdampak bagi pasien pada kualitas hidupnya seperti: pembatasan secara kemampuan fisiknya, menjadi berbeda dari orang lain, emosi negatif, dan adaptasi (Young & Unachukwu, 2012). Dalam penelitian Young & Unachukwu (2012) menunjukkan bahwa berbagai dampak yang dialami pasien diabetes melitus juga memiliki mengakibatkan depresi, kecemasan yang tinggi, gangguan makan dan *stress* secara fisik maupun psikologis.

Stress itu sendiri merupakan hubungan antara individu dengan lingkungan yang dinilai sebagai suatu hal yang mengancam atau melampaui kemampuannya untuk mengatasi hal tersebut sehingga membahayakan kesejahteraannya (Lazarus & Folkman, 1986). Pada pasien diabetes melitus tipe 2 *stress* dapat dirasakan karena selalu mengkonsumsi obat oral sepanjang hidupnya, pengenalan insulin untuk kontrol glikemia yang cenderung mengakibatkan tekanan psikologis. Reaksi terhadap pengenalan insulin meliputi perasaan takut akan rasa sakit dari suntikan, takut akan kematian akibat hiperglikemia, frustrasi dan kurangnya kontrol atas perkembangan penyakit.

Untuk mengurangi tingkat *stress* dalam mengatasi penyakit yang dideritanya, pasien diabetes melitus tipe 2 mempunyai 14 model *coping stress* menurut Carver (1997), yaitu *Active Coping, Planning, Positive*

Reframing, Acceptance, Humor, Religion, Using Emotional Support, Using Instrumental Support, Self-Distraction, Denial, Venting, Substance Use, Behavioral Disengagement, dan Self-Blame. Model *coping stress* ini memiliki tingkat efektifitas yang sama dalam menghadapi suatu masalah. Sebagaimana dalam kasus ini, jika pasien diabetes melitus tipe 2 menggunakan salah satu dari ke 14 model misalnya seperti *Acceptance* maka pasien diabetes melitus akan merupakan orang yang dapat menerima dan mencoba belajar hidup dengan diabetes melitus. Sedangkan pada *Denial*, pasien diabetes melitus tipe 2 ini akan melakukan penolakan dari apa yang diterimanya. Pemilihan model tersebut berdasarkan apa yang lebih menonjol dari kemampuan pasien dalam *coping stress* itu sendiri.

Berdasarkan penjelasan yang telah dipaparkan, penulis akan melakukan penelitian mengenai *coping stress* pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis dapat mengidentifikasi masalah yaitu :

1. Bagaimanakah tingkat resiliensi pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2?
2. Apakah *coping stress* yang digunakan pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien?

1.3 Pembatasan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan identifikasi masalah di atas, maka perlu diadakan pembatasan masalah. Hal ini dimaksudkan untuk memperjelas dan lebih terfokus pada masalah yang ingin diteliti. Pada penelitian ini, penulis menitikberatkan pada pembahasan mengenai *coping stress* pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, identifikasi masalah dan batasan masalah, maka masalah ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

“Bagaimana *coping stress* pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien?”.

1.5 Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang, identifikasi masalah, pembatasan masalah dan rumusan masalah, maka tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui *coping stress* pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoretis

1. Dapat memberikan sumbangan bagi pengembangan ilmu teoretis maupun penelitian yang berhubungan dengan konsep resiliensi dan *coping stress* terkait dengan penanganan pada pasien diabetes melitus tipe 2.
2. Sebagai salah satu referensi untuk diadakannya penelitian lanjutan bagi peneliti lain.

1.6.2 Manfaat Praktis

1. Bagi pasien diabetes melitus tipe 2
Memberikan pengetahuan dan masukan akan pentingnya memilih jenis *coping stress* yang dimiliki pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien.
2. Bagi petugas kesehatan
Sebagai informasi bagi petugas kesehatan untuk menghadapi pasien diabetes melitus tipe 2 yang mengalami kondisi *stress* ketika mengobati penyakitnya.

3. Bagi keluarga pasien diabetes melitus tipe 2

Bagi keluarga, diharapkan penelitian ini dapat membantu pasien untuk membentuk dirinya menjadi resilien sehingga keluarga dapat membantu pasien jika mengalami masalah mengenai kondisi *stress* yang dialaminya.

4. Bagi penelitian

Dapat digunakan sebagai acuan untuk penelitian selanjutnya terkait dengan permasalahan *coping stress* pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien. Selain itu, dapat dijadikan rujukan untuk penelitian pada konteks dan subjek penelitian yang berbeda.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan memaparkan landasan teoretis yang dijadikan acuan dalam penelitian ini. Teori-teori yang akan dibahas adalah mengenai *coping stress* dan diabetes melitus. Selain itu, teori mengenai resiliensi juga akan melengkapi landasan teoretis dalam bab ini.

2.1 Hakikat Coping Stress

2.1.1 Definisi *Coping Stress*

Sebelum membahas mengenai definisi *coping stress*, penulis akan mengawali dengan pembahasan mengenai *stress*. Menurut Sarafino (1990) bahwa *coping stress* merupakan cara individu untuk mengurangi atau menetralkan kondisi *stress*.

Stress merupakan keadaan yang membuat individu merasa tertekan untuk memenuhi tuntutan dari lingkungan di sekitarnya. Setiap individu merespon tekanan yang sama, namun dengan cara yang berbeda-beda. Hal ini menunjukkan bahwa pengalaman tiap individu terhadap *stress* bergantung pada reaksinya terhadap tekanan dari luar.

Chaplin (2006) mendefinisikan *stress* sebagai suatu keadaan dimana seorang individu merasa tertekan baik secara fisik maupun psikologis. *Stress* juga didefinisikan sebagai suatu hubungan yang khas antar individu dan lingkungan yang dinilai individu tersebut sebagai suatu hal yang mengancam atau melampaui kemampuannya untuk mengatasi hal tersebut sehingga membahayakan kesejahteraannya (Lazarus & Folkman, 1986). Pada awalnya Lazarus (Carver, Weintraub & Scheier, 1989) mengemukakan bahwa *stress* mengandung tiga tahapan proses yaitu *primary appraisal*, yang merupakan proses mempersepsikan tantangan atau *stressor*, *secondary appraisal*, yakni proses memikirkan respon yang potensial untuk menghadapi tantangan atau *stressor* dan proses terakhir adalah *coping*, yakni proses

eksekusi dari respon yang telah dipikirkan sebelumnya. Selanjutnya, Lazarus & Folkman (1984) mendefinisikan *coping stress* sebagai upaya kognitif dan perilaku yang berubah secara konstan untuk mengelola tuntutan eksternal dan internal tertentu yang dinilai berat atau melebihi sumber daya (kekuatan) seseorang.

Lazarus & Folkman (1984) juga menegaskan bahwa *coping* merupakan suatu proses yang bukan trait, sehingga *coping* berkaitan dengan apa yang dilakukan individu saat menghadapi situasi yang menekan. *Coping* juga dapat diartikan sebagai suatu usaha, yang mencakup orientasi aksi dan intrapsikis untuk mengatur (menguasai, mentoleransi, mereduksi, meminimalisir) tuntutan lingkungan dan internal dan konflik diantara keduanya yang membebani atau melebihi kemampuan seseorang (Lazarus dan Folkman dkk,1986).

Dari penjelasan di atas dapat disimpulkan bahwa bahwa pembatasan konsep *coping* adalah upaya untuk mengatasi tuntutan dari *stress* dibandingkan dengan adaptasi pada umumnya. Aldwin (2004) juga menegaskan bahwa strategi *coping stress* diduga bervariasi sebagai fungsi kesesuaian individu dalam mengatasi tuntutan lingkungan.

Jadi dapat disimpulkan bahwa *coping stress* merupakan suatu proses yang dilakukan oleh individu untuk mengurangi kondisi atau keadaan yang membuatnya *stress*.

2.1.2 Dimensi *Coping Stress*

Lazarus & Folkman (1984) membagi bentuk *coping* menjadi 2 jenis, yaitu sebagai berikut :

a. Problem-Focused Coping

Problem-Focused Coping bertujuan untuk pemecahan masalah atau melakukan sesuatu untuk mengubah sumber *stress*. *Problem-focused coping* lebih mungkin terjadi ketika suatu kondisi dinilai dapat berubah (Lazarus & Folkman, 1984). *Problem-focused coping* mirip dengan

strategi yang digunakan pada pemecahan masalah. Pada *coping* ini, usaha-usaha yang dilakukan sering diarahkan pada mengartikan suatu masalah, membuat generalisasi solusi alternatif, menimbang baik buruknya seluruh alternatif yang ada, memilih yang terbaik kemudian membuat keputusan. Bagaimanapun, *Problem-focused coping* mencakup kesatuan yang lebih luas dari strategi pemecahan masalah dibanding pemecahan masalah itu sendiri (Lazarus & Folkman, 1984).

b. *Emotion-focused coping*

Emotion-focused coping merupakan individu lebih berfokus mengurangi emosi negatif yang muncul akibat *stress* yang dialaminya. Strategi ini menurut Carver, Weintraub dan Scheier (1989), digunakan ketika seseorang merasa *stressor* merupakan sesuatu yang dapat ditahan. *Emotion-focused coping* lebih mungkin terjadi ketika ada suatu penilaian bahwa tidak ada yang dapat dilakukan untuk memodifikasi bahaya dan kondisi lingkungan yang mengancam atau menantang (Lazarus & Folkman, 1984).

Lebih lanjut, Lazarus & Folkman (1984) menyatakan bahwa *emotion-focused coping* terdiri atas proses kognitif yang diarahkan untuk mengurangi penderitaan emosional dan mencakup strategi seperti menghindari, meminimalisasi, menjauhkan, perhatian selektif, perbandingan positif dan nilai positif dari peristiwa negatif. Namun, *emotion-focused coping* juga dapat terdiri dari strategi kognitif yang diarahkan untuk meningkatkan tekanan emosional.

Emotion-focused coping digunakan untuk mempertahankan harapan dan optimism, untuk menyangkal fakta dan implikasinya, untuk menolak mengakui yang terburuk, untuk bertindak seolah-olah apa yang terjadi tidak masalah dan sebagainya (Lazarus & Folkman, 1984).

Carver (1987) menyebutkan dimensi *coping stress* ada 14, sebagai berikut:

- a. *Active coping*, merupakan proses mengambil langkah aktif untuk mencoba atau menghilangkan *stressor* atau mengurangi dampaknya.
- b. *Planning*, yaitu memikirkan bagaimana cara untuk mengatasi *stressor*. Termasuk didalamnya yaitu memikirkan suatu strategi untuk bertindak, langkah-langkah yang harus diambil dan bagaimana cara paling baik untuk mengatasi masalah.
- c. *Use of instrumental support*, yaitu mencari nasihat, bantuan atau informasi.
- d. *Positive reframing*, yaitu aktivitas yang ditujukan untuk melepaskan emosi yang dirasakan, mengatur emosi yang berkaitan dengan *stress* yang dialami. Kecenderungan ini disebut juga sebagai penilaian kembali secara positif.
- e. *Behavioral disengagement*. Mengurangi usaha dalam menghadapi situasi yang menimbulkan *stress* bahkan menyerah atau tidak melakukan apapun terhadap sumber *stress* tersebut. Perilaku ini muncul pada seseorang yang merasa bahwa apapun yang dilakukannya tidak akan menimbulkan hasil. Fenomena ini sering disebut "*Helplessness*".
- f. *Acceptance*, sesuatu yang penuh dengan *stress* dan keadaan yang memaksanya untuk mengatasi masalah tersebut.
- g. *Use of emotional support*. Jenis *coping* ini lebih mengarah kepada dukungan moral yang diperoleh individu, simpati ataupun pengertian dari orang lain terhadap masalah yang sedang dihadapinya.
- h. *Denial*, tanggapan yang kadang-kadang muncul dalam penilaian utama. Penolakan ini agak kontroversial. Hal ini sering disarankan bahwa penolakan juga berguna, meminimalkan tekanan dan dengan demikian memfasilitasi *coping*.

- i. *Religion*, sikap individu menenangkan dan menyelesaikan masalah secara keagamaan.
- j. *Self-distraction*, merupakan bagian dari variasi tindakan pelarian yang biasanya muncul ketika kondisi saat itu menghambat munculnya tindakan pelarian.
- k. *Humor*, yaitu dengan membuat lelucon mengenai masalahnya.
- l. *Substance Use*, yaitu menggunakan minuman yang mengandung alkohol (miras), obat-obatan terlarang (narkoba) dan merokok untuk melupakan masalah yang dihadapinya.
- m. *Self-blame*, (menyalahkan diri sendiri) merupakan cara seseorang saat menghadapi masalah dengan menyalahkan serta menghukum diri sendiri secara berlebihan serta menyesali apa yang telah terjadi.
- n. *Venting*, Kecenderungan untuk memusatkan diri pada pengalaman *distress* atau kekecewaan individu dan untuk mengeluarkan kekecewaan tersebut. Sedangkan penonjolan gejala- gejala *distress* dapat meningkatkan ketegangan dan menjauhkan individu dari usaha *coping* aktif.

2.1.3 Alat Ukur *Coping Stress*

2.1.3.1 *The Ways of Coping*

The Ways of Coping dirancang oleh Lazarus & Folkman. Skala ini digunakan untuk menggambarkan berbagai kognitif dan perilaku strategi seseorang yang digunakan untuk mengelola tuntutan internal dan / atau eksternal dalam menghadapi masalah. *The Ways of Coping* terdiri dari 8 skala yaitu, *confrontive coping*, *distancing*, *self-controlling*, *seeking social support*, *accepting responsibility*, *escape-avoidance*, *planful problem solving*, *positive reappraisal*.

Skala ini juga digunakan untuk menguji masyarakat Kanada-Perancis yang berusia dewasa. Hasil menunjukkan skor reliabilitas yang tinggi dan menghasilkan 3 buah struktur faktor.

2.1.3.2 *The Brief COPE*

Terdapat beberapa pengukuran *coping stress* seperti, *The Ways of Coping* oleh Folkman & Lazarus (1984,1985), *Multidimensional Coping Inventory* oleh Endler & Parker (1990), *The Coping Strategies Inventory* oleh Tobin, dkk (1989), dan *The COPE Inventory* oleh Carver, dkk (1989). *The Brief COPE* berasal dari *The COPE Inventory* yang merupakan hasil dari perkembangan penelitian tentang hubungan kesehatan.

The Brief COPE dirancang oleh Charles. S Carver (1997). Carver mengembangkan skala multidimensional untuk menilai strategi yang berbeda saat seseorang menanggapi *stress*. *The Brief COPE* terdiri dari 28 *item* yang mengukur 14 konsep reaksi *coping* yang berbeda. Partisipan diminta untuk menentukan pilihan jawaban mulai dari “tidak pernah” sampai dengan “sangat sering” pada setiap pernyataan.

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Wilson, Pritchard, & Revalee (2004) tentang pemilihan *coping style* pada tiap individu yang berbeda pada suatu *summer camp*. Berdasarkan klasifikasi skala *The Brief COPE* menemukan perbedaan gender dalam pemilihan *coping style*.

The Brief COPE juga diuji ke sampel individu dengan bahasa Yunani, dilakukan oleh Margarita Kapsou, dan rekan-rekannya. Hasil menunjukkan bahwa terdapat struktur dalam *The Brief COPE* itu sendiri dan karakteristik psikometri untuk individu dengan bahasa Yunani sudah sangat memadai. *The Brief COPE* juga telah diuji ketika dirubah ke dalam bahasa lain seperti Spanyol cukup membuat perbedaan dalam pemilihan sebuah *coping stress*. Hasil menunjukkan angka diatas 0,72 sehingga versi *The Brief COPE* dalam bahasa Spanyol sebanding dengan versi bahasa Inggris.

Berdasarkan uraian tersebut, penulis menggunakan skala *The Brief COPE* dalam melakukan penelitian ini.

2.2 Hakikat Diabetes Melitus

2.2.1 Definisi Diabetes Melitus

Diabetes melitus merupakan gangguan metabolik beberapa etiologi ditandai dengan hiperglikemia kronik, gangguan karbohidrat, lemak dan protein metabolisme yang dihasilkan dari kerusakan pada sekresi insulin, insulin tindakan, atau keduanya (WHO,1999). Menurut Yekti Susilo (2011) pada buku *Cara Jitu Mengatasi Kencing Manis* mengungkapkan diabetes melitus yang oleh masyarakat umum disebut kencing manis adalah penyakit kronis yang disebabkan oleh ketidakmampuan tubuh untuk memproduksi hormon insulin atau karena penggunaan yang tidak efektif dari produksi insulin. Diabetes melitus memiliki beberapa jenis kategori, yaitu diabetes melitus tipe 1, tipe 2 dan gestasional (WHO,1999).

Berdasarkan pengertian di atas, diabetes melitus merupakan gangguan metabolisme tubuh yang menyebabkan perubahan pada hormon insulin. Penelitian ini mengambil responden dengan jenis diabetes melitus tipe 2.

2.2.2 Jenis Diabetes Melitus

Berikut ini merupakan jenis-jenis diabetes melitus (WHO, 1999) :

2.2.2.1 Diabetes Melitus tipe 1

DM tipe 1 atau yang dulu dikenal dengan nama *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM), terjadi karena kerusakan sel β pankreas (reaksi autoimun). Sel β pankreas merupakan satu-satunya sel tubuh yang menghasilkan insulin yang berfungsi untuk mengatur kadar glukosa dalam tubuh. Bila kerusakan sel β pankreas telah mencapai 80-90% maka gejala diabetes melitus mulai muncul. Perusakan sel ini lebih cepat terjadi pada anak-anak daripada dewasa.

2.2.2.2 Diabetes Melitus tipe 2

Berdasarkan *American Diabetes Association*, penderita diabetes pada tipe ini biasa memiliki obesitas atau kelebihan berat badan. Bilous dalam *Diabetes 2002*, menjelaskan diabetes adalah perubahan menetap dalam sistem kimiawi tubuh yang mengakibatkan darah mengandung terlalu banyak gula. Penyebabnya adalah kekurangan hormon insulin.

Jadi, diabetes melitus tipe 2 adalah jenis diabetes yang disebabkan bukan karena gen yang diturunkan, tetapi berdasarkan gaya hidup yang menyebabkan perubahan kadar insulin dalam tubuh.

2.2.2.3 Diabetes Melitus Gestasional

Diabetes melitus gestasional adalah intoleransi karbohidrat menghasilkan hiperglikemia atau keadaan diabetes yang timbul selama masa kehamilan, dan biasanya berlangsung hanya sementara. Ini tidak mengesampingkan kemungkinan bahwa intoleransi glukosa mungkin mendahului kehamilan tetapi sebelumnya tidak diakui. Keadaan ini terjadi karena pembentukan hormon pada ibu hamil yang menyebabkan resistensi insulin. Definisi ini berlaku terlepas dari apakah insulin digunakan atau tidak untuk pengobatan pada kondisi tersebut terus berlangsung setelah kehamilan.

2.2.3 Faktor Penyebab Diabetes Melitus

Bilous (2002) menjelaskan ada beberapa penyebab timbulnya penyakit diabetes melitus :

1. Gen

Para pakar yang menyelidiki kembar identik dan silsilah keluarga pasien penderita diabetes menemukan bahwa keturunan merupakan faktor penting pada kedua jenis diabetes. Pada diabetes Tipe 1, ada kemungkinan 50 persen anak kembar yang lain akan terkena jika anak yang satu menderitanya, dan lima persen kemungkinannya pada anak dari orang tua penderita diabetes. Pada diabetes Tipe 2, sudah dapat dipastikan bahwa jika salah seorang terkena, yang lain juga pasti akan menderitanya.

2. Infeksi

Diabetes Tipe 1 pada anak-anak dan orang muda cenderung timbul pada musim saat banyak orang menderita batuk dan pilek. Beberapa virus penyebab gondongan dan *koksaki* (penyakit pada kulit), mempunyai potensi merusak pankreas yang mengakibatkan diabetes.

3. Lingkungan

Mereka yang terkena diabetes Tipe 2 umumnya kelebihan berat badan dengan diet yang tak seimbang. Perubahan drastis dalam gaya hidup juga memungkinkan orang terkena diabetes.

4. Diabetes sekunder

Ada juga orang yang terkena diabetes akibat penyakit lain pada pankreas. Misalnya, pankreatitis (radang pada pankreas) yang menyebabkan sebagian kelenjar ini rusak. Kemungkinan lain adalah kerusakan pada pankreas karena kelebihan minuman alkohol yang kronis.

5. *Stress*

Ada juga orang yang menghubungkan timbulnya diabetes dengan keadaan *stress*, seperti saat terjadinya kecelakaan atau penyakit lain. Namun masih sulit untuk menghubungkan *stress* dengan diabetes. Penjelasanannya adalah saat mereka ke dokter karena *stress*, ternyata secara kebetulan ditemukan diabetes pada saat yang sama.

2.2.4 Dampak Diabetes Melitus

Biasanya penderita diabetes melitus rentan terkena komplikasi penyakit lain. Komplikasi muncul bila kendali gula darahnya tidak atau kurang baik. Komplikasi dapat terjadi pada jantung dan pembuluh darah.

Jika tidak dikelola dengan baik, faktor kadar gula dara tinggi menimbulkan berbagai komplikasi jangka panjang. Selain itu, bila penyakit diabetes melitus tidak segera ditangani dengan tepat bisa menyebabkan berbagai komplikasi yang fatal. Diabetes melitus merupakan penyakit serius

yang dapat menyebabkan berbagai risiko seperti risiko kematian yang signifikan, baik akut maupun kronis.

Penyelidikan secara luas terhadap diabetes melitus di Amerika Serikat menunjukkan bahwa setiap perbaikan dalam kontrol gula darah akan memperkecil risiko penderita terhadap komplikasi. Dengan mengetahui hal ini, banyak penderita diabetes melitus terpacu untuk lebih ketat mengontrol gula darahnya bila tergoda untuk melanggar aturan dietnya. (Bilous dalam *Diabetes*, 2002)

Bilous (2002) menjelaskan komplikasi yang timbul akibat diabetes melitus, yaitu:

1. Mata

Diabetes melitus bisa berpengaruh pada mata dengan berbagai keluhan, mulai dari penglihatan kabur untuk sementara, sampai keluhan yang lebih parah. Gangguan mata akibat diabetes melitus antara lain, penglihatan kabur, katarak, dan retinopati.

2. Ginjal

Ginjal dapat diibaratkan sebagai filter atau penyaring darah utama, yang salah satu tugasnya adalah menyingkirkan kelebihan air serta racun dari dalam tubuh. Diabetes dapat merusak filter ini akibat menumpuknya gula dalam pembuluh darah halus pada ginjal. Efeknya sama seperti saringan the yang lubangnya diperbesar. Kerusakan ini menyebabkan zat-zat yang seharusnya ditahan lolos ke dalam urin seseorang.

3. Saraf

Diabetes dapat merusak saraf dengan dua cara, yakni seperti halnya pada mata dan ginjal, mengakibatkan aliran darah bisa terganggu, atau timbul kerusakan langsung pada saraf itu sendiri sebagai akibat tingginya gula darah.

4. Potensi seksual

Kemampuan seorang pria untuk dapat berereksi secara normal tergantung pada suplai darah yang cukup ke penis, dan adanya rangsangan saraf yang sempurna untuk mengerutkan urat darah yang halus pada organ ini. diabetes dapat merusak suplai darah ke penis dan kontrol saraf mengerutkannya untuk menahan ereksi.

5. Kulit

Beberapa penderita diabetes mengalami masalah dengan kulitnya akibat kerusakan yang timbul pada pembuluh darah halus. Gejalanya adalah kulit menjadi merah dan menipis di bagian bawah tulang kering. Kondisi ini dinamakan *nekrobiosis lipoidika*.

6. Pembuluh nadi

Diabetes melitus berarti meningkatnya resiko terjadinya pengerasan pembuluh nadi besar atau arteri yang dapat menimbulkan serangan jantung dan stroke, serta melemahnya sirkulasi darah di kaki.

7. Kaki

Waspadalah terhadap setiap perubahan di kaki akibat diabetes melitus. Masalah yang ditimbulkan karena suplai darah ke kaki kurang yang menyebabkan kaki menjadi kurang peka terhadap gangguan seperti udara dingin, infeksi, atau luka.

2.3 Pasien Dewasa Diabetes Melitus Tipe 2 Yang Resilien

2.3.1 Definisi Resiliensi

Resiliensi pertama kali dikemukakan oleh Block & Block (1980), yaitu resiliensi merupakan cara individu untuk memodifikasi tingkat karakter dan cara mengendalikan ego yang biasa diekspresikan dalam lingkungan baik jangka pendek maupun jangka panjang (dalam Klohn, 1996).

Grotberg (1997) menyatakan bahwa resiliensi adalah kemampuan manusia untuk menghadapi, mengatasi tekanan hidup yang dialami. Dengan kata lain sebuah konsep resiliensi ini merupakan sebuah kemampuan yang memang dimiliki oleh setiap manusia.

Siebert (2005) menjelaskan bahwa resiliensi berarti kemampuan untuk mengatasi lebih baik perubahan hidup yang terjadi dengan cara yang sehat. Mereka membiarkan diri mereka merasa sedih, marah, kehilangan, dan kebingungan ketika merasakan sakit atau keadaan tertekan tapi tidak membiarkan hal itu menjadi sebuah perasaan yang menetap melainkan mereka harus melawan keterpurukan tersebut.

Sejalan dengan itu resiliensi juga mengacu pada kemampuan untuk berkembang sebagai diri yang individual meskipun mengalami keadaan serius yang merugikan hidupnya seperti situasi, *stress*, dan risiko (Salkind, 2006). Tidak hanya terfokus pada kemampuan yang dimiliki manusia, resiliensi ini juga dapat dikatakan sebagai kapasitas untuk bertahan dan beradaptasi ketika terjadi sebuah kejadian yang membuat kesengsaraan (Reivich dan Shatte, 2002).

Menurut Darla Henry (1999, dalam Lemay dan Ghazal, 2001) Resiliensi didefinisikan sebagai kapasitas untuk sukses dalam beradaptasi, mengembangkan fungsi positif atau kompetensi yang ada meskipun berisiko tinggi seperti *stress* kronis atau trauma berkepanjangan. Perlu diketahui bahwa resiliensi kemungkinan besar berbeda dari satu orang ke orang yang lainnya tergantung dari karakteristik yang dimiliki tiap individu.

Dari berbagai definisi diatas, penulis dapat menyimpulkan bahwa resiliensi merupakan sebuah kapasitas yang dimiliki seseorang untuk menghadapi situasi atau keadaan yang dapat membuatnya jatuh terpuruk sehingga dapat bangkit kembali dan beradaptasi dengan keadaannya saat ini.

2.3.2 Dimensi Resiliensi

Menurut Connor & Davidson (2003) terdapat lima dimensi dalam resiliensi yaitu :

2.3.2.1 *Reflect personal competence, High standard and Tenacity*

Dalam dimensi ini dikatakan individu mampu untuk menunjukkan yang terbaik tidak peduli apapun, mampu mencapai tujuan-tujuannya, tidak mudah menyerah dan tidak mudah putus asa oleh sebuah kegagalan atau masalah, membuat *mindset* bahwa “kita adalah orang yang kuat”, individu menunjukkan suka tantangan sehingga bila berhasil individu tersebut memiliki kebanggaan akan dirinya sendiri.

2.3.2.2 *Trust in one’s instinct, Tolerance of negative effect, and Strengthening effect of stress*

Dimensi yang kedua ini menunjukkan bahwa individu mampu untuk sisi humoris dalam menghadapi permasalahan yang ada. Dalam sebuah tekanan individu mampu untuk fokus, tetap berpikiran jernih, serta memilih untuk mengambil pilihan dalam memecahkan masalah. Selain itu, individu dapat menangani perasaan tidak menyenangkan, dan bertindak atas sebuah dugaan atau firasat.

2.3.2.3 *Positive acceptance of change and secure relationship*

Mampu beradaptasi dengan perubahan yang ada merupakan hal yang terdapat dalam dimensi ini. Selain itu, individu juga memiliki hubungan yang dekat dan berlandaskan *secure relationship*. Individu mampu menangani apa pun yang terjadi, dan kesuksesan di masa lampau mampu memberikan kepercayaan untuk menghadapi tantangan baru.

2.3.2.4 *Control*

Kontrol yang dimaksud dalam hal ini adalah mampu mengetahui kapan harus meminta bantuan, memiliki keyakinan yang kuat dari tujuannya dan mampu mengontrol kehidupan yang dimiliki.

2.3.2.5 *Spiritual*

Kepercayaan individu terhadap Tuhan terdapat dalam dimensi ini. Individu terkadang menganggap bahwa nasib atau pertolongan Tuhan dapat membantu. Individu juga percaya bahwa suatu hal terjadi karena sebuah alasan.

2.3.3 Fungsi Resiliensi

Reivich and Shatte (2002) menjelaskan ada beberapa kegunaan atau fungsi dari resiliensi, diantaranya :

2.3.3.1 Mengatasi (*Overcoming*)

Dalam kehidupan yang dijalani biasanya tidak terlepas dari sebuah masalah baik itu ringan atau berat. Terkadang permasalahan itu menimbulkan *stress*, oleh karena itu dibutuhkan resiliensi untuk menghindari serta mengatasi masalah-masalah yang ada. Cara terbaik untuk mengatasi permasalahan yang ada dengan cara merubah pola pikir menjadi lebih positif dan meningkatkan kemampuan untuk mengontrol kehidupan.

2.3.3.2 Melalui Pengendalian (*Steering Trough*)

Dalam menghadapi permasalahan yang ada seorang yang resilien akan menggunakan kemampuan yang bersumber dari dalam dirinya. Seseorang yang resilien tidak memandang dari sudut negatif melainkan mampu melakukan pengendalian-pengendalian masalah dengan cara yang positif tanpa terbebani.

2.3.3.3 Bangkit Kembali (*Bouncing Back*)

Permasalahan yang ada biasanya bersifat traumatik dan menimbulkan *stress* yang tinggi, sehingga diperlukan resiliensi yang tinggi untuk menghadapinya. Kejadian yang bersifat traumatik tersebut biasanya menguras secara emosional dan membutuhkan resiliensi yang bertahap untuk sampai ke tahap penyembuhan diri. Seorang yang resilien mempunyai sebuah keyakinan bahwa mereka dapat mengontrol hasil dari kehidupan mereka, dan mampu kembali ke kehidupan normal secara lebih cepat. Selain itu, seorang yang resilien dapat mengetahui cara untuk berhubungan dengan orang lain sebagai cara untuk mengatasi berbagai permasalahan yang telah mereka rasakan.

2.3.3.4 Menggapai Keluar (*Reaching Out*)

Selain berguna untuk mengatasi pengalaman negatif, *stress*, atau menyembuhkan diri dari trauma, resiliensi juga berguna untuk mendapatkan pengalaman hidup baru yang lebih bermakna dalam mengejar pembelajaran dan pengalaman baru.

2.3.4 Faktor yang membentuk Resiliensi

Menurut Grotberg (1999) terdapat tiga faktor yang membentuk resiliensi seseorang, yaitu :

2.3.4.1 *I Have*

I Have, merupakan faktor dukungan eksternal. Dukungan eksternal yang dimaksud disini adalah yang berasal dari lingkungan di sekitar individu. Melalui *I Have*, diharapkan seseorang merasa memiliki hubungan yang penuh dengan kepercayaan. Hubungan seperti ini dapat diperoleh dari orang tua, anggota keluarga lain, serta teman yang menerima diri individu tersebut.

2.3.4.2 *I Am*

I am, merupakan kekuatan yang berasal dari diri suatu individu. Kekuatan tersebut meliputi perasaan, tingkah laku, dan kepercayaan yang ada dalam diri sendiri.

2.3.4.3 *I Can*

I can, merupakan kemampuan untuk melakukan hubungan sosial dan interpersonal. Individu tersebut dapat meningkatkan kemampuan ini melalui interaksi dengan semua orang yang ada di sekitar. Individu tersebut juga memiliki kemampuan untuk berkomunikasi serta memecahkan masalah dengan baik.

2.3.5 Karakteristik Resiliensi

Wagnild & Young (1993) menjelaskan 5 karakteristik resiliensi, yaitu:

2.3.5.1 *Perseverance*

Suatu sikap individu yang tetap bertahan dalam menghadapi situasi sulit. *Perseverance* juga dapat diartikan keinginan seseorang untuk terus berjuang

dalam mengembalikan kondisi seperti semula. Dalam hal ini dibutuhkan kedisiplinan pada diri individu tersebut.

2.3.5.2 *Equanimity*

Suatu perspektif yang dimiliki oleh individu mengenai hidup dan pengalaman-pengalaman yang dialaminya semasa hidup yang dianggap merugikan. Namun demikian individu harus mampu untuk melihat dari sudut pandang yang lain sehingga individu dapat melihat hal-hal yang lebih positif daripada hal-hal negatif dari situasi sulit yang sedang dialaminya.

2.3.5.3 *Meaningfulness*

Merupakan kesadaran individu bahwa hidupnya memiliki tujuan dan diperlukan usaha untuk mencapai tujuan tersebut. Tujuan mendorong individu untuk melakukan sesuatu dalam hidup tidak terkecuali ketika individu mengalami kesulitan, tujuanlah yang membuat individu terus berjuang menghadapi kesulitan tersebut.

2.3.5.4 *Self-Reliance*

Suatu keyakinan pada diri sendiri dengan memahami kemampuan dan batasan yang dimiliki oleh diri sendiri. Individu yang resilien sadar akan kekuatan yang dimiliki dan menggunakannya dengan benar sehingga dapat menuntun setiap tindakan yang dilakukan. Karakteristik ini didapat dari berbagai pengalaman hidup yang dialami sehari-hari dan dapat meningkatkan keyakinan individu akan kemampuan dirinya sendiri. Individu yang resilien mampu mengembangkan berbagai pemecahan masalah yang dihadapinya.

2.3.5.5 *Existential Aloneness*

Suatu kesadaran bahwa setiap individu unik dan beberapa pengalaman dapat dihadapi bersama namun ada juga yang harus dihadapi sendiri. Individu yang resilien belajar untuk hidup dengan keberdayaan dirinya sendiri. Individu tidak terus-menerus mengandalkan orang lain, dengan kata lain mandiri dalam menghadapi situasi sulit apapun sehingga individu menjadi lebih menghargai kemampuan yang dimilikinya.

2.3.6 Alat ukur Resiliensi

2.3.6.1 Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) dikembangkan oleh Connor & Davidson pada tahun 2003 terdiri dari 25 *item*, masing-masing dinilai pada skala 5-point (0-4), dengan skor yang lebih tinggi mencerminkan resiliensi yang lebih besar. Skala diberikan kepada subyek dalam kelompok berikut: sampel masyarakat, pasien rawat jalan perawatan primer, pasien rawat jalan psikiatri umum, uji klinis gangguan kecemasan umum, dan PTSD. Skala ini menunjukkan bahwa resiliensi adalah dimodifikasi dan dapat membaik dengan pengobatan, dengan peningkatan yang lebih besar sesuai dengan tingkat yang lebih tinggi dari perkembangan secara keseluruhan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Spanyol CD-RISC 10 *item* versi Spanyol yang menunjukkan sifat psikometrik yang baik pada orang dewasa muda dan dengan demikian dapat digunakan sebagai instrumen yang valid dan diandalkan untuk mengukur resiliensi (Pacheco, Martinez, Parra, Gutiérrez, Campayo, dan Vizcaino, 2011). Penelitian lain dengan sampel korban gempa di China, CD-RISC 10 menunjukkan hasil yang sangat baik untuk mengukur resiliensi pada orang China (Li, Zhanbiao, Yuqing & Zhen, 2010).

Sedangkan berdasarkan penelitian Evaluasi Psikometri *Connor-Davidson Resilience* di *Indian Institute of Technology*, Delhi. Sampel terdiri atas 256 peserta (167 laki-laki 89 perempuan) mahasiswa yang sedang mengejar gelar sarjana dan pasca sarjana. CD-RISC pada penelitian ini menunjukkan tingkat reliabel (0.89). Hasil validitas didukung dengan hubungan resiliensi dengan dimensi kepribadian, kepuasan hidup, dan pengaruh negatif dan positif. Resiliensi tidak berkaitan dengan neurotis, pengaruh negatif dan positif terkait dengan variabel lainnya. Penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa CD-RISC merupakan alat ukur yang baik untuk mengukur resiliensi.

2.4 Kerangka Berpikir

Penyakit diabetes biasa dikenal dengan *silent killer* karena sering tidak disadari oleh penyandanginya dan saat diketahui sudah terjadi komplikasi. Diabetes melitus memiliki beberapa tipe yaitu tipe 1, 2 dan gestasional. Berdasarkan hasil penelitian, kebanyakan dari penderita diabetes merupakan pasien diabetes melitus tipe 2 dengan berbagai faktor yang mengakibatkan penyakit tersebut. Pasien diabetes melitus tipe 2 yang biasanya berusia dewasa dengan kisaran 30 tahun keatas. Penyakit ini memiliki berbagai dampak fisik dan psikis pada penderitanya. Berbagai dampak tersebut, mengharuskan pasien memiliki ketahanan mental yang kuat dalam menghadapi penyakitnya. Ketahanan atau kemampuan pasien tersebut yang biasa disebut dengan resiliensi.

Dalam hal ini pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang memiliki tingkat resiliensi tinggi dapat menerima dan beradaptasi dengan keadaannya setelah mengetahui penyakit yang dideritanya. Ketika terjadi beberapa perubahan dalam hidupnya, seperti fisik yang tidak lagi sehat seutuhnya apakah pasien ini dapat menunjukkan proses menerima kenyataan tersebut dan beradaptasi dengan cepat dengan keadaannya.

Dalam mengatasi hal tersebut diperlukannya *strategi coping stress*. *Coping stress* itu sendiri merupakan suatu proses yang dilakukan oleh individu untuk mengurangi kondisi atau sebuah keadaan yang membuatnya *stress*. Berdasarkan teori Carver (1987) terdapat 14 pilihan *coping stress* yaitu *Active coping, Planning, Use of instrumental support, Positive reframing, Behavioral disengagement, Acceptance, Use of emotional support, Denial, Religion, Self-distraction, Humor, Substance use, Self-blame, Venting*.

Dari ke 14 jenis *coping stress* diharapkan mampu untuk membuat resiliensi pada pasien diabetes melitus tipe 2 menjadi lebih baik. Pasien memiliki caranya untuk mengatasi tiap masalah yang ada didalam hidupnya. Dari perbedaan jenis *coping stress* yang dipilih oleh pasien diabetes melitus tipe 2 tersebut akan menghasilkan tingkat resiliensi yang berbeda. Sehingga,

penulis ingin melihat sejauh mana pemilihan *coping stress* yang paling banyak dilakukan oleh pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien.

2.5 Hasil Penelitian Yang Relevan

Dalam sub-bab ini, penulis menguraikan penelitian yang relevan: judul, nama peneliti, tahun penelitian yang telah dilakukan pihak lain sebelumnya, termasuk kesimpulan penelitian tersebut.

- a. Penelitian yang berjudul “*A Person-Focused Analysis of Resilience Resources and Coping in Patients with Diabetes*” yang dilakukan oleh Joyce P. Yi-Frazier, Ronald E. Smith, Peter P. Vitaliano, Jean C. Yi, Scarlett Mai, Matthew Hillman & Katie Weinger. Penelitian ini meneliti tentang resiliensi dan *coping* pada pasien diabetes. Partisipan pada penelitian ini berjumlah 145 pasien dengan diabetes yang berusia 18 sampai 75 tahun. Pengukuran dalam penelitian ini menggunakan 2 pengukuran *coping* (COPE dan Coping styles questionnaires) dan *Personal resources*, dan untuk resiliensi didefinisikan dengan skor pengukuran dari *self-esteem*, *self-efficacy*, *self-mastery* dan *optimism*. Hasil dari penelitian ini menunjukkan link antara coping maladaptif dan resiliensi yang rendah, menunjukkan bahwa dampak resiliensi seseorang dapat untuk mengelola pengobatan yang dilakukan dan gaya hidup yang sulit bagi orang dengan diabetes.
- b. Penelitian yang berjudul “*Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes*” dilakukan oleh S. S. Jaser dan L. E. White. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur dan mengeksplorasi bagaimana dampak strategi *coping stress* (yaitu kualitas hidup, kompetensi dan kontrol metabolik) pada remaja dengan diabetes melitus tipe 1. Partisipan dalam penelitian ini yaitu 30 orang remaja dengan rentang usia 10-16 tahun dan ibunya berasal dari University Diabetic Clinic.

Penelitian ini menggunakan alat ukur The Responses to Stress Questionnaire (RSQ, Connor-Smith et al. 2000). Kesimpulan hasil penelitian ini mendukung penggunaan dari pengukuran perkembangan *coping* oleh para peneliti dan dokter untuk menentukan strategi *coping* yang paling efektif untuk remaja dengan diabetes melitus tipe 1.

- c. Penelitian yang berjudul "*Determining the Efficacy of a Resiliency Training Approach in Adults With Type 2 Diabetes*" oleh Beverly G. Bradshaw, Glenn E. Richardson, Karol Kumpfer, Joseph Carlson, John Stanchfield, James Overall, Ann Marie Brooks, dan Karmeen Kulkarni. Penelitian ini bertujuan menguji efektifitas pendekatan pelatihan resiliensi untuk orang-orang dengan diabetes yang sebelumnya telah menerima standar *self-education* dari diabetes. Metode penelitian ini yaitu teknik A single-blinded yang didesain dengan langkah-langkah berulang (baseline, 3 bulan, 6 bulan) dengan 67 peserta ditunjuk untuk pengobatan seperti biasa ($n = 37$) atau kelas ketahanan ($n = 30$). Variabel hasil tindakan fisiologis termasuk (glikosilasi hemoglobin, ukuran pinggang, makan dan olahraga kebiasaan) dan langkah-langkah psikososial (*self-efficacy*, *locus of control*, dukungan sosial, dan tujuan hidup). Hasil analisis varians menunjukkan bahwa intervensi kelompok memiliki kadar resiliensi seperti dilansir mengetahui cara positif untuk mengatasi diabetes terkait *stress*, cukup mengetahui tentang diri mereka sendiri untuk membuat pilihan diabetes yang benar, bersenang-senang dalam hidup, makan sehat, dan meningkatkan aktivitas fisik dibandingkan dengan kelompok kontrol pada 3 bulan ($P < .05$).

BAB III

METODELOGI PENELITIAN

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

3.1 Tipe Penelitian

Tipe penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif menekankan analisisnya pada data-data angka yang diolah dengan metode statistika (Azwar, 2010). Desain penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif, yaitu penulis tidak membuat perbandingan antar variabel namun mendeskripsikan fenomena berdasarkan data-data yang diperoleh di lapangan.

3.2 Identifikasi dan Operasionalisasi Variabel Penelitian

3.2.1 Identifikasi Variabel Penelitian

Penelitian deskriptif kuantitatif hanya menggunakan satu variabel penelitian untuk menjelaskan fenomena (Sugiyono, 2010). Variabel yang digunakan berdiri secara mandiri dan tidak dilakukan perbandingan atau pencarian hubungan dengan variabel lainnya. Variabel yang digunakan adalah *coping stress* yang memiliki 14 dimensi yang akan mengukur *coping stress* pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien.

3.2.2 Definisi Konseptual

Definisi konseptual *coping stress* adalah suatu proses yang dilakukan oleh individu untuk mengurangi kondisi atau keadaan yang membuatnya *stress*.

3.2.3 Definisi Operasional

Definisi Operasional *coping stress* adalah suatu konstruk yang mengukur bagaimana cara individu dalam mengatasi kondisi *stress* yang dialaminya yang ditinjau melalui mean skor per dimensi dari instrumen *The Brief COPE* dengan 14 dimensi seperti yang dikemukakan oleh Carver.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas: subjek dan objek dengan kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian di tarik kesimpulan (Sangadji & Sopiah, 2010). Teknik pengambilan populasi ini adalah populasi terjangkau, yaitu populasi target yang dapat mudah dijangkau oleh penulis biasanya dibatasi oleh waktu dan tempat. Adapun karakteristik populasi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Berusia \geq 20 tahun
- b. Berdomisili DKI Jakarta
- c. Memiliki tingkat resiliensi yang tinggi

Berdasarkan karakteristik populasi dalam penelitian ini yaitu pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien di DKI Jakarta. Populasi ini diambil karena DKI Jakarta merupakan wilayah yang mudah dijangkau oleh penulis.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sangadji & Sopiah, 2010). Dalam penelitian ini, sampel yang digunakan adalah pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien di DKI Jakarta. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *non*

probability sampling, yaitu teknik sampling yang tidak berdasarkan peluang sehingga tidak semua anggota populasi memiliki kesempatan yang sama untuk menjadi anggota sampel penelitian (Sugiyono, 2003).

Teknik sampling non probabilitas yang peneliti gunakan adalah sampling purposive pada responden dewasa pasien diabetes melitus tipe 2 di DKI Jakarta. Roscone (dalam Sugiyono, 2010) menyatakan bahwa ukuran sampel yang layak dalam penelitian adalah 30 sampai dengan 500. Maka sampel yang digunakan dalam penelitian ini sebanyak 47 sampel.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik angket (kuisisioner). Menurut Sangadji & Sopiha (2010), teknik angket (kuisisioner) adalah metode pengumpulan data yang dilakukan untuk mengumpulkan data dengan cara membagi daftar pertanyaan kepada responden agar ia memberikan jawabannya. Penulis memberikan kuisisioner kepada responden secara langsung. Hal ini dilakukan agar timbul rasa nyaman, kepercayaan dan terbuka responden terhadap penulis, sehingga pada saat pengisian diharapkan responden benar-benar mengisi sesuai dengan keadaan dirinya yang sebenarnya.

Dalam penelitian ini terdapat dua buah alat ukur yang digunakan, yaitu alat ukur resiliensi dan alat ukur *coping stress*. Skala pengukuran yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan skala Likert. Skala Likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial (Sugiyono, 2010).

3.4.1 Skala *Coping Stress*

Untuk mengukur *coping stress*, penulis menggunakan alat ukur *The Brief COPE* oleh Carver, dkk (1993) dengan jumlah dimensi 14 dan 28 *item*. Skala ini merupakan multidimensional. Penulis menggunakan alat ukur versi singkat

yang sebelumnya dengan skala COPE (1989). Pengukuran *The Brief COPE* menggunakan skala Likert dengan rentang 1 sampai 4, dengan skor (1-4).

Tabel 3.1
Kisi-Kisi Instrumen *Coping Stress*

Dimensi	Indikator	Kategori Item Fav	Jumlah
<i>Active coping</i>	1. Mengambil langkah aktif dalam segala situasi	1	2
	2. Melakukan tindakan guna menghilangkan stressor	2	
<i>Planning</i>	1. Mendatangkan strategi untuk bertindak,	3	2
	2. Memikirkan tentang langkah apa yang harus diambil untuk menangani masalah tersebut.	4	
<i>Positive Reframing</i>	1. Melepaskan emosi yang dirasakan,	5	2
	2. Mengatur emosi yang berkaitan dengan stress yang dialami.	6	

<i>Acceptance</i>	2	Menerima suatu realitas	7	2
	3	Berupaya untuk menangani situasi tersebut.	8	
<i>Humor</i>	6.	Membuat lelucon mengenai masalah yang dihadapinya.	9, 10	2
<i>Religion</i>	1.	Menyelesaikan masalah dengan melakukan aktivitas keagamaan	11,	2
	2.	Menenangkan diri sesuai agama dan kepercayaannya.	12	
<i>Using Emotional Support</i>	1.	Mendapatkan dukungan moral, simpati, atau pengertian dari orang lain	13, 14	2
<i>Using Instrumental Support</i>	1.	Mencari nasehat, pertolongan atau informasi dari orang lain.	15, 16	2

Dimensi	Indikator	Kategori Item Fav	Jumlah
<i>Self-Distracton</i>	1. Mengalihkan diri dari kondisi yang dihadapinya.	17, 18	2
<i>Denial</i>	1. Menyangkal realitas yang memungkinkan masalah tersebut.	19, 20	2
<i>Venting</i>	1. Mengungkapkan atau mengekspresikan emosi secara bebas.	21, 22	2

<i>Substance use</i>	1.	Menggunakan zat-zat seperti alkohol (miras), obat-obatan terlarang (narkoba) dan merokok untuk melupakan masalah.	23, 24	2
<i>Behavioral Disengagement</i>	1.	Menyerah dalam mengatasi masalah tersebut.	25, 26	2
<i>Self-Blame</i>	1.	Menyalahkan diri sendiri dalam menghadapi sebuah masalah.	27, 28	2
Total				28

Tabel 3.2
Daftar skor Instrumen *Coping Stress*

Pernyataan	Tidak Pernah	Jarang	Sering	Sangat Sering
<i>Favorable</i>	1	2	3	4

Setiap *item coping stress* diberi pilihan dari *range* tidak pernah sampai sangat sering. Dalam skala ini tidak terdapat pula item *Unfavorable*.

3.4.2 Skala Resiliensi

Untuk mengukur resiliensi, penulis menggunakan alat ukur resiliensi Connor-Davidson Resilience Scale 25 (CD-RISC 25) yang disusun oleh Connor-Davidson (2003). CD-RISC 25 terdiri dari 5 dimensi, 25 *item* dan skala 5 *point* (0-4), dengan skor yang lebih tinggi mencerminkan resiliensi

yang lebih besar. Penjelasan *blueprint* instrumen dapat dilihat pada tabel di bawah ini

Tabel 3.3
Kisi-kisi Instrumen Resiliensi

Dimensi	Indikator	No <i>item</i> Fav	Jumlah
1. <i>Reflect Personal Competence, High Standart and Tenacity</i>	1. Menunjukkan yang terbaik tak peduli apapun.	10	8
	2. Keyakinan tujuannya.	11	
	3. Tidak mudah putus asa oleh sebuah kegagalan atau masalah.	12, 16	
	4. Membuat <i>mindset</i> bahwa “kita adalah orang yang kuat”.	17	
	5. Individu menyukai tantangan.	23	
	6. Berusaha untuk mencapai tujuan.	24	
	7. Bangga dengan keberhasilan yang dimiliki	25	
Dimensi	Indikator	No <i>Item</i> Fav	Jumlah
2. <i>Trust in one’s instinct,</i>	1. Menunjukkan sisi humoris dalam permasalahan	6	7

<i>Tolerance of negative effect, and strengthening effect of stress</i>	yang ada.		
	2. Memiliki pengalaman menangani <i>stress</i> .	7	
	3. Individu mampu untuk fokus, tetap berpikiran jernih.	14	
	4. Memilih untuk menjadi pemimpin dalam mengambil pilihan untuk memecahkan masalah.	15	
	5. Membuat keputusan yang sulit.	18	
	6. Menangani perasaan tidak menyenangkan.	19	
	7. Bertidak atas sebuah dugaan atau firasat.	20	
3. <i>Positive acceptance of change and secure relationship</i>	1. Menunjukkan kemampuan beradaptasi dengan perubahan yang ada.	1	5
	2. Memiliki hubungan yang dekat dan berlandaskan hubungan yang saling percaya.	2	
	3. Menunjukkan kemampuan menangani apa pun yang akan terjadi.	4	

Dimensi	Indikator	No Item Fav	Jumlah
4 <i>Control</i>	4. Kesuksesan di masa lampau mampu memberikan kepercayaan untuk menghadapi tantangan yang baru.	5	3
	5. Bangkit kembali setelah mengalami kesulitan.	8	
	c. Mengetahui kapan harus meminta bantuan.	13	
	d. Memiliki keyakinan yang kuat dari tujuannya.	21	
5 <i>Spiritual</i>	3. Mengontrol kehidupan yang dimiliki.	22	2
	1. Memiliki kepercayaan terhadap Tuhan.	3	
	2. Memiliki keyakinan bahwa sesuatu terjadi ada alasannya.	9	
Total		25	25

Tabel 3.4
Daftar skor Instrumen Resiliensi

Pernyataan	Tidak	Kurang	Agak	Setuju	Sangat
-------------------	--------------	---------------	-------------	---------------	---------------

	Setuju	Setuju	Setuju		Setuju
<i>Favorable</i>	0	1	2	3	4

Pada instrumen resiliensi ini tidak terdapat *item unfavorable*. Semua *item* terdiri *favorable* sehingga range skor 0-4.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Pada penelitian ini terbagi menjadi dua tahap yaitu tahap sebelum ke lapangan (pra-lapangan) dan tahap pekerjaan lapangan. Pada instrumen *Coping Sress* mengadopsi instrumen dari Carver dan rekan-rekan, lalu selanjutnya dilakukan *back-translate* oleh para ahli di Lembaga Bahasa. Untuk instrumen Resiliensi, tidak dilakukan *translate-back translate* oleh seorang ahli dikarenakan penulis telah mendapatkan versi bahasa Indonesia oleh Peneliti sebelumnya dan sudah melalui tahap korespondensi langsung. Oleh karena itu, penulis melakukan adaptasi langsung untuk alat ukur resiliensi. Setelah proses ini, selanjutnya penulis melakukan *expert judgement* kepada pembimbing skripsi dan ahli pada bidang psikologi.

Pada penelitian ini, penulis memberikan kuesioner secara langsung kepada responden. Kuesioner (*questionnaire*) merupakan suatu bentuk instrumen pengumpulan data yang sangat luwes dan relatif mudah digunakan. Selain itu, dengan memberikan kuesioner secara langsung, penulis dapat melakukan observasi pada saat pengisian kuesioner sehingga diharapkan responden benar-benar mengisi sesuai dengan keadaan dirinya yang sebenarnya.

Dalam penelitian ini terdapat dua alat ukur yang digunakan, yaitu alat ukur Resiliensi dan alat ukur *Coping Stress*.

3.6 Pengujian Validitas dan Reliabilitas Instrumen

3.6.1 Pengujian Validitas

Penulis melakukan *expert judgment* kepada dosen psikologi. Selanjutnya, penulis melakukan uji coba kepada sampel. Sampel uji coba dalam penelitian ini berjumlah 40 orang. Penulis menggunakan kuesioner dalam melakukan tahap uji coba. Hasil dari uji coba tersebut nantinya akan digunakan untuk menguji validitas dan reliabilitas instrumen dalam penelitian ini.

Setelah uji coba dilakukan, penulis melakukan uji analisis dengan menggunakan program SPSS 16.0. Salah satu persyaratan umum mengenai validitas *item* dalam sebuah penelitian adalah bahwa sebuah *item* dapat dikatakan mempunyai validitas yang tinggi jika korelasi *item*-total positif dan nilainya lebih besar dari pada r kriteria yang ditetapkan, yaitu 0,3 (Azwar, 2010). Namun, pada penelitian ini, r kriteria yang digunakan sebesar 0,2 (Azwar, 2013 & Field 2009). Jika nilai korelasi *item*-total positif yang didapat lebih kecil dari r kriteria, maka *item* tersebut dikatakan tidak valid (drop) dan selanjutnya, tidak digunakan dalam proses analisis data.

Tabel 3.5
Hasil Uji Validitas Instumen *Coping Stress*

Dimensi	Butir pernyataan <i>Favorable</i>	Jumlah butir
<i>Active Coping</i>	1, 2	2
<i>Planning</i>	3, 4	2
<i>Positive Reframing</i>	5, 6	2
<i>Acceptance</i>	7, 8	2
<i>Humor</i>	9, 10	2

<i>Religion</i>	11, 12	2
<i>Using</i>		
<i>instrumental</i>	13, 14	2
<i>support</i>		
<i>Using emotional</i>	15, 16	2
<i>support</i>		
<i>Self Distraction</i>	17, 18	2
<i>Denial</i>	19, 20	2
<i>Venting</i>	21, 22	2
<i>Substance use</i>	23, 24	2
<i>Behavioral</i>	25, 26	2
<i>Disengagement</i>		
Dimensi	Butir pernyataan	Jumlah butir
	<i>Favorable</i>	
<i>Self-Blame</i>	27, 28	2
Jumlah Item	28	28
Item gugur (*)	0	0

Berdasarkan data tersebut dari 28 *item* instrumen *coping stress* tidak terdapat *item* yang gugur (drop) sama seperti instrumen resiliensi. Tiap-tiap *item* memiliki nilai korelasi *item*-total lebih besar dari pada r kriteria. Sehingga peneliti dapat melanjutkan uji reliabilitas dengan menggunakan data tersebut.

Tabel 3.6
Hasil uji Validitas Instrumen Resiliensi

Dimensi	Butir pernyataan	Jumlah butir
	<i>Favorable</i>	

<i>Reflect Personal Competence, High Standart and Tenancity</i>	10, 11, 12, 16, 17, 23, 24, 25	8
<i>Trust in one's instinct, Tolerance of negative effect, and strengthening effect of stress</i>	6, 7, 14, 15, 18, 19, 20	7
<i>Positive acceptance of change and secure relationship</i>	1, 2, 4, 5, 8,	5
<i>Control</i>	13, 21, 22	3
<i>Spiritual</i>	3, 9	2
Jumlah Item	25	25
Item gugur (*)	0	0

Berdasarkan hasil perhitungan seperti yang telah dijelaskan pada tabel di atas, tidak terdapat item yang gugur (drop) karena memiliki nilai korelasi item-total lebih besar dari pada r kriteria sehingga dapat digunakan untuk proses analisis selanjutnya.

3.6.2 Pengujian Reliabilitas

Reliabilitas pada penelitian adalah tingkat kepercayaan terhadap instrumen. Menurut Azwar (2010) reliabilitas sebenarnya mengacu kepada konsistensi atau kepercayaan hasil ukur, yang mengandung makna kecermatan pengukuran. Pengukuran yang tidak reliabel akan menghasilkan skor yang tidak dapat dipercaya. Bila hal tersebut terjadi pada sebuah pengukuran, maka pengukuran tidak akan konsisten pula dari waktu ke waktu.

Reliabilitas instrumen dinyatakan dalam koefisien reliabilitas ($r_{xx'}$), yang angkanya berada dalam rentang 0 sampai 1 (Azwar, 2010). Semakin

koefisien reliabilitas mendekati angka 1 maka menandakan semakin tinggi reliabilitas instrument tersebut. Pengklasifikasian koefisien reliabilitas instrumen yang dikemukakan oleh Guilford dapat dilihat pada tabel berikut ini (dalam Rangkuti, 2012) :

Tabel 3.7

Kaidah Reliabilitas Guildford

Koefisien Reliabilitas	Kriteria
> 0.9	Sangat Reliabel
0.7 – 0.9	Reliabel
0.4 – 0.69	Cukup Reliabel
0.2 – 0.39	Kurang Reliabel
< 0.2	Tidak Reliabel

Dalam penelitian ini, kedua variabel yang digunakan terdiri dari beberapa konstruk psikologi. Menurut Rangkuti (2012) jika suatu instrumen terdiri dari beberapa faktor/dimensi, maka konsep dan rumus Alpha Cronbach kurang tepat digunakan untuk menghitung realibilitas instrumen. Konsep dan rumus yang tepat digunakan adalah rumus skor komposit. Untuk mengukur reliabilitas dengan menggunakan skor komposit, terlebih dahulu melakukan perhitungan reliabilitas per faktor/dimensi dengan menggunakan rumus Alpha Cronbach.

Penelitian ini terdiri dari dua instrumen yaitu instrumen resiliensi dan *coping stress*. Instrumen resiliensi terdiri dari 5 dimensi. Perhitungan reliabilitas perdimensi dilakukan dengan menggunakan rumus Alpha Cronbach. Berikut hasil perhitungan reliabilitas perdimensi instrumen resiliensi :

Instrumen yang kedua yaitu *coping stress*. Instrumen *coping stress* ini terdiri dari 14 dimensi. Masing-masing dimensi terdiri dari 2 item. Instrumen

ini merupakan multidimensional sehingga untuk mengukur reliabilitas sama dengan instrumen resiliensi yaitu dengan menggunakan rumus Alpha Cronbach dan dilanjutkan dengan skor komposit. Berikut ini hasil perhitungan reliabilitas per dimensi instrumen *coping stress* :

Tabel 3.8
Reliabilitas Perdimensi Instrumen *Coping Stress (The Brief Cope)*

Dimensi	Koefisien reliabilitas
<i>Active Coping</i>	0,609
<i>Planning</i>	0,764
<i>Positive Reframing</i>	0,510
<i>Acceptance</i>	0,722
<i>Humor</i>	0,611
<i>Religion</i>	0,629
<i>Using Emotional Support</i>	0,633
<i>Using Instrumental Support</i>	0,757
<i>Self Distraction</i>	0,703
<i>Denial</i>	0,561
<i>Venting</i>	0,868
<i>Substance Use</i>	0,904
<i>Behavioral Disengagement</i>	0,896
<i>Self-Blaming</i>	0,838

Setelah realibilitas perdimensi didapatkan, maka untuk menghitung reliabilitas instrument keseluruhan menggunakan rumus skor komposit seperti terlihat berikut ini:

Berdasarkan hasil perhitungan skor komposit, maka dapat diperoleh skor reliabilitas instrumen *coping stress* sebesar 0,8910 yang artinya reliabel.

Penulis tidak melakukan modifikasi instrumen pada variabel ini, dikarenakan penulis melakukan adaptasi langsung tanpa merubah butir *item* yang terdapat pada instrumen tersebut. Hal tersebut dilakukan sesuai dengan kesepakatan korespondensi dengan pemilik instrumen resiliensi.

Tabel 3.9
Reliabilitas Perdimensi Instrumen Resiliensi

Dimensi	Koefisien Reliabilitas
<i>Reflect Personal Competence, High Standart and Tenacity</i>	0,738
<i>Trust in one's instinct, Tolerance of negative effect, and strengthening effect of stress</i>	0,798
<i>Positive acceptance of change and secure relationship</i>	0,788
<i>Control</i>	0,621
<i>Spiritual</i>	0,568

Setelah reliabilitas perdimensi didapatkan, maka untuk menghitung realibilitas instrument keseluruhan menggunakan rumus skor komposit seperti terlihat berikut ini:

= 0,903

Berdasarkan hasil perhitungan diatas, maka reliabilitas instrumen resiliensi adalah 0,903 yang artinya instrumen tersebut sangat reliabel.

3.7 Modifikasi Instrumen

3.7.1 Instrumen *Coping Stress*

Peneliti melakukan modifikasi terhadap beberapa *item* dalam instrumen *coping stress*. Modifikasi yang dilakukan yaitu:

1. Bentuk modifikasi yang dilakukan pada instrumen ini seluruhnya berupa perubahan kata masalah dengan penyakit, sehingga dapat menggambarkan dengan jelas keadaan yang dimaksud oleh peneliti.
2. Pada dimensi *substance use*, peneliti menambahkan kata “merokok” ke dalam setiap item yaitu *item* nomer 23 dan 24.

3.7.2 Instrumen Resiliensi

Peneliti tidak melakukan modifikasi instrumen pada variabel ini, dikarenakan peneliti melakukan adaptasi langsung tanpa merubah butir *item* yang terdapat pada instrumen tersebut. Hal tersebut dilakukan sesuai dengan kesepakatan korespondensi dengan pemilik instrumen resiliensi.

3.8 Analisis Data

Data dalam penelitian ini diperoleh dari hasil instrumen resiliensi dan instrumen *coping stress*. Hasil tersebut kemudian diolah secara kuantitatif deskriptif dengan menggunakan bantuan program aplikasi SPSS versi 16.0 untuk mengetahui hasil deskripsi data penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini memaparkan hasil laporan penelitian yang akan diuraikan yaitu gambaran data dari hasil penelitian, mengenai *coping stress* pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien.

4.1 Gambaran Subjek Penelitian

4.1.1 Jenis Kelamin

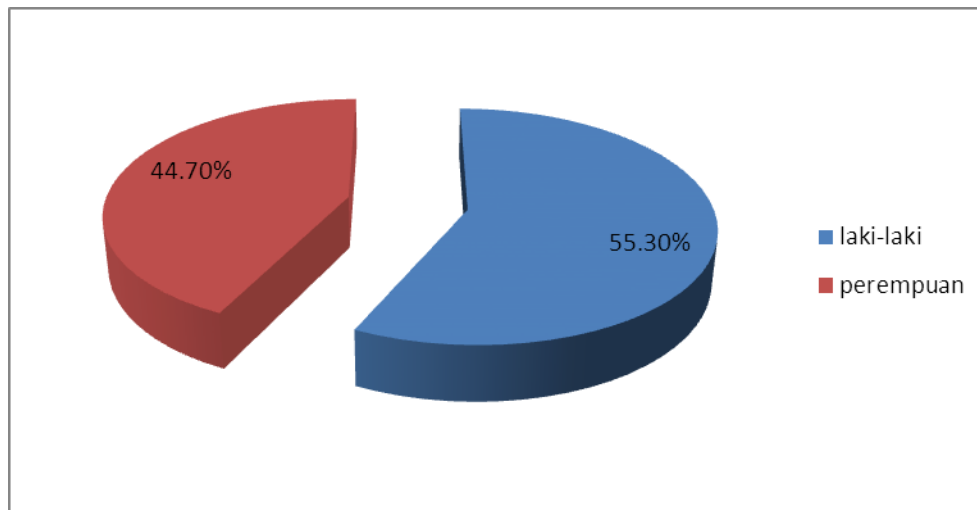
Tabel 4.1.

Jumlah Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
1	Laki-laki	26	55.3 %
2	Perempuan	21	44.7%
	Jumlah	47	100%

Melalui gambar tabel di atas, maka dapat diketahui bahwa jumlah responden berdasarkan jenis kelamin laki-laki sebanyak 26 responden (55.3%%) dan perempuan sebanyak 21 responden (44.7%). Data tersebut memperlihatkan bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah laki-laki.

Jika digambarkan melalui grafik, maka hasilnya adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1.

Presentase Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

4.1.2 Usia

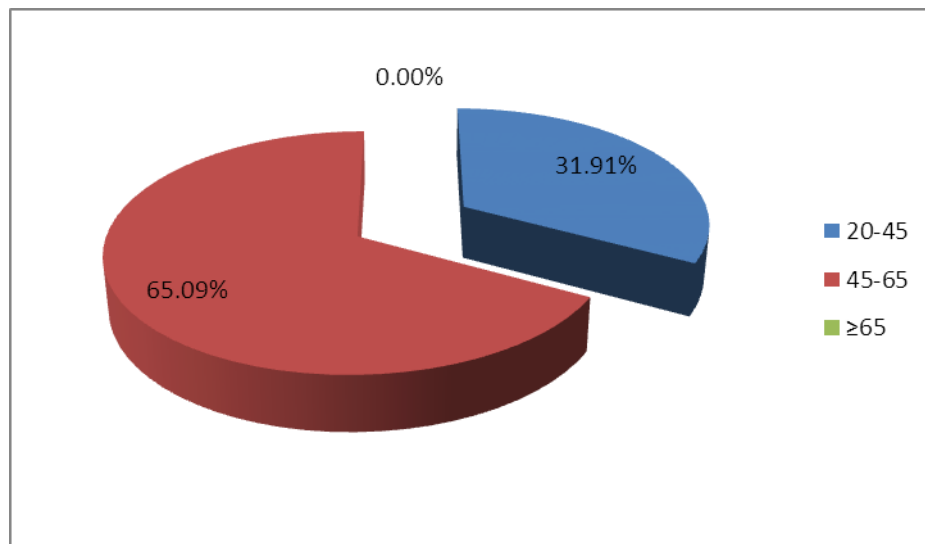
Pada penelitian ini, penulis menentukan batas minimal usia responden yaitu 20 tahun. Menurut Levinson (Dalam Papalia, 2009) usia dewasa awal dimulai dari usia 17 tahun hingga 45 tahun, dewasa tengah mulai usia 46 hingga 65 tahun dan dewasa akhir dimulai usia 65 hingga akhir hidup. Dalam menentukan rentang usia, peneliti tidak membaginya berdasarkan teori tertentu, peneliti hanya menentukan rentang usia berdasarkan usia responden yang terjaring.

Tabel 4.2.
Jumlah Responden berdasarkan Usia

No.	Usia	Jumlah Responden	Presentase
1	Dewasa Muda (20 – 40)	15	31.91 %
2	Dewasa Tengah (40-65)	32	68.09%
3	Dewasa Akhir (≥ 65)	0	-
Jumlah		47	100%

Melalui gambar tabel di atas, maka dapat diketahui bahwa jumlah responden berdasarkan rentang usia 20 – 40 tahun sebanyak 15 reponden (31.91%), 41 - 65 tahun sebanyak 32 responden (68.09%). Data tersebut memperlihatkan bahwa jumlah responden yang paling banyak berada di rentang umur 40 - 65 tahun dalam tahapan dewasa tengah.

Jika digambarkan dengan grafik, maka hasilnya seperti berikut :



Gambar 4.2.
Presentase Responden Berdasarkan Usia

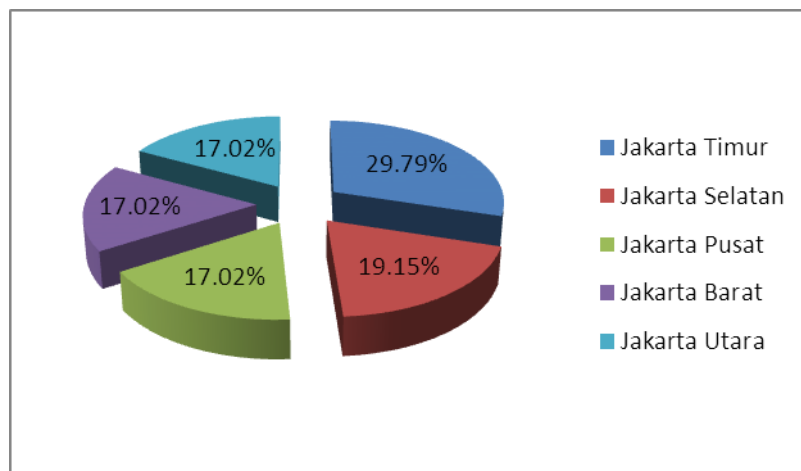
4.1.3 Domisili

Tabel 4.3.
Jumlah Responden berdasarkan Domisili

No.	Usia	Jumlah Responden	Presentase
1	Jakarta Timur	14	29.79%
2	Jakarta Selatan	9	19.15%
3	Jakarta Pusat	8	17.02%
4	Jakarta Barat	8	17.02%
5	Jakarta Utara	8	17.02%
Jumlah		47	100%

Melalui gambar tabel di atas, maka dapat diketahui bahwa jumlah responden berdasarkan Domisili Jakarta Timur sebanyak 14 responden (29.79%), Jakarta Selatan sebanyak 9 responden (19.15%), Jakarta Pusat sebanyak 8 responden (17.02%), Jakarta Barat sebanyak 8 responden (17.02%), dan Jakarta Utara sebanyak 8 responden (17.02%). Data tersebut memperlihatkan bahwa jumlah responden yang paling banyak berada di daerah Jakarta Timur.

Jika digambarkan melalui grafik, maka hasilnya adalah sebagai berikut:



Gambar 4.3.
Presentase Responden Berdasarkan Domisili

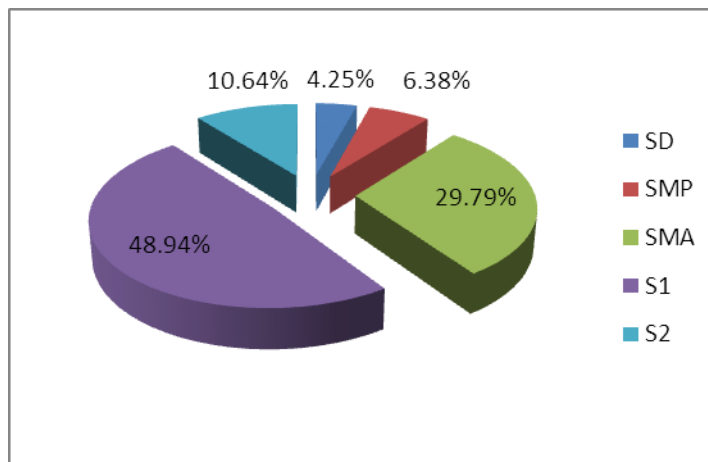
4.1.4 Pendidikan Terakhir

Tabel 4.4.
Jumlah Responden berdasarkan Pendidikan

No.	Pendidikan	Jumlah Responden	Presentase
1	SD	2	4.25%
2	SMP	3	6.38%
3	SMA	14	29.79%
4	S1	23	48.94%
5	S2	5	10.64%
Jumlah		47	100%

Melalui gambar tabel di atas, maka dapat diketahui bahwa jumlah responden berdasarkan pendidikan SD sebanyak 2 responden (4.25%), SMP sebanyak 3 responden (6.38%), SMA sebanyak 14 responden (29.79%), S1 sebanyak 23 (48.94%), dan S2 sebanyak 5 responden (10,2%). Data tersebut memperlihatkan bahwa tingkat pendidikan S1 terbanyak.

Jika digambarkan melalui grafik, maka hasilnya adalah sebagai berikut:



Gambar 4.4.

Presentase Responden Berdasarkan Pendidikan

4.1.5 Lama Waktu Terdiagnosa

Tabel 4.5.

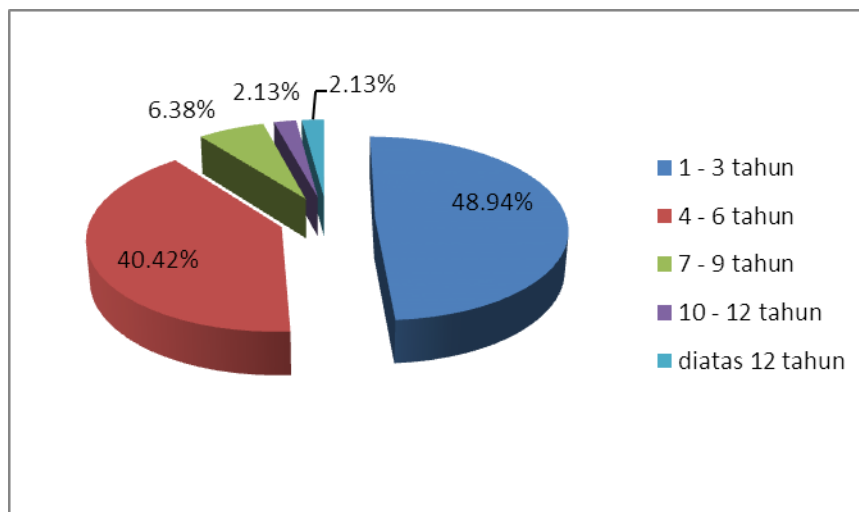
Jumlah Responden berdasarkan Lama Waktu Terdiagnosa

No.	Rentang waktu	Jumlah Responden	Presentase
1	1 – 3 tahun	23	48.94%
2	4 – 6 tahun	19	40.42%
3	7 – 9 tahun	3	6.38%

No.	Rentang waktu	Jumlah Responden	Presentase
4	10 – 12 tahun	1	2.13%
5	Diatas 12 tahun	1	2.13%
Jumlah		49	100%

Melalui gambar tabel di atas, dapat diketahui bahwa jumlah responden berdasarkan lama waktu terdiagnosa diabetes melitus tipe 2 selama 1 – 3 tahun sebanyak 23 responden (48.94%), 4 – 6 tahun sebanyak 19 responden (40.42%), 7 – 9 tahun sebanyak 3 responden (6.38%), 10 – 12 tahun (2.13%), dan di atas 12 tahun sebanyak 1 responden (2.13%). Data tersebut memperlihatkan bahwa responden terbanyak pada rentang waktu 1 – 3 tahun.

Jika digambarkan melalui grafik, maka hasilnya adalah sebagai berikut:



Gambar 4.5.

Presentase Responden Berdasarkan Lama Waktu Terdiagnosa

4.1.6 Pemilihan *Coping Stress*

Dalam penelitian ini, terdapat 14 macam *Coping Stress* yang terdapat dalam variabel ini yaitu *Active Coping*, *Planning*, *Positive Reframing*, *Accepting*, *Humor*, *Religion*, *Using Emotional Support*, *Using Instrumental Support*, *Self-Distraction*, *Denial*, *Venting*, *Substance Use*, *Behavioral Disengagement*, dan *Self-Blame*. Kategori-kategori ini berdasarkan dimensi-dimensi yang terpisah dan masing-masing kategori *Coping* diungkap melalui *item-item* yang berbeda dan memiliki skor tersendiri.

Kategorisasi skor *Coping* dihitung menggunakan skor standar (*Z score*) untuk menggolongkan subyek ke dalam kategori *Coping Stress*. Kriteria yang digunakan adalah dengan melihat keberadaan dari skor standar (*Z score*) yang tertinggi dari tiap responden.

Tabel 4.6
Kategorisasi Skor *Coping Stress*

Kategori	Frekuensi	Presentase
<i>Active Coping</i>	10	21%
<i>Planning</i>	2	4%
<i>Positive Reframing</i>	4	6%
<i>Acceptance</i>	3	11%
<i>Humor</i>	2	2%
<i>Religion</i>	1	2%
<i>Using Emotional Support</i>	2	8%
<i>Using Instrumental Support</i>	1	4%
<i>Self Distraction</i>	3	6%

Kategori	Frekuensi	Presentase
<i>Denial</i>	3	6%
<i>Venting</i>	6	8%
<i>Subtance Use</i>	5	14%
<i>Behavioral Disengagement</i>	4	4%
<i>Self-Blame</i>	1	4%
Jumlah	47	100%

Dari hasil Z score tiap responden, dapat disimpulkan bahwa responden yang tergolong ke dalam kategori *Active Coping* sebanyak 10 responden (21%), *Planning* sebanyak 2 responden (4%), *Positive Reframing* sebanyak 4 responden (6%), *Acceptance* sebanyak 3 responden (11%), *Humor* sebanyak 2 responden (2%), *Religion* sebanyak 1 responden (2%), *Emotional* sebanyak 2 responden (8%), *Instrumental* sebanyak 1 responden (4%), *Self-distraction* sebanyak 3 responden (6%), *Denial* sebanyak 3 responden (6%), *Venting* sebanyak 6 responden (8%), *Subtance Use* sebanyak 5 responden (14%), *Behavioral Disengagement* sebanyak 4 responden (4%), dan *Self-Blame* sebanyak 1 responden (4%). Hasilnya ke 14 kategori terwakili oleh responden sehingga untuk melanjutkan analisis data, penulis menggunakan semua kategori *coping stress*.

4.2 Prosedur Penelitian

4.2.1 Persiapan Penelitian

Langkah pertama yang dilakukan penulis adalah bertemu dengan dosen pembimbing yang telah diberikan pihak jurusan untuk memulai penelitian. Penulis berdiskusi dengan dosen pembimbing untuk menentukan topik penelitian apa yang akan dilakukan. Dosen pembimbing mengarahkan

penulis untuk melakukan penelitian payungan. Dalam menentukan topik penelitian, penulis berdiskusi dengan rekan penulis lainnya serta dosen pembimbing. Pada akhirnya, penulis dan dosen pembimbing sepakat untuk meneliti Resiliensi sebagai topik penelitian dan menjadi *dependent variable* penelitian payung oleh tiga rekan penulis lainnya. Kemudian untuk *independent variable* ditentukan oleh penulis yaitu *coping stress*. Langkah selanjutnya, penulis memulai penulisan untuk bab I. Pada bab ini penulis menjelaskan fenomena-fenomena yang terkait dengan kedua variabel penelitian. Setelah itu, penulis mencari referensi-referensi literatur yang terkait dengan topik penelitian. Dalam proses tersebut, penulis juga melakukan diskusi beberapa kali dengan dosen pembimbing untuk memperkuat bab I dan tinjauan teori untuk bab II. Diskusi juga dilakukan dengan rekan penulis untuk mencari ladsan teoretis topik penelitian.

Dalam penentuan alat ukur penelitian, penulis mencari alat ukur dari jurnal-jurnal yang relevan dan juga melalui internet. Untuk variabel Resiliensi, penulis mengadopsi instrumen *CD-RISC* dari Connor Davidson (2003). Instrumen ini terdiri dari 5 dimensi, yaitu *Reflect Personal Competence & High Standart and Tenacity, Trust in one's instinct, Tolerance of negative effect, and strengthening effect of stress, Positive acceptance of change and secure relationship, Control, dan Spiritual*. Skala yang digunakan adalah skala Likert 5 poin. Penulis mendapatkan instrumen secara langsung dari penulis dengan melakukan korespondensi. Penulis memberikan instrumen yang sudah berbahasa Indonesia, sehingga penulis tidak perlu melakukan *back-translate*. Pemilik instrumen juga tidak menyarankan untuk melakukan modifikasi instrumen.

Pada variabel *coping stress*, penulis mendapatkan instrumen dari jurnal-jurnal yang melakukan penelitian *coping stress*. Hasilnya penulis menggunakan instrumen *The Brief COPE*. Alat ukur ini dikembangkan oleh Carver pada tahun 1993. Sebelumnya alat ukur ini bernama *COPE*, dan *The Brief COPE* merupakan versi singkatnya. Alat ukur ini juga merupakan

multidimensional terdiri dari 14 dimensi. Skala yang digunakan yaitu skala Likert dengan rentang 1-4 poin.

Penulis berdiskusi dengan dosen pembimbing untuk menggunakan instrumen tersebut. Setelah dosen pembimbing menyetujui penulis melakukan *back-translate*, lalu perbaikan kuesioner melalui *expert judgement*. Penulis melakukan uji coba untuk menguji validitas dan reliabilitas alat ukur resiliensi dan *coping stress*. Uji coba ini dilakukan kepada 40 pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 dalam waktu 1 minggu. Hasil dari uji coba kemudian dilakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen. Dari hasil uji validitas, didapatkan *item-item* valid yang dapat digunakan untuk pengambilan data final penelitian.

4.2.2 Pelaksanaan Penelitian

Pengambilan data dilakukan dengan cara memberikan kuesioner langsung kepada responden. Penelitian ini dilaksanakan selama tanggal 19 sampai 24 Juni 2015. Responden yang digunakan dalam pelaksanaan penelitian ini berjumlah 49. *Item-item* yang digunakan pada pelaksanaan penelitian adalah *item* yang sudah valid, yaitu dengan total 53 *item*. 25 *item* berasal dari alat ukur Resiliensi (CD-RISC) dan 28 *item* *Coping Stress* (The Brief Cope).

4.2.3 Kategorisasi Populasi

Berdasarkan populasi terjangkau yang didapatkan penulis sebanyak 49 pasien dewasa diabetes melitus tipe 2. Penelitian ini dilanjutkan menghitung jumlah pasien yang dinyatakan resilien untuk melakukan proses perhitungan selanjutnya. Perhitungan kategorisasi skor resiliensi dihitung menggunakan mean teoretik. Dapat disimpulkan bahwa responden yang memiliki skor total lebih dari 50, dikategorisasikan tinggi. Responden yang memiliki skor di bawah 50 dikategorisasikan rendah.

Berikut ini distribusi skor resiliensi :

Tabel 4.7
Kategorisasi Skor Resiliensi

Pedoman Mean Teoritik	Kategori	Skor	Frekuensi	Presentase
Total Item X Kategorisasi	Tinggi	$X \geq 50$	47	95.91%
	Rendah	$X < 50$	2	4.09%
	Total		49	100%

4.3 Hasil Analisis Data Penelitian

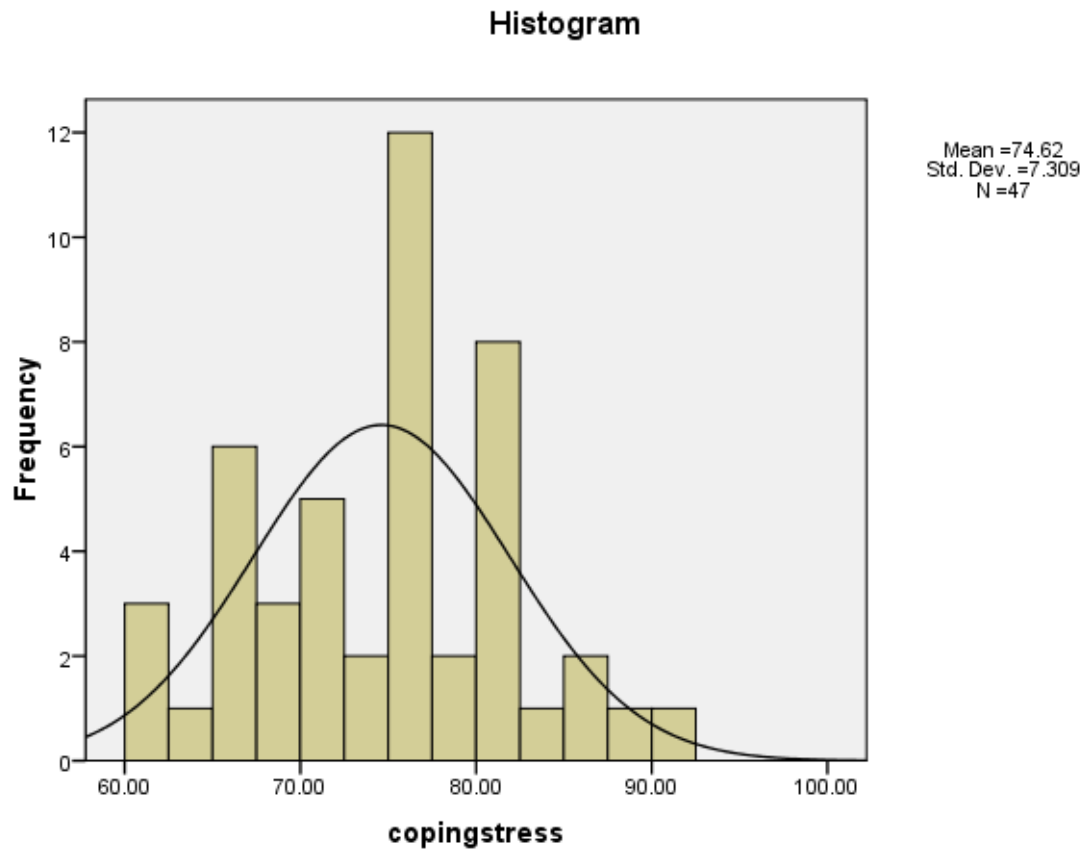
4.3.1 Variabel *Coping Stress*

Pengukuran variabel *coping stress* menggunakan alat ukur berupa kuesioner yang berjumlah 28 pernyataan dan berupa skala Likert. Pengukuran ini dilakukan kepada 49 responden. Dari pengambilan data yang dilakukan diperoleh Mean 74.76, Median 75, Standar Deviasi 7.237, nilai minimum 61 dan nilai maksimum 91. Di bawah ini terdapat grafik yang menunjukkan bentuk kurva variabel *Coping Stress*.

Tabel 4.8
Deskripsi Data Alat Ukur *Coping Stress*

<i>The Brief COPE</i>	
N	47
Mean	74.61

Std. Deviasi	7.308
Minimum	61
Maximum	91



Gambar 4.6
Histogram Variabel *Coping Stress*

4.3.1.1 Kategorisasi Skor *Coping Stress*

Kategorisasi skor *Coping Stress* dalam penelitian ini menggunakan kategorisasi nominal. Kategorisasi ini digunakan jika subyek-subyek akan ditempatkan dalam kelompok kategori yang bukan merupakan jenjang

ordinal, melainkan nominal (Rangkuti, 2012). Dalam penelitian ini, terdapat 14 macam *Coping Stress* yang terdapat dalam variabel ini yaitu *Active Coping, Planning, Positive Reframing, Accepting, Humor, Religion, Using Emotional Support, Using Instrumental Support, Self-Distraction, Denial, Venting, Substance Use, Behavioral Disengagement, dan Self-Blame*. Kategori-kategori ini berdasarkan dimensi-dimensi yang terpisah dan masing-masing kategori *Coping* diungkap melalui *item-item* yang berbeda dan memiliki skor tersendiri.

Kategorisasi skor *Coping* dihitung menggunakan skor standar (Z score) untuk menggolongkan subyek ke dalam kategori *Coping Stress*. Kriteria yang digunakan adalah dengan melihat keberadaan dari skor standar (Z score) yang tertinggi dari tiap responden.

Tabel 4.9
Kategorisasi Skor *Coping Stress*

Kategori	Frekuensi	Presentase
<i>Active Coping</i>	10	21%
<i>Planning</i>	2	4%
<i>Positive Reframing</i>	4	6%
<i>Acceptance</i>	3	11%
<i>Humor</i>	2	2%
<i>Religion</i>	1	2%
<i>Using Emotional Support</i>	2	8%
<i>Using Instrumental Support</i>	1	4%
<i>Self Distraction</i>	3	6%
<i>Denial</i>	3	6%

<i>Venting</i>	6	8%
<i>Substance Use</i>	5	14%
<i>Behavioral Disengagement</i>	4	4%
Kategori	Frekuensi	Presentase
<i>Self-Blame</i>	1	4%
Jumlah	47	100%

Dari hasil Z score tiap responden, dapat disimpulkan bahwa responden yang tergolong ke dalam kategori *Active Coping* sebanyak 10 responden (21%), *Planning* sebanyak 2 responden (4%), *Positive Reframing* sebanyak 3 responden (6%), *Acceptance* sebanyak 5 responden (11%), *Humor* sebanyak 1 responden (2%), *Religion* sebanyak 1 responden (2%), *Emotional* sebanyak 4 responden (8%), *Instrumental* sebanyak 2 responden (4%), *Self-distraction* sebanyak 3 responden (6%), *Denial* sebanyak 3 responden (6%), *Venting* sebanyak 4 responden (8%), *Substance Use* sebanyak 7 responden (14%), *Behavioral Disengagement* sebanyak 2 responden (4%), dan *Self-Blame* sebanyak 2 responden (4%). Hasilnya ke 14 kategori terwakili oleh responden sehingga untuk melanjutkan analisis data, penulis menggunakan semua kategori *coping stress*.

4.3.2 Pengujian Persyaratan Analisis

4.3.2.1 Uji Normalitas

Uji normalitas dilakukan untuk menguji dan mengetahui apakah variabel resiliensi dan variabel *coping stress* berdistribusi normal atau tidak. Pengujian normalitas dapat dilakukan dengan Chi Square karena untuk teknik selanjutnya menggunakan non parametrik. Penelitian ini menggunakan

49 responden. Normalitas persebaran data terpenuhi apabila nilai sig (p-value) lebih besar dari taraf signifikansi ($\alpha=0,05$).

Pengujian normalitas variabel resiliensi dan *coping stress* dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.10
Uji Normalitas Variabel

Variabel	Sig (p-value) Chi Square	Kesimpulan
<i>Coping Stress</i>	0.684	Berdistribusi normal

Berdasarkan data pada tabel di atas, dapat dilihat bahwa kedua variabel, yaitu resiliensi dan *coping stress* memiliki nilai sig (*p-value*) lebih besar daripada taraf signifikansi ($\alpha=0,05$). Dengan kata lain, variabel resiliensi dan variabel *coping stress* berdistribusi normal. Pengujian normalitas menggunakan program SPSS versi 16.00.

4.4 Pembahasan

Hasil yang diperoleh dari penelitian ini menunjukkan pemilihan *coping stress* terbanyak pada pasien dewasa diabetes melitus yang resilien yaitu *active coping*, *venting*, *substance use* dan *positive reframing*. Hal ini dapat dilihat dari jumlah sampel yang pada masing-masing kelompok *coping stress* berdasarkan hasil pengukuran *z score* melalui SPSS 16.0.

Menurut penelitian Muller L & Spitz E (2003) *functional coping* strategi seperti *active coping* berhubungan dengan harga diri yang bagus,

menurunkan tingkat *stress* yang dirasakan, dan menurunkan tekanan psikologis. *Active coping* itu sendiri merupakan proses mengambil langkah aktif untuk mencoba atau menghilangkan *stressor* atau mengurangi dampaknya. Sehingga pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien, dalam menghadapi penyakitnya mereka melakukan hal-hal yang baik untuk menyembuhkan penyakitnya. Oleh karena itu, mereka tidak membuat keadaan yang sakit itu menjadi lebih sulit untuk dihadapinya. Secara garis besar dapat disimpulkan bahwa pemilihan *coping stress* jenis *active coping* yang tepat pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien.

Pemilihan *coping stress* jenis *venting* juga dominan pada penelitian ini. *Venting* yang merupakan kecenderungan untuk memusatkan diri pada pengalaman *distress* atau kekecewaan individu dan untuk mengeluarkan kekecewaan tersebut. Sehingga pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 ini dalam menghadapi penyakitnya, mereka mengeluarkan segala perasaan yang tidak mengenakkan atau mengecewasan yang dirasakan selama menghadapi penyakitnya. Keadaan tersebut dapat mengurangi dampak *stress* yang dialami pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien ini .

Berdasarkan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Coelho dkk, menunjukkan strategi *coping* seperti *active coping* dan *planning* berhubungan dengan kurangnya depresi dan kecemasan pada pasien. Hal ini menunjukkan bahwa hasil penelitian yang dilakukan penulis, memiliki kesamaan bahwa dengan hasil pemilihan *active coping* terbanyak pada pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien.

4.5 Keterbatasan Penelitian

Disadari bahwa penelitian ini masih banyak keterbatasan yang dialami selama mengadakan penelitian ini, diantaranya adalah:

1. Pemilihan sampel dirasa kurang representatif karena menggunakan *non probability sampling* sehingga tidak semua populasi memiliki kesempatan yang sama untuk menjadi responden.

2. Penulis menggunakan populasi terjangkau untuk mempermudah mendapatkan responden yang sesuai dengan karakteristik populasi penelitian.
3. Jumlah responden pada masing-masing kelompok kurang memenuhi masing-masing jenis *coping stress*.

BAB V

KESIMPULAN, IMPIKASI, DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan, dapat disimpulkan bahwa dari 47 pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang resilien menunjukkan pemilihan *coping stress* terbanyak pada model *active coping*, *venting*, *substance use* dan *positive reframing*. Sedangkan, pemilihan jenis *coping stress* yang paling sedikit yaitu *religion*, *using instrumental support* dan *self-blame*.

5.2. Implikasi

Berdasarkan analisis hasil penelitian yang telah dilakukan, maka implikasi dari penelitian ini yaitu jenis *coping stress* terbanyak pada model *active coping*, *venting*, *substance use* dan *positive reframing* yang dipilih oleh pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang memiliki resilien tinggi di DKI Jakarta.

Dalam hal ini pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 memiliki resiliensi yang tinggi, dengan faktor yang mendukung seperti memiliki keyakinan akan tujuan-tujuannya, tidak mudah putus asa, dan menunjukkan hal yang terbaik yang membuatnya memiliki rasa untuk bangkit kembali. Pemilihan jenis *coping stress* yang dilakukan oleh pasien dewasa diabetes melitus tipe 2 yang memiliki resilien mungkin didasari oleh pemikiran yang tepat untuk mengambil langkah dalam segala situasi atau melakukan sesuatu agar dapat menghilangkan *stressor*.

Hasil penelitian ini bisa digunakan untuk melihat bagaimana seseorang memiliki resilien yang tinggi dari keadaan keterpurukan atau sakit dapat

melakukan *coping stress* dengan baik melalui pemilihan 14 jenis *coping* tersebut.

5.3. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, peneliti mengajukan beberapa saran untuk beberapa pihak terkait dan diharapkan dapat bermanfaat, sebagai berikut:

1. Bagi pasien diabetes melitus tipe 2

Hendaknya pasien diabetes melitus tipe 2 lebih meningkatkan resiliensi agar dapat melakukan *coping stress* secara positif dalam menghadapi penyakitnya

2. Bagi petugas kesehatan

Bagi petugas kesehatan, diharapkan dapat menanggapi pasien diabetes melitus secara sabar dan dapat menampung segala keresahan yang dialami pasien diabetes mellitus dalam menghadapi penyakitnya.

3. Bagi keluarga pasien diabetes melitus tipe 2

Hendaknya keluarga selalu memberikan dukungan kepada pasien diabetes melitus tipe 2 dalam menghadapi penyakitnya sehingga dapat memiliki resiliensi yang tinggi. Cara-cara yang dapat dilakukan oleh keluarga misalnya menemani pasien dalam berobat, memberikan nasehat dan mengingatkan untuk rutin berobat.

4. Bagi penelitian

Bagi peneliti selanjutnya diharapkan lebih mengembangkan penelitian ini, seperti meneliti pada responden yang memiliki penyakit kronis lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldwin, C.M., & Yancura, L.A. (2004). Coping and Health: a comparison of the stress and trauma literatures. *Physical health consequences of exposure to extreme stress*.
- Anonymous. (2012). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. ProQuest Health Management pg S64.
- Azwar, Saifuddin. (2010). Penyusunan Skala Psikologi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Bradshaw, B.G., Richardson, G.E., Kumpfer, K., Carlson, J., Stanchfield, J., Overall, J., Brooks, M., Kulkarni, K. (2007), Determining the efficacy and resiliency training approach in adults with type-2 diabetes, *The Diabetes Educator*, 33, 650.
- Campbell-Sills, L., Cohan, S.L., Stein, M.B. (2006) Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*
- Campbell-Sills, L., Stein, M.B. (2007) Psychometric Analysis and Refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-Item Measure of Resilience. *Journal of Traumatic Stress, Vol. 20, No. 6*
- Carver, C.S (1997). You want to measuring coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine. Vol 4 (1), 92-100*

- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 56, No. 2, 267-283
- Cohen, M., Baziliansky, S., Beny, A. (2013). The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: An exploratory cross-sectional study. *Journal of geriatric oncology* 5, 33-39.
- Connor, K.M, & Davidson, J.R (2003). Development of a new resilience scale: the connor-davidson resilience scale (cd-risc). *Depression and anxiety Wiley-Liss, Inc.* 18:76–82
- Dianing, Sari. (2013, November 14). Indonesia masuk 10 besar Negara dengan pengidap diabetes.Tempo.co. Retieved from <http://www.tempo.co>.
- Dianing, Sari. (2014, November 14). Indonesia peringkat 5 jumlah penderita diabetes. Tempo.co. Retieved from <http://www.tempo.co>.
- Edward C. Chang, Michele M. Tugade, and Kiyoshi Asakawa. (2006). STRESS AND COPING AMONG ASIAN AMERICANS: Lazarus and Folkman's Model and Beyond. Springer.
- Fayombo, G. (2010). The Relationship between Personality Traits and Psychological Resilience among the Caribbean Adolescents. *International Journal of Psychological Studies Vol. 2, No. 2*
- Folkman, S (1988). The ways of coping Rev: California
- Folkman, S. (1984) Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 46, No. 4, 839-852
- Folkman, S., Lazarus, R.S., dkk (1986) Appraisal, Coping, Health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 50, No- 3, 571-579

- Grotberg, E.H (1999). A Guide to promoting resilience in children : strengthening the human spirit. *Reaching Today's's*. Retrieved from <http://www.nesonline.com>
- Hooper, Lisa M. (2009). Individual and Family Resilience: Definitions, Research, and Frameworks. *The Alabama Counseling Association Journal*, Volume 35, Number 1.
- Jaser, S.S & White, L.E. (2010). Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Child : Care, Health and Development*.
- Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C.M., Demetriou, A.G. (2010). Dimensionality of Coping: An Empirical Contribution to the Construct Validation of the Brief-COPE with a Greek-speaking Sample. *Journal of Health Psychology* 15:215
- Kathryn M. Connor, M.D.,n and Jonathan R.T. Davidson, M.D. (2003). Development of d new resilience scale : The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 18:76-82.
- Kitano, Margie K;Lewis, Rena B. (2005). Resilience and coping: Implications for gifted children and youth at risk. *ProQuest Psychology Journals*, pg. 200.
- Lazarus, Richard.S. (1999). Stress and Emotion. *Springer Publishing Company,Inc.*
- Lemay, R., & Ghazal, H. (2001). Resilience and positive psychology : *Finding hope. Child & Family*, 5(1), 10-21.
- Maureen Davey, Dawn Goettler Eaker and Lynda Henley Walters. (2003). Resilience Processes in Adolescents: Personality Profiles, Self-Worth, and Coping. *Journal of Adolescent Research* 18; 347.

- Michelle, D., Marc A, P. (1999) Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. Proquest
- Papalia D.E., Olds, S.W, & Feldman, R.D. 2009. Human Development (Perkembangan Manusia edisi 10 buku 2). (Penerj. Brian Marwensdy). Jakarta: Salemba Humanika.
- Psychometry Properties of the Finnish Version of the Resilience Scale and its Short item. *Psychology, Communit, Health Vol 2 (1) 1-10.*
- Rangkuti, Anna Armeini. (2012). *Statistika Inferensial untuk Penelitian Psikologi dan Pendidikan.*
- Reivich, K & Shatte, A (2002) *The Resilience Factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles: Broadways Books*
- Salkind.(2006). *Encyclopedia of Human Development.* California: Sage Publivcation,Inc.
- Sangadji, Etta Mamang., sopiah. 2010. *Metodologi Penelitian Pendekatan Praktis dalam Penelitian.* Yogyakarta: Andi.
- Siebert. A. (2005). *The Resiliency Advantage: Master change, thrive underpressure, bounce back from setbacks.* San Fransisco: Berret-Koehler. Publishers.
- Stroebe, Wolfgang. (2011). *Social Psychology and Health 3rd ed.* England : McGraw Hill,
- Sugiono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif & RND.* Bandung: Alfabeta.
- Susilo, Yekti & Wulandari Ari. (2012). *Cara Jitu Mengatasi Kencing Manis.* Indonesia: Andi Publisher.

- Wagnild G, Young H. 1993. Development and Psychometric Evaluation of The Resilience Sacle. *Journal Of Nursing Measurement* Vol 1 No2.
- Wang L, Shi Z, Zhang Z. 2010. Psychometric properties of the 10 items Connor Davidson Resilience Scale in Chinese Earthquake Victims. *Psychiatric and Clinical Neurosciens* 64: 499-504
- WHO. 1999. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications.
- Wilson, G.S., Pritchard, M.E., Revalee, B. (2005). Individual differences in adolescent health symptoms: the effects of gender and coping. *Journal of Adolescence* 28, 369-379
- Yi-Fraizer, Joyce.P., Smith, Ronald E., Vitaliano, Peter P., Yi, Jean C., Mai, Scarlett., Hillman, Matthew., Weinger, Katie. (2009). A person-focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes. *Journal of Stress and Health* 26: 51-60.