

**HUBUNGAN ANTARA *PROACTIVE COPING*
DAN KUALITAS HIDUP PADA *FAMILY CAREGIVER*
PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE II**

SKRIPSI

Diajukan Kepada Program Studi Psikologi
Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Derajat Sarjana S-1 Psikologi



OLEH :

KARTIKA SIWI

13320024

**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA**

2017

**HUBUNGAN ANTARA *PROACTIVE COPING*
DAN KUALITAS HIDUP PADA *FAMILY CAREGIVER*
PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE II**

SKRIPSI

Diajukan Kepada Program Studi Psikologi
Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Derajat Sarjana S-1 Psikologi



OLEH :

KARTIKA SIWI

13320024

**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA**

2017

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dengan Judul:

HUBUNGAN ANTARA *PROACTIVE COPING* DAN KUALITAS HIDUP
PADA *FAMILY CAREGIVER* PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE II
Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji Skripsi Program Studi Psikologi

Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia

untuk memenuhi Sebagian dari Syarat-Syarat
guna Memperoleh Derajat Sarjana S-1 Psikologi

Pada Tanggal:

18 JUL 2017

Mengesahkan,

Program Studi Psikologi

Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya

Universitas Islam Indonesia

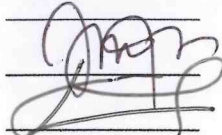
Ketua Program Studi


Mira Aliza Rachmawati, S.Psi., M.Psi

Dewan Penguji

1. Retno Kumolohadi, S.Psi., M.Si., Psikolog.
2. Rr. Indahria Sulistyarini, S.Psi., MA., Psikolog.
3. Rumiani, S.Psi., M.Psi.

Tanda Tangan

**HUBUNGAN ANTARA *PROACTIVE COPING*
DAN KUALITAS HIDUP PADA *FAMILY CAREGIVER*
PENDERITA DIABETES MELLITUS TIPE II**

SKRIPSI

Diajukan Kepada Program Studi Psikologi
Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Derajat Sarjana S-1 Psikologi



OLEH :

KARTIKA SIWI

13320024

**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA**

2017

PERNYATAAN ETIKA AKADEMIK

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Kartika Siwi
No. Mahasiswa : 13320024
Program Studi : Psikologi
Judul Skripsi : *Hubungan Antara Kualitas Hidup dan Proactive Coping pada Family Caregiver Penderita Diabetes Mellitus Tipe II*


Melalui surat ini saya menyatakan bahwa :

1. Selama melakukan penelitian dan pembuatan laporan penelitian skripsi, saya tidak melakukan tindak pelanggaran etika akademik dalam bentuk apapun, seperti penjiplakan, pembuatan skripsi oleh orang lain, atau pelanggaran lain yang bertentangan dengan etika akademik yang dijunjung tinggi Universitas Islam Indonesia. Oleh karena itu, skripsi yang saya buat merupakan karya ilmiah saya sebagai penulis, bukan karya jiplakan atau karya orang lain.
2. Apabila dalam ujian skripsi saya terbukti melanggar etika akademik, maka saya siap menerima sanksi sebagaimana aturan yang berlaku di Universitas Islam Indonesia.
3. Apabila di kemudian hari, setelah saya lulus dari Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya, Universitas Islam Indonesia ditemukan bukti secara meyakinkan bahwa skripsi ini adalah karya jiplakan atau karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi akademis yang ditetapkan Universitas Islam Indonesia.

Yogyakarta, 17 Mei 2017

Yang menyatakan




Kartika Siwi

HALAMAN PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim...

Alhamdulillah rabbil‘alamin. Puja dan puji syukur hanya kepada Engkau **Allah Subhanahu Wa Ta’ala** atas segala nikmat, karunia, kekuatan, dan pertolongan, serta hikmah kehidupan yang dianugerahkan pada saya sehingga karya ini dapat terselesaikan.

Karya sederhana ini saya persembahkan teruntuk:

Kedua orangtua saya,

Bapak Sumaryo, S.Pd., M.Pd. dan Ibu Siti Suprihatin, S.Pd.

Bapak dan Ibu tersayang yang tiada hentinya mendukung, memotivasi, dan memberikan kasih sayang, serta do’a yang tiada terputus untuk kebahagiaan dan keberhasilan saya dalam mencapai cita-cita.

MOTTO

وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِن كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ

Dan (ingatlah juga), tatkala Tuhanmu memalukan: “Sesungguhnya jika kamu bersyukur, pasti Kami akan menambah (ni'mat) kepadamu, dan jika kamu mengingkari (ni'mat-Ku), maka sesungguhnya azab-Ku sangat pedih”

(QS. Ibrahim: 7)

وَاخْفِضْ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا.

“Dan rendahkanlah dirimu terhadap mereka berdua dengan penuh kesayangan dan ucapkanlah, ‘Wahai Tuhanku, kasihilah mereka keduanya, sebagaimana mereka berdua telah mendidik aku waktu kecil’.”

(QS. Al Israa': 24)

“Tidak ada manusia yang diciptakan gagal, yang ada hanyalah mereka gagal memahami potensi diri dan gagal merancang kesuksesannya. Tiada yang lebih berat timbangan Allah pada hari akhir nanti, selain Taqwa dan akhlak mulia seperti wajah dipenuhi senyum untuk kebaikan dan tidak menyakiti sesama.”

(HR. Tirmidzi)

PRAKATA

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala yang telah memberikan rahmat, hidayah, dan berbagai kemudahan sehingga tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik. Alhamdulillah akhirnya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini, walaupun dengan segala keterbatasan dan kekurangan. Saya menyadari bahwa semua keberhasilan ini tidak diperoleh dengan mudah tanpa perjuangan yang sungguh-sungguh dan tentunya dengan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu saya ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. **Bapak Dr.rer.nat. Arief Fahmie, S.Psi., M.A., Psikolog**, selaku Dekan Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia dan selaku Dosen Pembimbing Akademik.
2. **Ibu Mira Aliza Rachmawati, S.Psi., M.Psi**, selaku Kaprodi Fakultas Psikologi Universitas Islam Indonesia
3. **Ibu Retno Kumolohadi, S.Psi., M.Si., Psikolog**, selaku Dosen Pembimbing Skripsi yang senantiasa sabar dalam memberikan saran, motivasi, dan bimbingannya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
4. **Segenap Dosen Prodi Psikologi Universitas Islam Indonesia**, yang telah membagi ilmunya dan pengalamannya sehingga pemahaman dan wawasan peneliti bertambah.

5. **Seluruh karyawan Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia** yang telah membantu kelancaran peneliti dalam mengurus administrasi selama kuliah.
6. Bapak dan ibu tercinta, **Sumaryo S.Pd, M.Pd dan Siti Suprihatin S.Pd** yang selalu sabar memberikan bimbingan, semangat, doa dan kasih sayang yang tiada henti menemani langkahku. Tidak ada kata lain selain terimakasih dan terimakasih atas pengorbananmu. Semoga Bapak dan Ibu senantiasa diberikan kesehatan, sisa umur yang membawa kebahagiaan, dan rezeki yang barokah, terutama rezeki kesehatan. Aamiin.
7. Kakak-kakak tersayang, **Kawindro Luhur Panggalih, Brilian Karisma, Suci Karima, dan Mba Dina** yang selalu mendukung dan menjadi penyemangat dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Si kecil keponakan sholeh dan sholehah, **Davine Alief Azzaky dan Aqila Hasna Alzahsy** yang selalu menjadi hiburan dan terus dirindukan disaat lelah dan ketika jauh dari rumah.
9. Saudara-saudara seperjuangan, **Mahfufa Salma dan Yuman Prayogo** yang selalu dan saling mendukung satu sama lain, semoga dilancarkan segala urusan kalian. Aamiin.
10. Sahabat-sahabat terbaikku “Calon Istri Sholehah”, **Rr. Mutiara Azhari, Fieda Hanifa, Perwita Hapsari, Dzikrina Izatunida, dan Sholikhah Asyyaty Puspitasari**. Terimakasih karena selama ini sudah menjadi teman yang terbaik dalam keadaan senang ataupun susah, terimakasih untuk

dukungan, bantuan, dan doa kalian Alhamdulillah skripsi ini selesai. Sukses terus untuk kita semua. Aamiin.

11. Teman-teman satu bimbingan, **Chikal Handayani Clarye, Deby Nur Cholifah, dan Syarifah Nadirah**. Terimakasih untuk bantuan dan dukungannya. Sukses selalu untuk kita ya. Aamiin.
12. Teman-teman KKN Unit KL-360; **Lu'lu Ma'nun, Destika Pusnamasari, Zia Nazdania, Ogi Bayu Setyadi, Warih Arbi Hernowo, Muji Burrahman, dan Anandaru Gumilang**. Terimakasih sudah mendukung satu sama lain. Sukses selalu.
13. **Teman-teman seperjuangan Psikologi UII angkatan 2013**, terimakasih atas bantuan dan dukungan satu sama lain serta kekeluargaan yang hangat selama ini.
14. **Semua subjek penelitian** yang telah bersedia meluangkan waktunya untuk mengisi skala penelitian sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Semoga kebaikan senantian diberikan oleh Allah Ta'ala.
15. **Semua pihak** yang terkait dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

Semoga kebaikan yang diberikan senantiasa dibalas oleh Allah Ta'ala dan saya memohon maaf atas segala kesalahan dan kekurangan yang saya lakukan selama ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi saya khususnya dan masyarakat pada umumnya. Aamiin.

Wassalamu'alaikum Warahmatulahi Wabarakatuh.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN ETIKA AKADEMIK	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
PRAKATA	vi
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
INTISARI	xv
BAB I. PENGANTAR	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penelitian	11
C. Manfaat Penelitian	11
D. Keaslian Penelitian	13
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	18
A. Kualitas Hidup	18
1. Definisi Kualitas Hidup	18
2. Aspek-Aspek Kualitas Hidup	20
3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup	22

B. <i>Proactive Coping</i>	27
1. Definisi Koping	27
2. Definisi <i>Proactive Coping</i>	29
3. Aspek-Aspek <i>Proactive Coping</i>	32
C. <i>Family Caregiver</i>	33
1. Definisi <i>Family Caregiver</i>	33
2. Jenis dan Macam <i>Caregiver</i>	35
D. Hubungan Antara <i>Proactive Coping</i> dan Kualitas Hidup	36
E. Hipotesis	41
BAB III. METODE PENELITIAN.....	42
A. Variabel Penelitian	42
B. Definisi Operasional Variabel Penelitian	42
1. Kualitas Hidup	42
2. <i>Proactive Coping</i>	43
C. Responden Penelitian	43
D. Metode Pengumpulan Data.....	44
1. Skala Kualitas Hidup	44
2. Skala <i>Proactive Coping</i>	46
E. Validitas dan Reliabilitas Alat Ukur	48
1. Validitas	48
2. Reliabilitas	48
F. Metode Analisis Data.....	49
BAB IV. PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN	50

A. Orientasi Kancah dan Persiapan Penelitian	50
1. Orientasi Kancah	50
2. Persiapan Penelitian	52
B. Laporan Pelaksanaan Penelitian	57
C. Hasil Penelitian	58
1. Deskripsi Responden Penelitian	58
2. Deskripsi Data Penelitian	61
3. Uji Asumsi	63
4. Uji Hipotesis	65
5. Analisis Tambahan	66
D. Pembahasan.....	68
BAB V. PENUTUP	74
A. Kesimpulan	74
B. Saran	74
DAFTAR PUSTAKA	76
LAMPIRAN	80

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
Tabel 3.1 Distribusi Pernyataan Skala Kualitas Hidup	45
Tabel 3.2 Distribusi Pernyataan Skala <i>Proactive Coping</i>	47
Tabel 4.1 Distribusi Butir Skala Kualitas Hidup Setelah Uji Coba	55
Tabel 4.2 Distribusi Butir Skala <i>Proactive Coping</i> Setelah Uji Coba....	56
Tabel 4.3 Deskripsi Data Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	58
Tabel 4.4 Deskripsi Data Responden Berdasarkan Usia	59
Tabel 4.5 Deskripsi Data Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir	59
Tabel 4.6 Deskripsi Data Responden Berdasarkan Status Pernikahan	60
Tabel 4.7 Deskripsi Data Responden Berdasarkan Status dalam Keluarga	61
Tabel 4.8 Kategorisasi Kualitas Hidup dan <i>Proactive Coping</i>	62
Tabel 4.9 Distribusi Data dalam Kualitas Hidup dan <i>Proactive Coping</i>	62
Tabel 4.10 Hasil Uji Normalitas	64

Tabel 4.11 Hasil Uji Linearitas	64
Tabel 4.12 Hasil Uji Hipotesis	65
Tabel 4.13 Uji Beda Lamanya menjadi <i>Caregiver</i>	66

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran		Halaman
Lampiran 1.	Skala Uji Coba	80
Lampiran 2.	Tabulasi Data Skala Uji Coba	95
Lampiran 3.	Reliabilitas dan Validitas Skala Uji Coba	101
Lampiran 4.	Skala Penelitian	111
Lampiran 5.	Tabulasi Data Penelitian	125
Lampiran 6.	Hasil Uji Asumsi.....	134
Lampiran 7.	Hasil Uji Hipotesis.....	133
Lampiran 8	Hasil Analisis Tambahan	138
Lampiran 8	Frekuensi Data Penelitian	135
Lampiran 9.	<i>Informed Consent</i>	139

CORRELATION BETWEEN PROACTIVE COPING AND QUALITY OF LIFE FAMILY CAREGIVER DIABETES MELLITUS TYPE II PATIENTS

Kartika Siwi

Retno Kumolohadi

ABSTRACT

The aim of this research is to know the correlation between proactive coping and quality of life family caregiver diabetes mellitus type II patients. This research used two scales, that were (a) scale of quality of life (15 aitems) which created by Cohen (2007) dengan $\alpha = 0,869$ and (b) proactive coping scale (50 items) by Greenglass (1999) with $\alpha = 0,937$. The finding of this analysis which used a correlation technique of *Spearman Rho* showed that there was a positive relation between proactive coping and quality of life ($r = 0,340$, ($p < 0,01$)), is the higher score of proactive coping of family caregiver DM II patients, effected the family caregiver quality of life owned. In conclusion, the hypotheses of this research is **accepted**.

Keywords : *Quality of Life, Proactive Coping, Family Caregiver, Diabetes Mellitus Type II*

BAB I

PENGANTAR

A. Latar Belakang Masalah

Penyakit Diabetes Mellitus menjadi permasalahan yang cukup besar bagi masyarakat dan negara. Penyakit Diabetes Mellitus (DM) adalah penyakit yang ditandai oleh kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal yang disebabkan oleh kekurangan hormon insulin yang dihasilkan oleh pankreas sehingga dapat menurunkan kadar gula darah (Adiningsih, 2011). Penyakit Diabetes merupakan salah satu penyakit tidak menular yang terus mengalami peningkatan dari waktu ke waktu. Hal tersebut juga menjadi masalah kesehatan yang cukup besar.

Diabetes Mellitus sering disebut sebagai *The Great Imitator*, karena penyakit ini dapat mengenai semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai macam keluhan (Baradero dkk, 2005). Menurut Novitasari (2012) terdapat dua jenis tipe Diabetes Mellitus, yaitu Tipe I dan Tipe II. Pada tipe I biasanya menjangkit pada masa kanak-kanak atau usia muda kurang dari 35 tahun, penderita tidak memiliki badan gemuk dan gejala yang ditimbulkan biasanya mendadak. Lalu pada penderita DM tipe II, disebut sebagai penyakit yang lama dan tenang karena gejalanya yang tidak mendadak seperti tipe I, tipe II cenderung lambat dalam mengeluarkan gejala hingga banyak orang yang baru mengetahui dirinya terdiagnosa berusia lebih dari 40 tahun. Gejala yang timbul pun tidak terlalu nampak karena insulin dianggap normal tetapi tidak dapat membuang glukosa ke dalam sel-sel sehingga obat-obatan yang diberikan pun ada dua, selain obat untuk memperbaiki resistensi insulin serta obat yang merangsang pankreas

menghasilkan insulin. Tipe yang paling banyak diderita yaitu Diabetes Mellitus Tipe II.

Penyakit Diabetes Mellitus merupakan salah satu penyakit kronis yang membutuhkan perubahan perilaku yang signifikan dalam keluarga karena adanya tuntutan untuk mengontrol kesehatan pasien yang berhubungan dengan konflik psikososial pada pasien dan lingkungan keluarga. Menurut Novitasari (2012), terdapat beberapa pemenuhan kebutuhan yang terganggu yang dialami oleh pasien penderita DM II yaitu kebutuhan jasmaniah, keamanan, harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri. Keluarga berfungsi sebagai kerangka kerja bagi dokter untuk mengintegrasikan semua faktor yang mempengaruhi penyakit yang dialami oleh pasien DM II. *Family caregiver* sebagai pihak yang merawat pasien DM dihadapkan secara langsung dengan perubahan-perubahan yang terjadi sebagai akibat dari sakit yang diderita, pengobatan yang dijalani, serta aturan-aturan yang harus dijalani sebagai penderita DM II agar tetap terjaga kestabilan tingkat gula darahnya. Selain dari sisi penderita DM II yang perlu diperhaikan, sisi *family caregiver* pun perlu menjadi perhatian. Hal tersebut dapat dilihat dari peran seorang *family caregiver* dalam melakukan kegiatan sehari-harinya yang mau tidak mau akan berhubungan dengan pasien penderita penyakit kronis, khususnya DM II. Aktifitas tersebut dapat menyita banyak waktu, tenaga, pikiran dan tidak dipungkiri bahwa hal tersebut dapat memicu tekanan psikologis pada *family caregiver*.

Tantono (2006) mendefinisikan fungsi dari *caregiver* yaitu menyediakan makanan, membawa pasien ke dokter, dan memberikan dukungan emosional,

kasih sayang dan perhatian. *Caregiver* pun membantu pasien dalam mengambil setiap keputusan yang berkaitan dengan kelangsungan hidup pasien. *Family* atau keluarga berperan sebagai penasehat yang sangat penting dan diperlukan oleh pasien. Penelitian yang dilakukan Miligan (2004) mengungkapkan bahwa tugas *caregiver* tidak sebatas kepada pekerjaan rumah tangga, akan tetapi dibagi ke dalam empat kategori. Pertama *physical care*, seperti memberi makan, mengganti pakaian, memotong kuku, membersihkan kamar, dan lain-lain. Kedua, *social care* seperti menjadi supir atau seseorang yang menemani mengunjungi tempat hiburan, mengantar ke rumah sakit, dan bertindak sebagai sumber informasi dari seluruh dunia di luar perawatan di rumah. Ketiga *emotional care*, yaitu menunjukkan kepedulian, cinta dan kasih sayang kepada pasien yang tidak selalu ditunjukkan ataupun dikatakan namun ditunjukkan melalui tugas-tugas lain yang dikerjakan. Keempat *quality care*, yaitu memantau tingkat perawatan, standar pengobatan, dan indikasi kesehatan, serta berurusan dengan masalah yang timbul.

Keluarga memiliki beban tersendiri dalam merawat pasien yang menderita penyakit kronis. Beban *caregiver* didefinisikan sebagai tekanan-tekanan mental atau beban yang muncul pada orang yang merawat penyakit kronis, lansia dan anggota keluarga atau orang lain yang mengalami kecacatan atau ketergantungan. Beban *caregiver* sendiri adalah suatu beban stres yang multidimensi terhadap tekanan-tekanan fisik, psikologis, emosi, sosial dan finansial dan hal tersebut tampak pada diri seorang *caregiver* (Tantono, 2006). Terdapat tiga faktor beban *caregiver* yang dikemukakan oleh Anneke (dalam Tantono, 2006) yaitu efek dalam kehidupan pribadi dan sosial *caregiver*, beban psikologis, dan perasaan

bersalah. *Caregiver* harus memberikan sejumlah waktu energi dan uang. Hal ini dirasa tidaklah menyenangkan, menyebabkan stres, dan melelahkan secara fisik. Beban psikologis yang dirasakan *caregiver* antara lain rasa malu, marah, tegang, tertekan, lelah, dan tidak pasti. Persaaan bersalah seperti seharusnya dapat melakukan lebih banyak, tidak dapat merawat dengan baik, dan lain sebagainya. Perhatian utama *family caregiver* adalah dampak emosional yang terjadi pada diri mereka sendiri yang sering menyebabkan kemarahan dan depresi (Awadalla, dkk (2006).

Jika dilihat dari jumlah penderita DM II yang semakin meningkat setiap tahunnya, maka akan semakin banyak pula keluarga yang memiliki peran sebagai *emotional support*, merawat, dan memperhatikan pasien dengan riwayat DM II. Menurut Nursalam (2013), keluarga merupakan *entry point* dalam pemberian pelayanan kesehatan di masyarakat, untuk menentukan risiko gangguan akibat pengaruh gaya hidup dan lingkungan. Potensi dan keterlibatan keluarga menjadi makin besar, ketika salah satu anggota keluarganya memerlukan bantuan terus menerus karena masalah kesehatannya bersifat kronik, seperti misalnya pada penderita DM II. Keluarga merupakan suatu sistem, di mana jika salah satu anggota keluarga bermasalah, akan mempengaruhi sistem anggota keluarga yang lain, begitupun sebaliknya (Stanhope & Lancaster, 2004). Masalah individu dalam keluarga diselesaikan melalui keterlibatan aktif anggota keluarga lain. Dengan demikian, keluarga yang sehat akan membuat komunitas atau masyarakat menjadi sehat, karena keluarga merupakan subsistem dari komunitas (Stanhope & Lancaster dalam Friedman, 2003).

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada istri dari penderita DM II yang sudah menderita penyakit DM kurang lebih selama 6 tahun, diketahui bahwa menurut beliau sebagai seorang pendamping dari pasien yang menderita DM tidaklah mudah, berawal dari menerima kondisi suami yang didiagnosis dokter dimana hal tersebut berdampak banyak di hidupnya dan kebiasaan-kebiasaan yang harus berubah pula. Perubahan yang cukup signifikan dialami adalah pengaturan pola makan yang sebelumnya tidak ada pantangan apapun namun sekarang dituntut harus sesuai dengan pola makan yang diterapkan oleh dokter, belum lagi jika penderita menolak makanan yang disajikan dan hanya menginginkan makanan yang seharusnya pantang untuk dikonsumsi penderita DM II. Tidak hanya makanan, untuk minuman pun penderita hanya ingin minuman yang manis. Melarang hal-hal tersebut sudah sering dilakukan, namun ketika dilarang, penderita justru akan marah kepada sang istri.

Perubahan lain yang terjadi yaitu kebutuhan seksual yang diakuinya tidak lagi terpenuhi seperti dahulu saat sang suami dalam kondisi sehat. Berdasarkan hal tersebut, perubahan yang sangatlah terasa adalah pada keadaan psikologisnya karena perasaan bingung, putus asa, marah, dan kecewa. Hal-hal tersebutlah yang berdampak pada kondisi psikologis dari *family caregiver* itu sendiri. Menurut Kusuma (2013), terdapat beberapa tips yang ideal dan perlu dimiliki seorang *family caregiver*, yaitu fleksibel dan sabar dalam menghadapi penderita, mendorong keterlibatan penderita dalam keseharian, menghindari mengkoreksi penderita, membantu kemandirian penderita selama memungkinkan, menawarkan pilihan untuk dipilih, memberikan instruksi yang mudah, membangun rutinitas

yang akrab, merespons perasaan penderita, sederhana, terstruktur, dan mengawasi; serta memberikan dorongan mencapai tujuan.

Berbagai macam tuntutan secara psikologis yang dialami *family caregiver* dapat berdampak pada bagaimana tingkat kualitas hidup mereka. Hal yang serupa dikemukakan oleh Afiyanti (2010) bahwa kualitas hidup adalah perasaan dan pernyataan rasa puas seorang individu akan kehidupannya secara menyeluruh dan secara status mental orang lain di sekitarnya harus mengakui bahwa individu tersebut hidup dalam menjalani kehidupannya dalam kondisi yang nyaman, jauh dari ancaman, dan secara adekuat memenuhi kebutuhan dasarnya.

Peran yang dijalani oleh *family caregiver* DM II dapat mengubah pandangan mereka tentang kehidupan dan berpengaruh pada tekanan jiwa mereka. *Family caregiver* memerlukan cara yang tepat untuk mengatasi masalah yang dialami terkait tekanan yang dialami sebagai orang yang merawat pasien dengan DM II. Upaya mental atau perilaku untuk menguasai, mentoleransi, mengurangi, atau meminimalisir suatu situasi atau kejadian yang penuh tekanan perlu dimiliki dalam menghadapi suatu permasalahan. Perilaku inilah yang sering disebut sebagai *coping*. *Coping* yang dilakukan masing-masing individu sangat beragam. Tekanan yang dialami *family caregiver* memberikan dampak rasa cemas, marah, takut, dan kebingungan, serta frustrasi hingga depresi. Hal tersebut tergantung dari bagaimana masing-masing individu tersebut menanggapi dan memaknai peran yang dijalani sebagai *caregiver* DM II secara lebih realistis. Dari pemaparan diatas, perlu dicari pola penanganan *coping* yang efektif agar masalahnya tidak berkepanjangan. Terdapat salah satu jenis strategi *coping* yang dianggap mampu

memperbaiki kualitas pribadi individu, strategi koping tersebut yaitu *proactive coping*. Para *family caregiver* akan lebih baik jika memiliki kemampuan *proactive coping* yang baik guna mengatasi tekanan psikologis yang yang dialami. Hal ini dikarenakan *proactive coping* berfokus pada pencapaian tujuan akhir agar sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai dan secara idelanya secara otomatis akan berdampak pada meningkatnya kualitas hidup mereka.

Proactive coping pada *family caregiver* berkisar pada usaha untuk mengurangi perasaan yang memicu stres dengan usaha-usaha dan kepercayaan yang dimiliki agar tujuan dalam hidupnya untuk terus mendukung kelangsungan hidup anggota keluarganya sebagai penderita DM II selalu terpenuhi melalui sikap proaktif yang dimiliki. *Proactive Coping* menurut Greenglass (2001) dianggap sebagai strategi koping yang multidimensional dan lebih banyak melihat pada pencapaian tujuan akhir. *Proactive coping* memfokuskan pada perbaikan kualitas hidup (*personal quality of life management*) dengan menggabungkan elemen-elemen psikologi positif (Greenglass, 2001). Penderita DM II akan bergantung terus-menerus pada *family caregiver*. Efek dari berbagai hal tersebut akan diatasi dengan kemampuan *family caregiver* melakukan *proactive coping* yang dimiliki. Reuter & Schwarzer dalam Cyprina & Cahyanti (2013) menambahkan bahwa *Proactive Coping* terdiri dari upaya untuk membangun sumber daya yang memfasilitasi pencapaian tujuan yang menantang dan mendorong pertumbuhan personal. Lebih jauh menurut Greenglass (2009), *proactive coping* mengintegrasikan proses dari kualitas personal dalam manajemen kehidupan dengan pengaturan diri (*self regulatory*) untuk mencapai tujuan.

Seorang *family caregiver* perlu memiliki kemampuan dalam melakukan *proactive coping*, seperti dengan mengantisipasi masalah-masalah yang ada pada penderita DM II dan rasa stres yang menimpanya sebagai akibat dari perannya sebagai *family caregiver*. Kemampuan *proactive coping* yang dimiliki seorang *family caregiver* idealnya dapat memberikan dampak positif di kehidupan, karena masalah dan rasa stres yang dihadapi sebagai *family caregiver* dapat diminimalisir dengan kemampuannya dalam melakukan *proactive coping*, dimana selain melakukan pencapaian tujuan menuju sikap mandiri dan perbaikan diri, berusaha merealisasikan tujuan tersebut melalui proses pengaturan diri untuk mencapai tujuan kesejahteraan dan kelangsungan kesehatan dirinya sebagai *family caregiver* dan akan berdampak pula pada perawatan pasien DM II. Harapannya hal ini pun dapat memotivasi *family caregiver* dalam mencapai tujuan tersebut, serta berkomitmen terhadap diri sendiri untuk manajemen kualitas pribadi.

Perasaan-perasaan negatif yang ada dalam dirinya pun diminimalisir dengan melakukan hal-hal yang dapat membuat seorang *caregiver* merasa lebih memiliki perasaan senang dan terhindar dari rasa stres yang diakibatkan dari aktifitas sehari-hari yaitu merawat, menjaga, dan memperhatikan kelangsungan hidup pasien penderita DM II. Hal-hal tersebut akan berpengaruh terhadap kualitas hidup *family caregiver* itu sendiri. Situasi tersebut pun memiliki dampak yang signifikan terhadap kualitas hidup bagi pasien DM II dan keluarga (*family caregiver*). Hal inilah yang menjadikan *proactive coping* sebagai salah satu cara yang tepat untuk meningkatkan kualitas hidup seorang *family caregiver* penderita DM II. Caron dkk dalam Rubbyana (2012) pun menyatakan bahwa jika individu

berhasil mengubah situasi stres, sehingga mampu menyesuaikan diri maka memiliki kualitas hidup yang lebih baik, dan bahkan dapat memiliki *reinforcement* positif untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Hubungan yang signifikan antara *proactive coping* dan kualitas hidup dilakukan di penelitian sebelumnya oleh Kalka (2016) pada sampel wanita dewasa dengan penyakit Diabetes Melitus tipe II di Polandia dibuktikan dengan hasil bahwa *proactive coping* berpengaruh positif terhadap kepuasan dan kualitas hidup. *Proactive coping* ditandai dengan kemampuan antisipasi masalah, kemampuan memprediksi kemungkinan yang tidak diinginkan agar tercapai tujuan akhir sesuai harapan. Guna mencapai tujuan tersebut, individu membuat rencana-rencana tertentu yang dapat mendukung, mengontrol dirinya sendiri, serta kemampuan *brainstorming*. Hingga pada akhirnya ketika individu tersebut menghadapi stres atas permasalahan yang dihadapi, tidak banyak keluhan, mengurangi rasa menilai hidup lebih positif, serta menganggap bahwa stres bisa dihadapi. Maka dari itu kualitas hidupnya akan lebih baik lagi.

Selanjutnya hubungan yang signifikan antara kualitas hidup dan peran *caregiver* dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Burhan, Taslim, dan Bahar (2013) yang dilakukan pada sampel lansia berusia 50-60 tahun di Kab.Barru dan Kab.Pangkajene dibuktikan dengan hasil bahwa peran *caregiver* tidak berpengaruh positif pada status gizi lansia, dan sangat berpengaruh positif pada kualitas hidup lansia. Sutikno (2011) juga melihat hubungan antara peran keluarga dengan kualitas hidup lansia dengan sampel sebanyak 41 lansia berusia 60 tahun ke atas pada Kelompok Jantung Sehat Surya Grup Kediri. Hasilnya

menunjukkan bahwa adanya hubungan yang kuat antara peran keluarga dengan kualitas hidup pada lansia. Kemudian untuk melihat hubungan beban *caregiver* dengan kualitas hidup, Settineri, Rizzo, Liota, dan Mento (2014) melakukan penelitian pada 294 *caregiver* yang merawat pasien penyakit fisik dan mental. Berdasarkan penelitian tersebut diperoleh hasil bahwa beban seorang *caregiver* berdampak buruk pada kualitas hidup *caregiver* yang merawat pasien dengan penyakit fisik dan mental.

Selanjutnya terdapat hubungan antara strategi koping dengan kualitas hidup dibuktikan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rubyana (2012) pada penderita yang didiagnosis Skizofrenia oleh dokter atau psikiater yang merawat, dan penderita Skizofrenia dalam masa remisi simptom yang ditentukan berdasarkan rendahnya skor BPRS di Surabaya dan semua penderita tersebut sedang menjalani rawat jalan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa adanya hubungan antara strategi koping dengan kualitas hidup penderita Skizofrenia remisi simptom. Penelitian lain mengungkapkan hubungan mengenai strategi koping dengan tingkat stres pada 35 siswa-siswi akselerasi di SMA Negeri 2 Kota Tangerang Selatan. Dari penelitian tersebut diperoleh bahwa tidak ada hubungan antara tingkat stres dengan strategi koping yang digunakan siswa-siswi akselerasi.

Berdasarkan pemaparan tersebut, maka peneliti ingin mengetahui mengenai hubungan antara *proactive coping* dan kualitas hidup. Kemudian untuk menunjukkan harapan tersebut, maka peneliti akan menggunakan pendekatan kuantitatif dengan menggunakan kuisioner yang diberikan pada responden dalam penelitian ini yaitu *family caregiver* dari penderita DM II.

B. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah peneliti ingin mengetahui hubungan antara *proactive coping* dan kualitas hidup pada *family caregiver* penderita Diabetes Mellitus tipe II.

C. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Menambah ilmu dan wawasan dibidang ilmu psikologi khususnya psikologi kesehatan yang berfokus pada kualitas hidup dan strategi koping proaktif.
- b. Agar dapat diterapkan dalam kehidupan bermasyarakat mengenai fungsi dari *family caregiver* itu sendiri sehingga tidak terabaikan kualitas hidupnya.
- c. Agar dapat menjadi salah satu sumber untuk penelitian selanjutnya.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi *Family Caregiver*

Dapat memberikan dukungan yang penuh bagi keluarga yang sakit, baik itu dukungan fisik maupun psikologis. Informasi tentang penyakit yang didapatkan pun dapat dimanfaatkan untuk memahami kondisi kesehatan anggota keluarga yang sakit, serta memiliki kemampuan untuk mengatasi setiap situasi dan permasalahan yang terjadi pada anggota keluarga yang sakit. Saling meningkatkan dan memberdayakan anggota keluarga lainnya agar dapat memiliki fungsi kesehatan dan kualitas hidup yang baik.

b. Bagi Penderita DM II

Mendapatkan perawatan terbaik yang diberikan oleh *family caregiver*, karena *family caregiver* tersebut memiliki kemampuan yang baik dalam mengelola perannya dalam kehidupan sehari-hari.

D. Keaslian Penelitian

Hubungan yang signifikan antara kualitas hidup dan *proactive coping* dilakukan di penelitian sebelumnya oleh Kalka (2016) pada sampel wanita dewasa dengan penyakit Diabetes Melitus tipe II di Polandia. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memperkirakan tingkat kepuasan hidup dan kualitas hidup secara umum, serta frekuensi dan efektivitas strategi penanggulangan proaktif (*proactive coping*) pada kelompok wanita dewasa menengah dengan diabetes tipe 2 dibandingkan dengan wanita tidak menderita diabetes. Metode yang digunakan adalah dengan mengumpulkan data sosiodemografi wanita di Polandia. Peneliti menggunakan alat ukur *SWLS*, *WHOQoL – BREF*, dan *PCI*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa *proactive coping* berpengaruh positif terhadap kepuasan hidup dan kualitas hidup baik pada wanita sehat maupun pada wanita dengan riwayat DM tipe II. Relevansi penelitian tersebut dengan skripsi saya adalah kesesuaian alat ukur serta variabel penelitian dengan topik penelitian yang akan saya lakukan.

Mirabzadeh, Eftekhari, Forouzan, Sajadi, dan Rafiee (2013) meneliti tentang hubungan strategi koping dengan kualitas hidup pada wanita yang telah menikah (usia 18-65 tahun) di Tehran, Iran. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengembangkan program intervensi yang sesuai untuk mempromosikan kesehatan mental khususnya pada wanita yang telah menikah di Tehran, Iran. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional*, dan menggunakan alat ukur *Ways of Coping (WoC)* dan *Quality of Life Questionnaire (WHOQOL – BREF)*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada implementasi

yang sesuai dan berkaitan dengan program intervensi guna menangani stres serta mempromosikan kesehatan mental dan kualitas hidup. Relevansi penelitian ini dengan skripsi saya adalah kesesuaian teori yang digunakan dengan topik penelitian yang akan saya lakukan.

Rubbyana (2012) meneliti tentang kualitas hidup penderita skizofrenia remisi simptom ditinjau dari strategi koping penderita yang didiagnosis skizofrenia oleh dokter atau psikiater yang merawat, dan penderita Skizofrenia dalam masa remisi simptom yang ditentukan berdasarkan rendahnya skor BPRS di Surabaya. Peneliti menggunakan skala strategi koping yang terdiri dari 34 butir, dan skala kualitas hidup penderita skizofrenia sebanyak 30 butir, keduanya merupakan terjemahan dari *Self-report Quality of Life Measure for People with Schizophrenia* dibuat oleh Diane Wild. Analisis data dilakukan dengan menggunakan statistik korelasi *product moment Pearson*, dengan analisis statistik 0,757 dan taraf signifikansi 0,001. Hasil penelitian menunjukkan ada korelasi positif antara strategi koping dengan kualitas hidup penderita skizofrenia remisi simptom. Relevansi dari penelitian ini dengan skripsi saya adalah kesesuaian teori pada salah satu variabel dengan variabel penelitian yang akan saya lakukan, yaitu kualitas hidup.

Sutikno (2011) meneliti tentang peran fungsi keluarga ditinjau dari kualitas hidup pada 41 lansia (usia 60 tahun ke atas) yang dipilih dari Kelompok Jantung Sehat Surya Grup Kediri. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara fungsi keluarga dengan kualitas hidup lansia. Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *cross sectional* dan teknik analisis data uji *chi* kuadrat

dan model regresi logistik ganda dengan menggunakan SPSS 17.0. Hasil yang diperoleh dari analisis data menunjukkan ada hubungan positif yang sangat kuat antara fungsi keluarga dan kualitas hidup lansia. Relevansi dari penelitian ini dengan skripsi saya adalah kesesuaian teori pada salah satu variabel dengan variabel penelitian yang akan saya lakukan, yaitu kualitas hidup.

Burham, Taslim, dan Bahar (2013) meneliti tentang peran *caregiver* ditinjau dari status gizi dan kualitas hidup pada lansia Etnis Bugis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui peran *caregiver* terhadap pengaruh aktivitas fisik dan status gizi dengan kualitas hidup lansia Etnis Bugis. Penelitian ini dilakukan pada sampel populasi lansia berusia ≥ 60 tahun dan populasi kontrol usia 50-59 tahun di Kab. Barru dan Kab. Pangkajene. Peneliti menggunakan metode *cross sectional study* dengan pengambilan data *purposive sample* menggunakan tabel *Izaak Michael*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok *caregiver* tidak berpengaruh terhadap status gizi lansia, namun berpengaruh positif terhadap kualitas hidup lansia Etnis Bugis. Relevansi dari penelitian ini dengan skripsi saya adalah kesesuaian teori pada salah satu variabel dengan variabel penelitian yang akan saya lakukan, yaitu kualitas hidup. Kesesuaian lainnya yaitu pada responden penelitian yang digunakan, yaitu *caregiver*.

Settineri, Rizzo, Liotta, dan Mento (2014) meneliti tentang kualitas hidup ditinjau dari beban pada *caregiver* dengan melihat kemampuan merawat fisik dan mental pasien. Penelitian ini berfokus pada bagaimana kualitas hidup seorang *caregiver* yang berperan merawat pasien dengan penyakit fisik maupun mental, tapi tidak banyak orang mengetahui mengenai beban yang para *caregiver* tersebut.

Subjek dari penelitian ini adalah 294 *caregiver* yang merawat pasien dengan gangguan fisik, mental, maupun pasien yang menjalani berbagai terapi. Alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini *Caregiver Burden Inventory (CBI)* dan *Quality of Life Index (QoL-I)*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa beban *caregiver* yang merawat pasien dengan kedua penyakit fisik dan mental berdampak buruk pada kualitas hidup. Relevansi dari penelitian ini dengan skripsi saya adalah kesesuaian teori pada salah satu variabel dengan variabel penelitian yang akan saya lakukan, yaitu kualitas hidup. Kesesuaian lainnya yaitu pada responden penelitian yang digunakan, yaitu *caregiver*.

Selanjutnya Shdaifat dan Manaf (2012) meneliti mengenai kualitas hidup *caregiver* dari seorang penderita hemodialisa di Kementerian Kesehatan Yordania. Penelitian ini bertujuan untuk mengukur kualitas hidup pasien dan *caregiver*, untuk selanjutnya dibandingkan dengan kualitas hidup pasien dan *caregiver* secara umum. Sampel dari penelitian ini berjumlah 138 pasien hemodialisa dan 46 *caregiver*. Penelitian ini menggunakan alat ukur RAND dengan jumlah item sebanyak 36 butir yang digunakan untuk mengasesmen kualitas hidup. Metode yang digunakan adalah *cross sectional study*. Hasil yang diperoleh dari penelitian ini yaitu bahwa kualitas hidup pasien dan *caregiver* yang diteliti cukup terganggu dibandingkan dengan pasien dan *caregiver* pada umumnya. Relevansi dari penelitian ini dengan skripsi saya adalah kesesuaian teori pada salah satu variabel dengan variabel penelitian yang akan saya lakukan, yaitu kualitas hidup. Kesesuaian lainnya yaitu pada responden penelitian yang digunakan, yaitu *caregiver*.

Parvan, Lakdizaji, Roshangar, dan Mostofi (2013) meneliti mengenai peran kualitas tidur ditinjau dari kualitas hidup pada 245 pasien hemodialisa di sebuah rumah sakit di Iran pada tahun 2012. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara kualitas tidur dan kualitas hidup pasien hemodialisa. Skala yang digunakan untuk mengukur kualitas tidur yaitu menggunakan *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*, sedangkan untuk mengukur kualitas hidup menggunakan *Kidney Disease Quality of Life Questionnaire (KDQOL-SF)*. Hasil dari analisis data yang telah dilakukan menunjukkan bahwa kualitas tidur yang rendah pada pasien hemodialisa memiliki efek yang buruk terhadap kualitas hidup. Oleh karena itu, pelatihan, konseling, dan program perlindungan bisa memperbaiki kualitas tidur dan kualitas hidup, khususnya pada orang tua, serta orang dengan tingkat pendidikan dan ekonomi yang rendah. Relevansi dari penelitian ini dengan skripsi saya adalah kesesuaian teori pada salah satu variabel dengan variabel penelitian yang akan saya lakukan, yaitu kualitas hidup.

Peneliti akan meneliti hubungan antara *proactive coping* dan kualitas hidup pada *family caregiver* penderita DM II. Jadi, penelitian ini memiliki perbedaan yang mendasar dari penelitian-penelitian sebelumnya. Berdasarkan perbedaan tersebut, maka peneliti meyakini bahwa penelitian ini masih bersifat orisinal (asli).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kualitas Hidup

1. Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup menurut Cohen, dkk (2006) didefinisikan sebagai kesejahteraan subjektif yang mencerminkan perbedaan atau kesenjangan antara harapan dan pengalaman saat ini yang dapat memperkuat rasa dan tujuan seseorang dalam hidup, serta memberi kesempatan untuk memperdalam hubungan penting. Definisi Cohen tersebut salah satunya dapat dikenakan pada *family caregiver*. Cohen & Lazarus dalam Sarafino (1994) menggambarkan kualitas hidup sebagai tingkatan yang menggambarkan keunggulan seorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dapat dinilai dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi. *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group* (dalam King & Hinds, 2012) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu mengenai posisi individu tersebut di kehidupan dalam konteks budaya serta sistem nilai di mana individu tersebut tinggal dan hubungannya dengan tujuan, harapan, serta standar yang telah ditetapkan. Sedangkan Larsen dan Lubkin (2009) mendefinisikan kualitas hidup sebagai keseluruhan rasa kesejahteraan yang dapat berpengaruh kepada kondisi sosial dan ekonomi, aturan hidup, dan lingkungan masyarakat serta budaya, nilai-nilai pribadi, kebahagiaan, kepuasan hidup, dan kesejahteraan rohani (religiusitas). Hal serupa dikemukakan oleh

Brown (1997) yang mendefinisikan kualitas hidup sebagai perasaan secara umum atau persepsi mengenai kesejahteraan, kesempatan memenuhi potensi, dan keterlibatan sosial yang positif pada setiap individu.

Hal berbeda dikemukakan oleh Pramono (1998) yang mendefinisikan kualitas hidup bukan sebagai suatu persepsi individu, namun sebagai suatu pemberian kesempatan pada individu untuk dapat hidup nyaman, mempertahankan keadaan fisiologis dan psikologis yang sejalan dalam kehidupan sehari-hari. Walter dan Shannon (1990) juga mengungkapkan hal yang berbeda mengenai kualitas hidup. Menurutnya pada setting klinis, gambaran mengenai kualitas hidup yaitu seperti ketika seorang dokter, anggota keluarga, maupun teman membuat suatu penilaian yang bersifat evaluatif mengenai kondisi penderita atau pasien yang mencerminkan pandangan pribadi mengenai kondisi yang sebenarnya.

Campbell (2000) menjelaskan bahwa kualitas hidup individu merupakan suatu kondisi kehidupan seseorang yang mempengaruhi kualitas hidupnya namun kondisi tersebut tidak menentukan pengalaman aktual dari seluruh kehidupannya. Di sisi lain, istilah kualitas hidup juga didefinisikan menurut kamus Webster (1986) yang menyebutkan konsep kualitas hidup adalah suatu cara hidup, sesuatu yang esensial untuk menyemangati hidup, eksistensi berbagai pengalaman fisik dan mental seorang individu yang dapat mengubah eksistensi selanjutnya dari individu tersebut di kemudian hari, status sosial yang tinggi dan gambaran karakteristik tipikal dari kehidupan seorang individu. Sejalan dengan perkembangan literatur yang secara kontinyu membahas

pencarian arti konsep kualitas hidup dan berbagai indikator untuk menentukan definisi atributif kualitas hidup telah banyak diargumentasikan oleh para ahli. Namun definisi kualitas hidup masih sukar dipahami.

Berdasarkan pemaparan diatas, teori yang saya gunakan lebih mengacu pada Kualitas hidup menurut Cohen, dkk (2006) didefinisikan sebagai kesejahteraan subjektif yang mencerminkan perbedaan atau kesenjangan antara harapan dan pengalaman saat ini yang dapat memperkuat rasa dan tujuan seseorang dalam hidup, serta memberi kesempatan untuk memperdalam hubungan penting. Teori tersebut sesuai dengan hal yang ingin saya ungkapkan mengenai kualitas hidup *caregiver* pada penelitian saya, dengan melihat tujuan hidup, kontrol dalam diri, dan hubungan interpersonal dalam kehidupan sehari-sehari.

2. Aspek-aspek Kualitas Hidup

Menurut Cohen dkk (2006), terdapat beberapa domain atau aspek yang dapat menunjukkan kualitas hidup pada *family caregiver*, yaitu:

a. Lingkungan

Lingkungan merupakan tempat tinggal individu, termasuk di dalamnya keadaan, ketersediaan tempat tinggal, dan privasi untuk melakukan segala aktivitas kehidupan, termasuk di dalamnya adalah saran dan prasarana yang dapat menunjang kehidupan (Aliyono, dkk., 2012).

b. Kondisi Pasien

Kondisi pasien yaitu situasi atau keadaan yang ada pada diri individu yang menerima perawatan medis baik itu di luar maupun di dalam dirinya.

c. Keadaan *Caregiver*

Keadaan *caregiver* ini mencakup kemampuan individu sebagai *caregiver* dalam mengontrol segala sesuatu yang ada dalam kehidupannya, memiliki waktu dan kesempatan untuk “*care to self*” atau memperhatikan dirinya sendiri, mampu berpikir secara jernih, serta memiliki kesejahteraan secara fisik dan emosional.

d. Pandangan Hidup

Pandangan hidup *caregiver* ini mencakup hal-hal apa yang dirasakan dalam perannya sebagai *caregiver*, kenyamanan dan pengetahuan secara spiritual, serta kebermaknaannya dalam kehidupan.

e. *Relationship* atau Hubungan

Hubungan-hubungan pada aspek ini mencakup hubungan individu atau *caregiver* dengan orang lain, yang dalam hal ini yaitu pasien yang dirawat, dan hubungannya dengan lingkungan sekitar.

f. Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan yaitu bagaimana seorang *family caregiver* membuat berbagai macam keputusan dalam hidupnya terkait kelangsungan hidup diri sendiri maupun individu yang dirawatnya, serta mengenai bagaimana kualitas pelayanan kesehatan yang diterimanya selama ini.

g. Finansial

Finansial atau kondisi keuangan merupakan kemampuan individu dalam segala hal yang meliputi perputaran dan pengelolaan uang. Pada

aspek kualitas hidup termasuk di dalamnya yaitu kekhawatiran *family caregiver* dalam mengelola keuangan.

Berdasarkan uraian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa aspek yang dapat menunjukkan kualitas hidup individu. Aspek-aspek kualitas tersebut terdiri dari lingkungan, kondisi pasien, keadaan *caregiver*, pandangan hidup *caregiver*, *relationship* atau hubungan, dan kualitas pelayanan, serta kondisi finansial.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Terdapat penelitian-penelitian yang berkaitan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, diantaranya:

1. Faktor Psikologis

Terdiri dari strategi koping, stres, emosi negatif, perasaan tidak berdaya, regulasi diri, dan kepribadian seperti efikasi dan optimisme (Kusumadewi, 2012).

2. Mengenali diri sendiri

Individu yang mengenali diri sendiri berarti individu dianggap mampu menutupi kekurangan yang ada dalam dirinya dan mengembangkan kemampuan yang ada dalam dirinya dengan selalu berpikir positif (Ghozally, 2005).

3. Adaptasi

Individu mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan di sekitarnya tanpa mengalami kesulitan yang berarti (Ghozally, 2005).

4. Merasakan penderitaan orang lain

Individu mampu bersikap empati terhadap situasi di lingkungannya dengan membantu menyelesaikan atau memberi solusi terhadap permasalahan yang dialami orang lain (Ghozally, 2005).

5. Perasaan kasih dan sayang

Kemampuan individu untuk peduli, menghargain orang lain dan mampu merasakan emosional yang sama (Ghozally, 2005).

6. Bersikap optimis

Menurut Ghozally (2005), individu dapat menunjukkan perasaan yakin dan percaya bahwa dirinya mampu menyelesaikan semua aktivitas atau pekerjaan yang dijalani dan masalah yang dihadapi.

7. Mengembangkan sikap empati

Kualitas hidup individu dapat dilihat dari kemampuannya untuk mengembangkan sikap empati yaitu mampu merasakan keadaan emosional orang lain, memiliki rasa simpati dan mampu mengetahui apa yang orang lain rasakan dan pikirkan (Ghozally, 2005).

Adapun berbagai penelitian mengenai kualitas hidup menemukan beberapa faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup. Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yaitu :

1. Gender atau Jenis Kelamin

Moons, dkk (dalam Nofitri, 2009) mengatakan bahwa gender adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Bain, dkk (dalam Nofitri, 2009) menemukan adanya perbedaan antara kualitas hidup antara

laki-laki dan perempuan, dimana kualitas hidup laki-laki cenderung lebih baik daripada kualitas hidup perempuan. Bertentangan dengan penemuan Bain, dkk (dalam Nofitri, 2009) menemukan bahwa kualitas hidup perempuan cenderung lebih tinggi daripada laki-laki. Ryff dan Singer (dalam Nofitri, 2009) mengatakan bahwa secara umum, kesejahteraan laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda, namun perempuan lebih banyak terkait dengan aspek hubungan yang bersifat positif sedangkan kesejahteraan tinggi pada pria lebih terkait dengan aspek pendidikan dan pekerjaan yang lebih baik.

2. Usia

Moons dan Dalkey (dalam Nofitri, 2009) mengatakan bahwa usia adalah salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian yang dilakukan oleh Wagner, Abbot, & Lett (dalam Nofitri, 2009) menemukan adanya perbedaan yang terkait dengan usia dalam aspek-aspek kehidupan yang penting bagi individu. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ryff dan Singer (dalam Nofitri, 2009), individu dewasa mengekspresikan kesejahteraan yang lebih tinggi pada usia dewasa madya. Penelitian yang dilakukan oleh Rugerri, dkk (dalam Nofitri, 2009) menemukan adanya kontribusi dari faktor usia tua terhadap kualitas hidup subjektif.

3. Pendidikan

Moons dan Baxter (dalam Nofitri, 2009) mengatakan bahwa tingkat pendidikan adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Wahl, dkk (dalam Nofitri,

2009) menemukan bahwa kualitas hidup akan meningkat seiring dengan lebih tingginya tingkat pendidikan yang didapatkan oleh individu. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, dkk (dalam Nofitri, 2009) menemukan adanya pengaruh positif dari pendidikan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

4. Pekerjaan

Moons, dkk (dalam Nofitri, 2009) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara penduduk yang berstatus sebagai pelajar, penduduk yang bekerja, penduduk yang tidak bekerja (atau sedang mencari pekerjaan), dan penduduk yang tidak mampu bekerja (atau memiliki disabilitas tertentu). Wahl, dkk (dalam Nofitri, 2009) menemukan bahwa status pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup baik pada pria maupun wanita.

5. Status pernikahan

Moons, dkk (dalam Nofitri, 2009) mengatakan bahwa terdapat perbedaan kualitas hidup antara individu yang tidak menikah, individu bercerai ataupun janda, dan individu yang menikah atau kohabitasi. Penelitian empiris di Amerika secara umum menunjukkan bahwa individu yang menikah memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi daripada individu yang tidak menikah, bercerai, ataupun janda/duda akibat pasangan meninggal Glenn dan Weaver (dalam Nofitri, 2009). Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahl, dkk (dalam Nofitri, 2009) menemukan

bahwa baik pada pria maupun wanita, individu dengan status menikah atau kohabitasi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi.

6. Penghasilan

Baxter, dkk dan Dalkey (dalam Nofitri, 2009) menemukan adanya pengaruh dari faktor demografi berupa penghasilan dengan kualitas hidup yang dihayati secara subjektif. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani (dalam Nofitri, 2009) juga menemukan adanya kontribusi yang lumayan dari faktor penghasilan terhadap kualitas hidup subjektif namun tidak banyak.

7. Hubungan dengan orang lain

Baxter, dkk (dalam Nofitri, 2009) menemukan adanya pengaruh dari faktor demografi berupa faktor jaringan sosial dengan kualitas hidup yang dihayati secara subjektif. Kahneman, Diener, & Schwarz (dalam Nofitri, 2009) mengatakan bahwa pada saat kebutuhan akan hubungan dekat dengan orang lain terpenuhi, baik melalui hubungan pertemanan yang saling mendukung maupun melalui pernikahan, manusia akan memiliki kualitas hidup yang lebih baik baik secara fisik maupun emosional. Penelitian yang dilakukan oleh Noghani, Asgharpour, Safa, dan Kermani (dalam Nofitri, 2009) juga menemukan bahwa faktor hubungan dengan orang lain memiliki kontribusi yang cukup besar dalam menjelaskan kualitas hidup subjektif.

Berdasarkan uraian diatas, maka dapat disimpulkan bahwa faktor kualitas hidup adalah hal-hal yang mempengaruhi kualitas hidup individu. Pada kualitas hidup, faktor-faktor yang mempengaruhinya yaitu faktor psikologis; strategi

koping, stres, emosi negatif, perasaan tidak berdaya, regulasi diri, kepribadian seperti efikasi dan optimisme, mengenali diri sendiri, adaptasi, merasakan penderitaan orang lain, perasaan kasih sayang, dan bersikap optimis, serta mengembangkan sikap empati.

B. *Proactive Coping*

1. Definisi Koping

Lazarus dan Folkman (dalam Zimbardo & Gerrig, 1994) mendefinisikan koping sebagai suatu bentuk usaha kognitif dan perilaku yang dilakukan seseorang untuk mengatur tuntutan internal dan eksternal yang timbul dari hubungan individu dengan lingkungan, yang dianggap mengganggu batas-batas yang dimiliki oleh individu tersebut. Koping yang dimaksud terdiri dari pikiran-pikiran khusus dan perilaku yang digunakan individu untuk mengatur tuntutan dan tekanan yang timbul dari hubungan individu dengan lingkungan, khususnya yang berhubungan dengan kesejahteraan.

Selain itu, Coyne, dkk. (dalam Sulsky & Smith, 1981) mendefinisikan koping sebagai suatu usaha-usaha baik kognitif maupun perilaku yang bertujuan untuk mengelola tuntutan lingkungan dan internal, serta mengelola konflik-konflik yang mempengaruhi individu melampaui kapasitas individu. Hal yang sama dikemukakan oleh Chaplin (1994) yang mengungkapkan bahwa koping merupakan tingkah laku dimana individu melakukan interaksi dengan lingkungan sekitarnya dengan tujuan menyelesaikan tugas atau masalah. Tingkah laku koping merupakan suatu proses dinamis dari suatu pola tingkah

laku maupun pikiran-pikiran yang secara sadar digunakan untuk mengatasi tuntutan-tuntutan dalam situasi yang menekan dan menegangkan.

Pendapat lain mengenai koping dikemukakan oleh Nasir dan Muhith (2011), yang mengatakan bahwa koping adalah cara yang digunakan individu dalam menyelesaikan masalah, mengatasi perubahan yang terjadi, dan situasi yang mengancam, baik secara kognitif ataupun perilaku. Hal yang sama pun diungkap oleh Breakwell, G, M (1998), menurutnya koping adalah segala pikiran dan perilaku yang berhasil mengurangi atau menghilangkan ancaman, baik secara sadar dikenali oleh individu maupun tidak. Jadi, individu dapat disebut melakukan koping meskipun individu tersebut tidak menyadari atau tidak mau mengakuinya.

Menurut Lazarus dan Folkman (dalam Sarafino, 2008), terdapat dua strategi yang dapat dilakukan dalam koping, yaitu koping berfokus pada masalah (*problem focused coping*) dan koping berfokus pada emosi (*emotional focused coping*).

a. *Emotional Focused Coping*

Bentuk *coping* ini bertujuan untuk mengontrol respon emosional yang muncul dalam menghadapi *stressor*. Berikut merupakan strategi *coping* yang tergolong dalam *Emotional Focused Coping*, antara lain: 1) *Self-control* yaitu usaha untuk mengatur perasaan, 2) *Distancing* yaitu usaha untuk melepaskan diri dari situasi stres, 3) *Positive reappraisal* yaitu usaha untuk mencari makna positif dari suatu pengalaman yang berfokus pada perkembangan diri, 4) *Accepting responsibility* yaitu mengakui peran diri

dalam suatu masalah, 5) *Escape-avoidance* yaitu usaha untuk melarikan diri dari situasi stres atau berharap situasi stres hilang.

b. *Problem Focused Coping*

Bentuk *coping* ini bertujuan untuk mengurangi tuntutan *stressor* atau mengembangkan sumber daya dalam menghadapi tuntutan tersebut. Berikut merupakan strategi koping yang tergolong dalam *Problem Focused Coping*, antara lain: 1) *Confrontative coping* yaitu usaha yang dilakukan secara agresif untuk mengubah situasi, 2) *Seeking social support* yaitu usaha untuk mencari kenyamanan secara emosional dan mencari informasi dari orang lain, 3) *Planful problem solving* yaitu merencanakan, mendeskripsikan dan menghasilkan solusi untuk menyelesaikan situasi stres.

2. Definisi *Proactive Coping*

Aspinwall dan Taylor (1997) mengungkapkan bahwa perilaku proaktif merupakan suatu proses di mana seseorang mengantisipasi penyebab stres yang berpotensi mengganggu keseimbangan emosinya dan bertindak dalam rangka mencegah hal tersebut terjadi dalam dirinya. Menurut Schwarzer (Greenglass, 2001), *proactive coping* adalah suatu pencapaian tujuan menuju sikap mandiri dan perbaikan diri dengan berusaha merealisasikan tujuan tersebut melalui proses pengaturan diri untuk mencapai tujuan yang diinginkan dan menjelaskan apa yang memotivasi seseorang dalam mencapai tujuan tersebut, serta berkomitmen terhadap diri sendiri untuk manajemen kualitas pribadi.

Sementara itu, Greenglass (2001) mendefinisikan *proactive coping* sebagai strategi koping yang multidimensional dan lebih banyak melihat pada pencapaian tujuan akhir. *Proactive coping* memfokuskan pada perbaikan kualitas hidup (*personal quality of life management*) dengan menggabungkan elemen-elemen psikologi positif.

Proactive Coping merupakan salah satu strategi multidimensional yang berlandaskan masa depan. *Proactive coping* mengintegrasikan proses-proses dari manajemen kualitas hidup seseorang dengan regulasi diri untuk mencapai tujuan (Greenglass, Schwarzer, & Taubert dalam Greenglass & Fiksenbaum, 2009). Schwarzer dan Taubert (2002) menambahkan bahwa *Proactive Coping* terdiri dari upaya untuk membangun sumber daya yang memfasilitasi pencapaian tujuan yang menantang dan mendorong pertumbuhan personal. Lebih jauh menurut Greenglass (2002), *proactive coping* mengintegrasikan proses dari kualitas personal dalam manajemen kehidupan dengan pengaturan diri (*self regulatory*) untuk mencapai tujuan. *Proactive coping* ditunjukkan dengan tiga hal utama, yaitu:

- a. Kemampuan untuk mengintegrasikan rencana dan strategi-strategi preventif dengan cara proaktif untuk pengaturan diri dalam rangka pencapaian tujuan.
- b. Kemampuan untuk melakukan identifikasi dan menggunakan sumber-sumber sosial (*social resources*) untuk mencapai tujuan secara proaktif.
- c. Menggunakan penyelesaian masalah secara emosional dengan proaktif untuk pengaturan diri dalam rangka mencapai tujuan.

Proactive coping tentu memiliki perbedaan dengan koping tradisional (*Reactive Coping*). Greenglass (2002) merumuskan tiga perbedaan antara keduanya:

- a. *Reactive Coping* cenderung bersifat reaktif, ketika berhadapan dengan stresor yang telah terjadi dengan mengurangi atau menghilangkan dampak stres. Di sisi lain, *proactive coping* lebih berorientasi masa depan dengan mengembangkan sumber daya umum dan potensi diri untuk mencapai tujuan akhir yang menantang.
- b. *Reactive Coping* sering disebut sebagai manajemen risiko sedangkan *proactive coping* disebut sebagai manajemen tujuan. Individu dengan *proactive coping* memiliki visi, mereka mampu melihat tuntutan dan peluang di masa depan. Mereka tidak menilai ini sebagai ancaman, kerusakan, atau kehilangan. Sebaliknya, mereka menganggap situasi sulit sebagai tantangan.
- c. *Reactive Coping* cenderung menilai kejadian sebagai risiko, ancaman dan hambatan. Hal ini berbeda dengan *proactive coping* yang lebih bersifat positif dan melihat sebuah kejadian sebagai hal yang menantang dan membangkitkan semangat.

Sumber daya yang dimaksud meliputi, strategi koping, atribut kepribadian seperti *self-efficacy* dan dukungan sosial. Sumber daya yang lebih baik akan membuat individu mengatasi stres dengan lebih efektif. Hal ini juga disampaikan oleh Aspinwall & Taylor (1997) bahwa individu yang sumber psikososial telah berkembang dengan baik, kontrol diri yang baik, harga diri

yang tinggi dan memiliki optimisme, cenderung bersifat proaktif terhadap kesehatan yang dapat meminimalkan efek stres.

Berdasarkan pemaparan diatas, teori yang saya gunakan lebih mengacu pada Greenglass yang mendefinisikan *proactive coping* sebagai strategi koping yang multidimensional dan lebih banyak melihat pada pencapaian tujuan akhir. *Proactive coping* memfokuskan pada perbaikan kualitas hidup (*personal quality of life management*) dengan menggabungkan elemen-elemen psikologi positif. Teori ini sesuai dan mewakili hal yang ingin saya teliti dengan mengintegrasikan proses dari kualitas personal dalam manajemen kehidupan dengan pengaturan diri (*self regulatory*) untuk mencapai tujuan.

3. Aspek-aspek *Proactive Coping*

Greenglass, dkk (1999) mengungkapkan bahwa *Proactive Coping* memiliki enam aspek, yaitu:

- a. Koping dengan pengaturan diri, yaitu strategi mengatasi masalah yang meliputi kombinasi kognitif dan perilaku untuk mencapai tujuan (*goal attainment*) melalui pengaturan diri.
- b. Koping dengan simulasi, yaitu meliputi pemikiran tentang berbagai kemungkinan alternatif perilaku dengan membandingkan keefektifannya, termasuk di dalamnya yaitu brainstorming, menganalisis masalah dan sumber daya serta menghasilkan dugaan rencana yang akan dilakukan.
- c. Perencanaan strategis, yaitu proses menghasilkan jadwal tindakan yang berorientasi pada tujuan, dengan cara memilah masalah yang besar menjadi masalah-masalah yang lebih kecil.

- d. Koping dengan antisipasi, yaitu berkaitan dengan antisipasi potensi stres dan persiapan sebelum stresor berkembang sepenuhnya. Upaya koping mengantisipasi ini bereaksi terhadap ancaman potensial di masa depan dengan mempertimbangkan pengalaman, antisipasi atau pengetahuan.
- e. Mencari dukungan instrumental, yaitu berfokus pada saran, informasi dan umpan balik dari orang-orang dalam jaringan sosialnya ketika berhadapan dengan stresor.
- f. Mencari dukungan emosional, yaitu berfokus untuk mengatur tekanan emosional sementara dengan mengungkapkan perasaan pada orang lain, membangkitkan empati dan mencari dukungan emosional dari orang terdekat.
- g. Koping dengan menghindari, yaitu berkaitan dengan strategi yang dilakukan individu untuk menjauhkan diri dari sumber stres dengan cara melakukan suatu aktivitas atau menarik diri dari suatu kegiatan atau situasi yang berpotensi menimbulkan stres.

C. Family Caregiver

1. Definisi *Family Caregiver*

Fernandes & Angelo (2016) menyatakan bahwa *caregiver* adalah seseorang yang memberikan cinta, kasih sayang, bantuan, dukungan sosial, dan pengetahuan profesional kepada (pasien) yang dirawatnya. Seorang *caregiver* bisa berasal dari keluarga, kerabat dan teman-teman atau tenaga profesional yang sudah terlatih. *Family* atau keluarga menurut Friedman (1998) adalah

kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dalam keterikatan aturan atau emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga. Terdapat lima fungsi dasar dalam keluarga, yaitu: fungsi afektif, sosialisai, reproduksi, ekonomi dan perawatan kesehatan. Alliance (2011), secara sederhana mendefinisikan *family caregiver* sebagai seseorang yang merupakan anggota keluarga, pasangan hidup atau kerabat yang bertanggungjawab untuk memenuhi kebutuhan orang lain yang tidak mampu merawat dirinya sendiri karena sakit, cedera atau cacat, baik pemenuhan kebutuhan secara fisik, emosional maupun finansial. Groves (2009) memaparkan bahwa *family caregiver* memainkan peran penting dengan memahami emosi, keinginan dan kebutuhan pasien, dan membantu mengkomunikasikan hal ini kepada orang lain.

Friedman (1998) menyebutkan tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan anggota keluarga. Tugas pertama keluarga dalam pemeliharaan kesehatan anggota keluarganya yaitu mengenali gangguan perkembangan kesehatan seluruh anggota keluarga. Peran keluarga yang kedua adalah peran pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, dimana keluarga harus dapat memutuskan tindakan apa yang paling tepat diberikan pada salah satu anggota keluarga yang mengalami sakit dan mengambil alih sementara kewajiban yang melekat pada diri pasien. Peran ketiga yaitu memberikan perawatan bagi anggota keluarganya yang sakit, dan yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau karena usianya yang terlalu muda. Tahap keempat yaitu mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan

kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga. Pasien biasanya sudah menerima kondisi sakitnya dan peran keluarga dalam memberikan dukungan sangat diharapkan oleh pasien terutama dalam kondisi kecacatan. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan merupakan tahap terakhir tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan. Keluarga harus dapat menunjukkan pemanfaatan dengan baik terhadap fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada.

Berdasarkan pemaparan di atas, *family caregiver* adalah seseorang yang merupakan keluarga, pasangan hidup, atau kerabat yang secara sukarela memberikan perhatian, cinta dan kasih sayang serta pemenuhan kebutuhan baik fisik maupun emosional kepada seseorang (pasien) yang menderita sakit, cedera atau cacat fisik.

2. Jenis dan Macam *Caregiver*

Kusuma (2013) menjelaskan bahwa terdapat dua jenis *caregiver* yang dikenal dimasyarakat, yaitu *caregiver* formal dan *caregiver* informal. *Family caregiver* kadang-kadang disebut sebagai *caregiver* informal, istilah tersebut menggambarkan orang-orang yang merawat anggota keluarga atau kerabat di rumah tanpa mendapatkan upah atau bayaran. Sedangkan *caregiver* formal merupakan orang-orang yang memberikan perawatan kesehatan di rumah dan tempat lainnya yang disertai dengan pelatihan dan pemberian upah atau bayaran atas pelayanan yang diberikan. Macam-macam *caregiver* yang ada di masyarakat antara lain adalah *caregiver* diabetes, *caregiver* stroke, *caregiver* lansia, dan *caregiver* alzheimer, serta *caregiver* skizofrenia.

D. Hubungan antara *Proactive Coping* dan Kualitas Hidup

Setiap individu yang memiliki anggota keluarga penderita suatu penyakit kronis akan mendapatkan peran baru sebagai *family caregiver*. Hal tersebut memicu banyaknya tuntutan yang harus dipenuhi oleh *family caregiver* tersebut mengingat perannya sebagai seseorang yang merawat anggota keluarga yang sakit. Ketika *family caregiver* mampu melewati ataupun mampu menyelesaikan permasalahan-permasalahan dalam perannya sebagai *family caregiver* secara adaptif, hal tersebut akan berdampak positif bagi kondisi fisik maupun kondisi psikologis *family caregiver*. Begitu pula sebaliknya, apabila *family caregiver* menganggap tuntutan perannya sebagai tekanan ataupun ancaman, maka *family caregiver* tersebut akan mengalami kegagalan ketika melakukan penyelesaian terhadap suatu permasalahan yang dihadapi.

Kegagalan yang dialami oleh *family caregiver* tersebut akan berdampak negatif bagi kondisi fisik maupun kondisi psikologis. Dampak negatif bagi kondisi fisik, meliputi tekanan darah meningkat, mudah lelah dan tegang secara fisik, sulit tidur, jantung berdetak lebih cepat dan kuat, lengan dan kaki bergetar, sakit kepala, dan lain sebagainya. Lantas, dampak negatif bagi kondisi psikologis, meliputi sulit berkonsentrasi, mudah lupa, tidak mampu membuat suatu keputusan, cemas, mudah tersinggung, gelisah, depresi, sensitif, gugup, sedih, perasaan bersalah berlebihan, kemarahan, dan ketidakmampuan bersosialisasi dengan lingkungan sekitar. Beberapa dampak negatif tersebut merupakan gejala-gejala yang akan muncul apabila *family caregiver* tersebut sedang mengalami kondisi stres yang dipicu dari tuntutan peran sebagai *family caregiver*.

Salah satu cara untuk dapat mengurangi tingkat stres pada *family caregiver* yang disebabkan oleh tuntutan peran dalam mengurus dan memperhatikan penderita penyakit kronis, yaitu berupa perilaku koping. Ketika seorang individu dapat melakukan koping terhadap stresor yang dihadapi, maka akan sangat membantu dalam mengatasi berbagai macam tekanan dari stresor. Koping yang dimaksud disini adalah *proactive coping*, karena *proactive coping* dianggap sebagai strategi koping yang multidimensional dan lebih banyak melihat pada pencapaian tujuan akhir. *Proactive coping* memfokuskan pada perbaikan kualitas hidup (*personal quality of life management*) dengan menggabungkan elemen-elemen psikologi positif.

Guna mencapai tujuan-tujuan tersebut, *proactive coping* memperhatikan hal-hal dalam mengintegrasikan rencana dan strategi preventif, melakukan identifikasi dan menggunakan sumber-sumber sosial, serta menyelesaikan masalah secara emosional dengan proaktif untuk mencapai tujuan akhir. Aspek-aspek *proactive coping* sendiri menurut Grenglass, dkk (1999) ada tujuh, yaitu: koping dengan pengaturan diri, koping dengan simulasi, perencanaan strategis, koping dengan mengantisipasi, mencari dukungan instrumental, dan mencari dukungan emosional, serta koping dengan menghindar.

Koping dengan pengaturan diri akan membantu *family caregiver* dalam mengatasi masalah dengan melakukan kombinasi kognitif dan perilaku untuk mencapai tujuan (*goal attainment*) melalui pengaturan diri (Greenglass, 1999). Idealnya pada diri *family caregiver*, terdapat kemampuan tersebut agar di setiap permasalahan dalam merawat penderita DM II dapat terselesaikan dengan baik,

dan hal tersebut tidak membuat *family caregiver* merasa terpuruk karena peran dan aktivitasnya sehari-hari sehingga mampu mempertahankan bahkan meningkatkan kualitas hidupnya menjadi lebih baik.

Koping dengan simulasi meliputi pemikiran tentang berbagai kemungkinan alternatif perilaku dengan membandingkan keefektifannya, termasuk di dalamnya yaitu brainstorming, menganalisis masalah dan sumber daya serta menghasilkan dugaan rencana yang akan dilakukan (Greenglass, 1999). Jika hal tersebut dimiliki dalam diri *family caregiver*, idealnya mereka akan terus memiliki alternatif-alternatif hal positif lainnya agar penderita DM II senantiasa mendapatkan pelayanan dan perawatan yang baik guna kelangsungan hidup salah satu anggota keluarganya tersebut. Maka dari itu, hal tersebut dapat membuat *family caregiver* menjadi pribadi yang berwawasan lebih luas lagi karena tuntutan keadaan. Hal ini dapat mengindikasikan meningkatkannya kualitas hidup *family caregiver*.

Perencanaan strategis meliputi proses menghasilkan jadwal tindakan yang berorientasi pada tujuan, dengan cara memilah masalah yang besar menjadi masalah-masalah yang lebih kecil (Greenglass, 1999). *Family caregiver* idealnya memiliki kemampuan tersebut agar dapat selalu memberikan hal yang terbaik untuk kelangsungan hidup penderita DM II. Hal tersebut dapat mempertahankan bahkan meningkatkan kualitas hidup *family caregiver* itu sendiri. Selanjutnya koping dengan antisipasi, meliputi antisipasi potensi stres dan persiapan sebelum stresor berkembang sepenuhnya. Upaya koping dengan mengantisipasi ini bereaksi terhadap ancaman potensial di masa depan dengan mempertimbangkan pengalaman, antisipasi atau pengetahuan. Dengan kemampuan tersebut dalam

memberikan perawatan kepada DM II, akan membuat diri *family caregiver* memiliki kualitas hidup yang lebih baik lagi.

Mencari dukungan instrumental meliputi hal-hal yang berfokus pada saran, informasi dan umpan balik dari orang-orang dalam jaringan sosialnya ketika berhadapan dengan stressor (Greenglass, 1999). Selain hal-hal tersebut di atas, memiliki dukungan dari orang-orang disekitar *family caregiver* sangatlah akan berarti dan saran-saran dan umpan balik tersebut bisa datang dari dokter, teman atau sumber dari internet. Dengan hal tersebut, akan banyak informasi-informasi lain yang diberikan dan akan sangat membantu *family caregiver* dalam memberikan perawatan kepada pasien DM II, sehingga dapat diindikasikan meningkatnya kualitas hidup pada *family caregiver*.

Mencari dukungan emosional meliputi pengaturan tekanan emosional sementara dengan mengungkapkan perasaan pada orang lain, membangkitkan empati dan mencari dukungan emosional dari orang terdekat (dalam Greenglass, 1999). *Family caregiver* idealnya memiliki kemampuan dalam mengatur tekanan emosional dengan berbagi kepada orang-orang disekitar yang dipercaya dapat mengurangi perasaan lelah atau kebingungan mengenai perannya sebagai *family caregiver* dari penderita DM II. Hal tersebut dapat membangkitkan empati dan secara tidak langsung mendapatkan dukungan secara emosional. Sehingga akan banyak energi-energi positif yang diberikan dari orang-orang disekitar dan membuat *family caregiver* memiliki kualitas hidup yang baik dan lebih baik lagi.

Koping dengan menghindar, merupakan hal-hal yang berkaitan dengan strategi yang dilakukan individu untuk menjauhkan diri dari sumber stres dengan

cara melakukan suatu aktivitas atau menarik diri dari suatu kegiatan atau situasi yang berpotensi menimbulkan stres (Greenglass, 1999). Sebagai seorang *family caregiver* diharapkan mampu menghindar dari hal-hal atau situasi yang dapat menimbulkan gejala stres dalam kehidupan sehari-hari dengan melakukan berbagai macam kegiatan-kegiatan yang disukai dan positif. Hal tersebut akan menghindarkan dari pemikiran-pemikiran negatif dan rasa terpuruk dalam diri *family caregiver*, sehingga kualitas hidupnya akan meningkat dan lebih baik lagi. .

Pada dasarnya menerima kondisi salah satu anggota keluarga yang didiagnosis dokter menderita suatu penyakit kronis tidaklah mudah. Banyak kebiasaan-kebiasaan yang berubah semenjak hal tersebut terjadi. Peran keluarga disini sangatlah penting untuk mensupport dan menumbuhkan kembali semangat para penderita penyakit kronis khususnya DM II untuk menjalani hidup jauh lebih baik ke depan, meskipun dengan kondisi penyakit yang dialami saat ini. Perasaan bingung dan *shock* hingga stres akibat perubahan tersebut wajarlah terjadi dialami oleh *family caregiver* ketika harus berperan lebih mengurus dan memberikan perhatian guna kelangsungan hidup penderita DM II. Kondisi tersebut jika tidak ditangani dengan baik akan berdampak pada psikologis *family caregiver*.

Kemampuan dalam melakukan *proactive coping* yang dimiliki oleh *family caregiver* penderita DM II akan mempengaruhi berbagai aspek dalam kehidupan sehari-hari yang meliputi pengaturan pola hidup yang seharusnya dijalani oleh penderita DM II, karena mereka memiliki usaha-usaha yang proaktif dan antisipatif dalam mencapai tujuannya yaitu kesejahteraan baik fisik dan psikologis dari penderita DM II. Guna meminimalisir hal negatif akibat situasi menekan

seperti rasa stres, diperlukan strategi koping yang tepat pada *family caregiver*. Melakukan strategi koping proaktif yang tepat dapat membantu *family caregiver* untuk memaksimalkan fungsinya di kehidupan sehari-hari. Apabila *family caregiver* tidak memiliki kemampuan dalam mengelola koping yang tepat, hal tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup pada *family caregiver* tersebut.

E. Hipotesis

Berdasarkan pemaparan teori-teori diatas, maka hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah ada hubungan positif antara *proactive coping* dan kualitas hidup pada *family caregiver* penderita DM II. Semakin tinggi *proactive coping* yang dimiliki *family caregiver* DM II, semakin tinggi kualitas hidupnya. Sebaliknya, semakin rendah *proactive coping* pada *family caregiver* DM II, semakin rendah pula kualitas hidupnya.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Variabel Penelitian

Penelitian dalam skripsi ini menjawab tujuan dan hipotesis yang diajukan, maka penelitian ini akan menggunakan pendekatan kuantitatif dan desain penelitian korelasional yaitu pendekatan yang bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel bebas dan variabel tergantung. Variabel penelitian sebagai berikut:

1. Variabel Tergantung: Kualitas Hidup
2. Variabel Bebas: *Proactive Coping*

B. Definisi Operasional Variabel Penelitian

1. Kualitas Hidup

Kualitas hidup *family caregiver* menurut Cohen (2006) didefinisikan sebagai kesejahteraan subjektif pada *family caregiver* yang mencerminkan perbedaan atau kesenjangan antara harapan dan pengalaman saat ini yang dapat memperkuat rasa dan tujuan seseorang dalam hidup, serta memberi kesempatan untuk memperdalam hubungan penting. Secara operasional, kualitas hidup *family caregiver* ini mengungkap tujuh aspek sebagai berikut: (a) lingkungan, (b) kondisi pasien, (c) keadaan *caregiver*, (d) pandangan hidup, (e) *relationship* atau hubungan, dan (f) kualitas pelayanan, serta (g) finansial. Semakin tinggi skor kualitas hidup menunjukkan bahwa semakin

tinggi kualitas hidup pada responden, atau sebaliknya semakin rendah skor kualitas hidup menunjukkan bahwa semakin rendah kualitas hidupnya.

2. *Proactive Coping*

Greenglass (2001) mendefinisikan *proactive coping* sebagai strategi koping yang multidimensional dan lebih banyak melihat pada pencapaian tujuan akhir. *Proactive coping* memfokuskan pada perbaikan kualitas hidup (*personal quality of life management*) dengan menggabungkan elemen-elemen psikologi positif dan dapat memenuhi tujuh aspek yaitu: (a) koping dengan pengaturan diri, (b) koping dengan simulasi, (c) perencanaan yang strategis, (d) koping dengan antisipasi, (e) mencari dukungan instrumental, dan (f) mencari dukungan emosional, serta (g) koping dengan menghindar, dengan mengacu pada *Proactive Coping Inventory* (PCI) yang dikembangkan oleh Greenglass (1999). Semakin tinggi skor *proactive coping* menunjukkan bahwa semakin tinggi kemampuan responden dalam mengatur koping pada permasalahan yang dihadapinya, atau sebaliknya semakin rendah skor pada *proactive coping* menunjukkan bahwa semakin rendah kemampuan responden dalam mengatur koping pada permasalahan yang dihadapinya.

C. Responden Penelitian

Penelitian ini melibatkan responden yang merupakan *family caregiver* atau keluarga yang merawat pasien penderita *Diabetes Mellitus* di Yogyakarta dan Jawa Tengah. Responden dalam penelitian ini dapat berjenis kelamin perempuan dan laki-laki, usia 19-65 tahun, dan tinggal bersama dalam satu rumah. Penelitian ini melibatkan responden yang merupakan *family caregiver* penderita DM karena

menurut peneliti, *caregiver* perlu memiliki sikap koping yang proaktif yang baik terhadap permasalahan yang dihadapi sebagai keluarga yang merawat pasien penderita DM yang perlu memiliki pola hidup yang terjaga agar tetap terjaga gula darahnya. Sehingga apabila *family caregiver* memiliki kemampuan *proactive coping*, diasumsikan kualitas hidupnya pun baik.

D. Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode *snowball* sampling dan metode survei. Metode *Snowball* sampling adalah suatu pendekatan untuk menemukan informan-informan kunci yang memiliki banyak informasi. Dengan menggunakan pendekatan ini, beberapa responden yang potensial dihubungi dan ditanya apakah mereka mengetahui orang yang lain dengan karakteristik seperti yang dimaksud untuk keperluan penelitian. Kontak awal akan membantu mendapatkan responden lainnya melalui rekomendasi (Nurdiani, 2014). Metode survei dilakukan dengan menggunakan kuisioner dalam pengambilan data. Kuisioner menggunakan skala model *Likert*, yaitu Skala Kualitas Hidup dan Skala *Proactive Coping*. Masing-masing akan dijelaskan secara rinci sebagai berikut:

1. Skala Kualitas Hidup

Peneliti menggunakan skala dari QOLLTI-F: *measuring family carer quality of life* yang dikembangkan oleh Cohen, dkk (2006). Skala ini disusun berdasarkan beberapa aspek-aspek berikut ini:

- a. Lingkungan
- b. Kondisi Pasien

- c. Keadaan *Caregiver*
- d. Pandangan Hidup
- e. *Relationship* atau hubungan
- f. Kualitas Pelayanan
- g. Finansial

Langkah-langkah pembuatan skala pada penelitian ini yaitu:

1. Mencari alat ukur yang mengukur kualitas hidup *caregiver* dari berbagai jurnal dan sumber lainnya.
2. Menerjemahkan aitem-aitem pertanyaan dari jurnal asing ke dalam bahasa Indonesia.
3. Mencari *blue print* dari aitem-aitem pertanyaan tersebut.
4. Menyesuaikan bahasa dengan memodifikasi beberapa aitem-aitem pertanyaan agar lebih mudah dipahami oleh responden penelitian.

Skala ini terdiri dari 16 aitem pernyataan yang terbagi menjadi pernyataan *favourable* dan *unfavourable* akan dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 3.1

Distribusi pernyataan pada Skala Kualitas Hidup

No	Aspek	Nomer Butir		Jumlah
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1	Lingkungan	1,2	-	2
2	Kondisi Pasien	3	-	1
3	Keadaan <i>Caregiver</i>	4,5,6,7,8	-	5
4	Pandangan Hidup	9,10,11	-	3
5	<i>Relationship</i> atau Hubungan	12,13	-	2

6	Kualitas Pelayanan	14,15	-	2
7	Finansial	16	-	1
Jumlah		16	-	16

2. Skala *Proactive Coping*

Peneliti menggunakan skala *Proactive Coping Inventory (PCI)* yang dikembangkan oleh Greenglass (1999) yang mengungkapkan *proactive coping* berdasarkan aspek-aspek menurut yang terdiri dari:

- a. Koping dengan Pengaturan Diri
- b. Koping dengan Simulasi
- c. Perencanaan yang Strategis
- d. Koping dengan Antisipasi
- e. Mencari Dukungan Instrumental
- f. Mencari Dukungan Emosional
- g. Koping dengan Menghindar

Langkah-langkah pembuatan skala pada penelitian ini yaitu:

1. Mencari alat ukur yang mengukur kualitas hidup *caregiver* dari berbagai jurnal dan sumber lainnya.
2. Menerjemahkan aitem-aitem pertanyaan dari jurnal asing ke dalam bahasa Indonesia.
3. Mencari *blue print* dari aitem-aitem pertanyaan tersebut.
4. Menyesuaikan bahasa dengan memodifikasi beberapa aitem-aitem pertanyaan agar lebih mudah dipahami oleh responden penelitian.

Skala ini terdiri dari 55 aitem pernyataan yang terbagi menjadi pernyataan *favourable* dan *unfavourable* yang akan dijelaskan pada tabel berikut:

Tabel 3.1

Distribusi pernyataan Skala Proactive Coping

No	Aspek	Nomer Butir		Jumlah
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1	Koping dengan pengaturan diri	1,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13	2,9,14	14
2	Koping dengan simulasi	15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25	-	11
3	Perencanaan yang strategis	26,27,28,29	-	4
4	Koping dengan antisipasi	30,31,32,33,34,35,36,37,38,39	-	10
5	Mencari dukungan instrumental	40,41,42,43,44,45,46,47	-	8
6	Mencari dukungan emosional	48,49,50,51,52	-	5
7	Koping dengan menghindar	53,54,55	-	3
Jumlah		52	3	55

Penilaian tingkat kualitas hidup dan *proactive coping* ditentukan oleh skor angka yang terdapat pada skala tersebut. Semakin tinggi skor kualitas hidup yang didapatkan, maka semakin tinggi pula skor *proactive coping* individu.

E. Validitas dan Reliabilitas Alat Ukur

1. Validitas

Uji validitas dilakukan dengan analisis rasional, yaitu dengan membuat *blue print* dengan menyesuaikan aitem-aitem yang menunjukkan indikator perilaku dengan batasan domain yang akan diukur (Azwar, 2004). Uji validitas dilakukan dengan menghitung korelasi antara masing-masing aitem dengan skor total menggunakan rumus *product moment* dari *Pearson*. Perhitungan dilakukan secara komputasi dengan menggunakan analisis statistik *SPSS for windows* versi 20.0.

2. Reliabilitas

Instrumen ukur yang berkualitas baik adalah reliabel, yaitu mampu menghasilkan skor atau nilai yang cermat dengan eror pengukuran yang kecil. Reliabilitas fungsi ukur skala diestimasi melalui dua macam statistik, yaitu koefisien reliabilitas dan eror standar pengukuran (Azwar, 2012). Guna mengetahui reliabilitas alat ukur dalam penelitian ini, digunakan teknik Alpha dari *Cronbach*. Proses perhitungan reliabilitasnya menggunakan program *SPSS for windows versi 15.0*. Azwar (2012) menjelaskan bahwa reliabilitas mengacu pada keterpercayaan atau konsistensi hasil ukur, yang mengandung makna seberapa tinggi kecermatan pengukuran. Koefisien reliabilitas berada dalam rentang angka dari 0 sampai dengan 1,00. Jika koefisien reliabilitas semakin tinggi mendekati 1,00, maka pengukuran semakin reliabel. Akan tetapi, dalam pengukuran psikologi, koefisien sempurna yang mencapai 1,00 belum pernah dijumpai.

F. Metode Analisis Data

Pada penelitian ini yang dilakukan oleh peneliti bertujuan untuk mengetahui hubungan antara *proactive coping* dan kualitas hidup pada *family caregiver* penderita Diabetes Mellitus tipe II. Sehingga untuk dapat membuktikan hipotesis, peneliti melakukan beberapa uji statistika. Uji statistik yang dilakukan yaitu uji korelasi dari *Pearson*. Oleh karena itu, analisis data pada penelitian ini akan menggunakan perhitungan statistik dengan bantuan *software SPSS* versi 21.0.

BAB IV

PELAKSANAAN DAN HASIL PENELITIAN

A. Orientasi Kancan dan Persiapan Penelitian

1. Orientasi Kancan

Lokasi penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah di Jawa Tengah dan Daerah Istimewa Yogyakarta. Responden penelitian ini adalah individu yang berlatar belakang sebagai keluarga yang merawat (*family caregiver*) dari penderita Diabetes Mellitus tipe II, tinggal bersama dalam satu rumah, dan latar belakang lainnya seperti usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pernikahan, dan status dalam keluarga. Latar belakang yang dimiliki oleh responden mulai dari usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pernikahan, dan status dalam keluarga menjadi suatu hal yang peneliti lihat.

Berdasarkan informasi yang didapatkan, tugas *caregiver* tidak sebatas kepada pekerjaan rumah tangga, akan tetapi dibagi ke dalam empat kategori. Pertama *physical care*, seperti memberi makan, mengganti pakaian, memotong kuku, membersihkan kamar, dan lain-lain. Kedua, *social care* seperti menjadi supir atau seseorang yang menemani mengunjungi tempat hiburan, mengantar ke rumah sakit, dan bertindak sebagai sumber informasi dari seluruh dunia di luar perawatan di rumah. Ketiga *emotional care*, yaitu menunjukkan kepedulian, cinta dan kasih sayang kepada pasien yang tidak selalu ditunjukkan ataupun dikatakan namun ditunjukkan melalui tugas-tugas lain yang dikerjakan. Keempat *quality care*, yaitu memantau tingkat perawatan, standar

pengobatan, dan indikasi kesehatan, serta berurusan dengan masalah yang timbul.

Responden penelitian yang merupakan *family caregiver* (keluarga yang merawat) penderita DM II yaitu seseorang yang setiap harinya memberikan perawatan dan perhatian kepada penderita DM II yang merupakan salah satu anggota dalam keluarga, hal tersebut dilakukan guna membantu kelangsungan hidup penderita DM II dalam melakukan segala aktifitas sehari-hari baik aktifitas yang ringan ataupun berat sekalipun.

Pada penelitian ini, usia termuda responden yaitu 19 tahun dan usia paling tertua adalah 67 tahun. Jenis kelamin responden yaitu laki-laki atau perempuan. Pendidikan terakhir yang dimiliki responden-responden penelitian ini adalah SD, SMP, SMA/SMK, Diploma, Sarjana, dan Pascasarjana. Lalu status pernikahan yang dikategorikan yaitu sudah menikah atau belum menikah. Mengenai status dalam keluarga yaitu bermacam-macam, seperti status sebagai orangtua, suami, istri, anak, atau saudara dari pasien penderita DM II. Alasan peneliti mengambil rentang usia yang cukup jauh dikarenakan *family caregiver* sendiri bisa saja berasal dari anak, suami/istri, orangtua, saudara, dan kerabat yang tinggal dalam satu rumah. Sehingga tidak ada batasan usia secara mutlak, karena cakupan *family caregiver* itu sendiri cukup luas.

2. Persiapan Penelitian

Sebelum melakukan proses pengambilan data, terdapat beberapa hal yang harus dilakukan peneliti terkait dengan persiapan administrasi dan persiapan alat ukur.

a. Persiapan Administrasi

Persiapan administrasi yang dilakukan oleh peneliti adalah pertama mengurus perizinan penelitian yang ditujukan pada pihak instansi terkait. Perizinan ini bertujuan guna menghindari hal-hal yang merugikan salah satu pihak. Surat perizinan yang dibutuhkan dibuat terlebih dahulu di bagian akademik Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya yang ditujukan kepada pimpinan Rumah Sakit Islam Fatimah di Cilacap Jawa Tengah. Surat izin tersebut dikeluarkan oleh Dekan Fakultas Psikologi dan Ilmu Sosial Budaya Universitas Islam Indonesia dengan Nomor: 140/Dek/70/Div.Um.RT/II/2017 pada tanggal 24 Februari 2017.

Setelah dikeluarkannya surat perizinan tersebut, peneliti mulai memasukkan surat perizinan tersebut ke instansi yang dituju. Setelah proses tersebut, peneliti menunggu respon dari instansi tersebut perihal bisa atau tidaknya diadakan penelitian di instansi tersebut. Namun setelah menunggu beberapa lama sekitar 2-3 minggu, tidak ada respon dari instansi tersebut atas perizinan yang sudah peneliti masukkan, akhirnya peneliti memutuskan untuk membatalkan instansi tersebut perihal mendapatkan responden penelitian. Langkah selanjutnya yang dilakukan peneliti yaitu mengumpulkan informasi dari orang-orang yang memiliki

saudara/teman dengan riwayat DM II, dan kebetulan banyak pula kerabat-kerabat peneliti yang menderita DM II sehingga dapat memudahkan pencarian responden penelitian.

Setelah informasi-informasi tersebut terkumpul, peneliti mengunjungi satu per satu rumah dari responden penelitian, meskipun hal tersebut membutuhkan waktu yang cukup lama tetapi pada akhirnya penelitian ini bisa terselesaikan. Responden pada uji coba *preliminary* dan pengambilan data berada di dua lokasi yaitu di daerah Cilacap dan Kulon Progo, Yogyakarta.

b. Persiapan Alat Ukur

Langkah berikutnya yaitu melakukan persiapan alat ukur yang digunakan untuk pengambilan data penelitian. Peneliti menggunakan alat ukur dua alat ukur yaitu skala kualitas hidup dan skala *proactive coping*. Skala kualitas hidup yang digunakan peneliti, dikembangkan oleh Cohen dkk (2007). Sedangkan skala *proactive coping* yang digunakan peneliti, dikembangkan oleh Greenglass (1999). Skala kualitas hidup berjumlah 16 aitem pernyataan dengan distribusi 16 aitem *favourable* dan tidak ada aitem *unfavourable*. Sedangkan untuk skala *proactive coping* berjumlah 55 aitem pernyataan dengan distribusi 52 aitem *favourable* dan 3 aitem *unfavourable*.

c. Uji Coba Alat Ukur

Setelah melakukan uji coba alat pada kedua alat ukur yaitu kualitas hidup dan *proactive coping*, maka diperoleh data penelitian dari masing-

masing alat ukur. Proses selanjutnya adalah melakukan uji validitas, uji reliabilitas, dan seleksi aitem pada kedua alat ukur tersebut. Validitas merupakan derajat ketepatan atau kelayakan instrumen yang digunakan untuk mengukur apa yang akan diukur serta sejauh mana instrumen tersebut menjalankan fungsi pengukurannya (Dahlan, 2015).

Sedangkan menurut Azwar (2015), reliabilitas mengacu pada keterpercayaan atau konsistensi hasil ukur yang mengandung makna seberapa tinggi kecermatan pengukuran, maka uji reliabilitas ini sangat penting dan dibutuhkan dalam penelitian. Uji validitas dan reliabilitas pada alat ukur ini perlu dilakukan sebelum dilaksanakannya pengambilan data. Data penelitian diambil melalui uji coba terlebih dahulu, setelah ini dilakukan analisis hasil data penelitian menggunakan program komputer *Statistical Package for Social Science (SPSS) version 21.0 for windows*.

d. Hasil Uji Coba Alat Ukur

1) Skala Kualitas Hidup

Berdasarkan uji coba skala kualitas hidup yang berjumlah 16 aitem dari Cohen dkk (2007) yang diuji coba kepada 30 responden, terdapat satu aitem yang gugur. Hal tersebut dapat dilihat dari hasil reliabilitas *Cronbach Alpha* (α) sebesar 0,689 dengan indeks validitas aitem bergerak antara 0,256 – 0,856. Berikut adalah sebaran beberapa aitem yang telah di uji coba:

Tabel 4.1*Distribusi Butir Skala Kualitas Hidup Setelah Uji Coba*

No	Aspek	Nomer Butir		Jumlah
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1	Lingkungan	1(1),2(2)	-	2
2	Kondisi Pasien	3(3)	-	1
3	Keadaan <i>Caregiver</i>	4*,5(4),6(5), 7(6),8(7)	-	5
4	Pandangan Hidup	9(8),10(9),11(10)	-	3
5	<i>Relationship</i> atau Hubungan	12(11),13(12)	-	2
6	Kualitas Pelayanan	14(13),15(14)	-	2
7	Finansial	16(15)	-	1
Jumlah		16	-	16

Catatan:

*Aitem yang gugur

Angka dalam kurung adalah urutan aitem setelah dilakukan uji coba

2) Skala *Proactive Coping*

Berdasarkan uji coba skala *proactive coping* yang dikembangkan Greenglass (1999) dengan jumlah 55 aitem yang diuji coba kepada 30 responden, terdapat 5 aitem yang gugur. Hal tersebut dapat dilihat dari hasil reliabilitas *Cronbach Alpha* (α) sebesar 0,937 dengan indeks validitas aitem bergerak antara 0,176 – 0,825. Berikut adalah sebaran beberapa aitem yang telah di uji coba:

Tabel 4.2*Distribusi Butir Skala Proactive Coping Setelah Uji Coba*

No	Aspek	Nomer Butir		Jumlah
		<i>Favourable</i>	<i>Unfavourable</i>	
1	Koping dengan pengaturan diri	1(1), 3(2), 4(3), 5(4), 6(5), 7(6), 8(7), 10(8), 11(9), 12(10), 13(11)	2*,9*,14*	11
2	Koping dengan simulasi	15(12), 16(13), 17(14), 18(15), 19(16), 20(17), 21(18), 22(19), 23(20), 24(21), 25(22)	-	11
3	Perencanaan yang strategis	26(23), 27(24), 28(25), 29(26)	-	4
4	Koping dengan antisipasi	30(27), 31(28), 32(29), 33(30), 34(31), 35(32), 36*, 37(33), 38(34), 39(35)	-	9
5	Mencari dukungan instrumental	40(36), 41(37), 42(38), 43(39), 44(40), 45(41), 46(42), 47(43)	-	8
6	Mencari dukungan emosional	48(44), 49(45), 50(46), 51(47), 52(48)	-	5
7	Koping dengan menghindar	53(49), 54*, 55(50)	-	2
Jumlah		50	0	50

Catatan:

*Aitem yang gugur

Angka dalam kurung adalah urutan aitem setelah dilakukan uji coba

B. Laporan Pelaksanaan Penelitian

Pada penelitian ini, responden yang digunakan adalah *family caregiver* (keluarga yang merawat) pasien penderita DM II di daerah Cilacap, Jawa Tengah dan Kulon Progo, Yogyakarta dengan jumlah 60 orang. Pengambilan data dilakukan dengan cara membagikan angket kepada responden penelitian dengan mendatangi kediaman dari masing-masing responden penelitian dan dibantu oleh rekan peneliti dengan menitipkan angket untuk beberapa responden. Pengambilan data dilakukan selama 35 hari, dimulai dari tanggal 6 Maret 2017 – 11 April 2017. Pengambilan data pertama dilakukan 6 Maret 2017 – 20 Maret 2017 di Cilacap, Pengambilan data kedua dilakukan pada tanggal 21 Maret 2017 – 11 April di Kulon Progo, Yogyakarta. Proses pengambilan data penelitian sempat mengalami kendala karena tidak kunjung dikeluarkannya ijin penelitian dari suatu instansi rumah sakit di Cilacap. Hal tersebut membuat peneliti akhirnya memutuskan mengumpulkan informasi-informasi dari kerabat dan rekan yang mengetahui orang-orang yang merupakan pasien penderita DM II. Setelah terkumpulnya informasi, peneliti memutuskan untuk mendapatkan data dengan berkunjung ke rumah-rumah responden penelitian.

Hal tersebutlah yang membuat peneliti menghabiskan banyak waktu untuk mendapatkan data penelitian tersebut. Pada saat berkunjung ke rumah responden, pertama-tama peneliti menjelaskan maksud dari kedatangan peneliti dan menjelaskan tujuan pemberian angket tersebut. Terdapat banyak responden yang meminta peneliti untuk membacakan isi dari angket tersebut dan menanyakan langsung satu persatu pernyataan di dalam angket, hal tersebut disebabkan oleh

faktor usia. Tetapi banyak pula responden yang dengan kooperatif langsung mengisi angket tersebut tanpa perlu peneliti bacakan satu persatu. Waktu yang dibutuhkan untuk mengisi angket sekitar 10 – 15 menit karena cukup banyaknya pernyataan yang terdapat dalam angket tersebut. Alasan peneliti memilih kota Cilacap dikarenakan merupakan kota asal dari peneliti dan banyak pula kerabat yang termasuk dalam responden penelitian. Sedangkan untuk daerah Kulon Progo, peneliti memilih dikarenakan banyak informasi-informasi orang dengan riwayat DM II, informasi tersebut diberikan oleh kerabat-kerabat dari peneliti yang berada di daerah tersebut.

C. Hasil Penelitian

1. Deskripsi Responden Penelitian

Responden yang digunakan dalam penelitian ini adalah *family caregiver* penderita DM II di Jawa Tengah dan Yogyakarta. Responden pada penelitian ini terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pernikahan, dan status dalam keluarga yang bermacam-macam. Adapun data terkait dengan responden adalah sebagai berikut:

Tabel 4.3

Deskripsi Data Responden Penelitian

Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	N
Laki-laki	23 (38,3%)
Perempuan	37 (61,7%)
Jumlah	60 (100%)

Tabel 4.3 menunjukkan bahwa responden yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 60 responden, yang terdiri dari 23 responden laki-laki

dengan presentase sebesar 38,3% dan 37 responden perempuan dengan presentase sebesar 61,7%. Berdasarkan data di atas, sebagian besar responden dalam penelitian ini berjenis kelamin perempuan.

Tabel 4.4

Deskripsi Data Responden Penelitian

Berdasarkan Usia

Usia	N
<32	29 (48,3%)
≥32	31 (51,7%)
Jumlah	60 (100%)

Tabel 4.4 menunjukkan data usia responden yang dibagi dalam dua kriteria nilai tengah (median). Pada data ini, median berada pada usia 32 tahun. Jumlah responden penelitian yang berusia <32 tahun yaitu sebanyak 29 orang dengan presentase 48,3%. Sedangkan untuk usia ≥32 tahun berjumlah 31 orang dengan presentase sebesar 51,7%. Berdasarkan data di atas, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden pada penelitian ini berusia ≥32 tahun.

Tabel 4.5

Deskripsi Data Responden Penelitian

Berdasarkan Pendidikan Terakhir

Pendidikan Terakhir	N
Dasar	6 (10%)
Menengah Pertama	3 (5%)
Menengah Atas/Kejuruan	20 (33,3%)
Diploma	12 (35%)
Sarjana	18 (30%)
Pascasarjana	1 (1,7%)
Jumlah	60 (100%)

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa responden pada penelitian berdasarkan pendidikan terakhir dibagi ke dalam enam jenjang yaitu dasar, menengah pertama, menengah atas/kejuruan, diploma, sarjana, dan master. Responden yang berada pada jenjang dasar berjumlah enam orang dengan presentase sebesar 10%, menengah pertama berjumlah tiga orang dengan presentase sebesar 5%, menengah atas sebanyak 20 orang dengan presentase sebesar 33,3%, diploma sebanyak 12 orang dengan presentase sebanyak 35%, dan sarjana sebanyak 18 orang dengan presentase sebesar 30%, serta master sebanyak satu orang dengan presentase sebesar 1,7%. Berdasarkan data di atas, dapat dilihat bahwa pendidikan terakhir responden pada penelitian ini sebagian besar adalah lulusan menengah atas/kejuruan.

Tabel 4.6

Deskripsi Data Responden Penelitian

Berdasarkan Status Pernikahan

Status Pernikahan	N
Menikah	43 (71,7%)
Belum Menikah	17 (28,3%)
Jumlah	60 (100%)

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa responden dalam penelitian berdasarkan status pernikahan terbagi ke dalam dua kelompok, yaitu menikah dan belum menikah. Berdasarkan data di atas, responden yang berstatus telah menikah sebanyak 43 orang dengan presentase sebesar 71,7%. Sedangkan untuk responden dengan status belum menikah sebanyak 17 orang dengan presentase

sebesar 28,3%. Berdasarkan data di atas, dapat dilihat bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini berstatus telah menikah.

Tabel 4.7

Deskripsi Data Responden Penelitian

Berdasarkan Status dalam Keluarga

Status dalam Keluarga	N
Orang Tua	2 (3,3%)
Suami	4 (6,7%)
Istri	11 (18,3%)
Anak	36 (60%)
Saudara	7 (11,7%)
Jumlah	60 (100%)

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa responden pada penelitian ini dibagi dalam lima kelompok, yaitu orang tua, suami, istri, anak, dan saudara. Berdasarkan data di atas, responden yang berstatus sebagai orang tua berjumlah dua orang dengan presentase sebesar 3,3%, suami berjumlah empat orang dengan presentase sebesar 6,7%, istri berjumlah 11 orang dengan presentase sebesar 18,3%, dan anak berjumlah 36 orang dengan presentase sebesar 60%, serta saudara sebanyak tujuh orang dengan presentase sebesar 11,7%. Data di atas menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini berstatus sebagai anak.

2. Deskripsi Data Penelitian

Deskripsi data penelitian ini bertujuan untuk mengetahui skor tinggi rendahnya skala kualitas hidup dan *proactive coping* pada *family caregiver* penderita Diabetes Mellitus tipe II yang berada di Cilacap, Jawa Tengah dan

Yogyakarta. Berdasarkan analisis yang sudah dilakukan, maka diperoleh deskripsi hasil sebagai berikut:

Tabel 4.8

Kategorisasi Kualitas Hidup dan Proactive Coping

Kualitas Hidup	Kategorisasi	Proactive Coping
$X < 99,2$	Sangat Rendah	$X < 129,4$
$99,2 \geq X < 105$	Rendah	$129,4 \geq X < 137,4$
$105 \geq X < 111$	Sedang	$137,4 \geq X < 142,6$
$111 \geq X \leq 116$	Tinggi	$142,6 \geq X \leq 152$
$X > 116$	Sangat Tinggi	$X > 152$

Keterangan:

X = Skor Total

Berdasarkan norma kategorisasi tersebut, maka responden penelitian dikelompokkan ke dalam lima kategorisasi pada masing-masing variabel yaitu sebagai berikut:

Tabel 4.9

Distribusi Data dalam Kualitas Hidup dan Proactive Coping

Kualitas Hidup	Kategorisasi	Proactive Coping
11 (18,3%)	Sangat Rendah	12 (20%)
11 (18,3%)	Rendah	12 (20%)
11 (18,3%)	Sedang	12 (20%)
16 (26,7%)	Tinggi	13(21,7%)
11 (18,4%)	Sangat Tinggi	11(18,3%)
60 (100%)	Jumlah	60 (100%)

Tabel 4.9 menunjukkan bahwa kualitas hidup *family caregiver* DM II dikategorikan sangat rendah (11/18,3%), rendah (11/18,3%), sedang (11/18,3%), tinggi (16/26,7%), dan sangat tinggi (11/18,3%). Sedangkan *proactive coping* pada *family caregiver* DM II dikategorikan sangat rendah (12/20%), rendah (12/20%), sedang (12/20%), tinggi (13/21,7) dan sangat

tinggi (11/18,3%). Berdasarkan hasil kategorisasi di atas, dapat disimpulkan bahwa kualitas hidup *family caregiver* DM II termasuk dalam kategori **Tinggi**. Sedangkan *proactive coping* pada *family caregiver* penderita DM II termasuk dalam kategori **Tinggi**.

3. Uji Asumsi

Sebelum dilakukannya uji hipotesis atau uji korelasi, perlu dilakukan uji persyaratan analisis terlebih dahulu. Uji persyaratan analisis tersebut adalah uji asumsi yang terdiri dari uji normalitas dan uji linieritas yang merupakan syarat untuk melihat apakah sebaran data tersebar secara normal atau tidak. Sedangkan uji linieritas bertujuan untuk melihat apakah kedua variabel memiliki hubungan yang lurus. Analisis yang digunakan untuk melakukan uji normalitas dan uji linieritas ini menggunakan bantuan program *SPSS version 21 for Windows*.

a. Uji Normalitas

Uji normalitas bertujuan untuk melihat apakah sebaran data terdistribusi secara normal atau tidak. Analisis statistik yang digunakan dalam uji normalitas ini adalah analisis statistik parametrik. Maka dari itu, persyaratan yang harus dipenuhi adalah terdistribusinya data secara normal. Adapun norma yang digunakan pada uji normalitas ini adalah $p > 0,05$ jika data terdistribusi secara normal dan $p < 0,05$ jika data tidak terdistribusi secara normal. Hasil uji normalitas ditunjukkan sebagai berikut:

Tabel 4.10*Hasil Uji Normalitas*

Variabel	Kolmogorov-Smirnov		P
	Statistic	Sig.	
Kualitas Hidup	0,169	,000	p < 0,05
<i>Proactive Coping</i>	0,173	,000	p < 0,05

Tabel 4.10 uji normalitas menunjukkan bahwa pada skala kualitas hidup dengan nilai $p = ,000$ ($p < 0,05$), dan pada skala *proactive coping* dengan nilai $p = ,000$ ($p < 0,005$). Dengan demikian, data yang didapatkan dengan skala kualitas hidup dan *proactive coping* terdistribusi secara **Tidak Normal**.

b. Uji Linieritas

Uji linieritas merupakan langkah yang harus dilakukan setelah melakukan uji normalitas. Uji linieritas memiliki tujuan untuk melihat apakah kedua variabel memiliki hubungan yang lurus atau tidak. Hasil uji linieritas pada kedua variabel dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.11*Hasil Uji Linieritas*

Variabel	F.Linieritas	Sig.	P
Kualitas Hidup dan <i>Proactive Coping</i>	35,365	0,000	p < 0,01

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa kedua variabel penelitian merupakan satu garis lurus atau berhubungan. Hal tersebut dapat dilihat dari data yang menunjukkan $F = 35,681$ dengan Sig. 0,000 ($p < 0, 01$).

Berdasarkan data tersebut, dapat dikatakan bahwa hubungan antara kualitas hidup dan *proactive coping* bersifat **Linier**.

4. Uji Hipotesis

Uji hipotesis dilakukan untuk mengetahui apakah data dari sampel penelitian sudah cukup kuat untuk menggambarkan populasinya, atau apakah dapat digeneralisasikan ke populasi dari hasil yang didapat dari sampel. Uji hipotesis merupakan metode pengambilan keputusan yang dilakukan berdasarkan analisis data. Teknik yang digunakan dalam uji hipotesis ini adalah tes non parametrik *Spearman Rho*. Hasil uji hipotesis pada kedua variabel dapat dilihat pada tabel berikut ini:

Tabel 4.12

Hasil Uji Hipotesis

Variabel	Spearman Rho		
	R	Sig.	R ²
Kualitas Hidup dan <i>Proactive Coping</i>	0,340	0,000	0,115

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa uji hipotesis antar variabel *proactive coping* dan kualitas hidup memiliki nilai Sig. 0,000 ($p < 0,001$). Hal tersebut berarti bahwa terdapat hubungan yang positif antara *proactive coping* dan kualitas hidup, dibuktikan dengan nilai korelasi *Spearman Rho* sebesar 0,340. Dengan demikian hipotesis pada penelitian ini **Diterima**.

Hasil kesimpulan ini berlaku hanya pada kelompok subjek penelitian ini.

5. Analisis Tambahan

Setelah melakukan uji hipotesis, selanjutnya peneliti melakukan analisis lebih lanjut untuk melihat gambaran mengenai *proactive coping* dengan kualitas hidup ditinjau dari lamanya responden penelitian menjadi *family caregiver*. Pada analisis tambahan berdasarkan lamanya menjadi *family caregiver* terdapat dua bagian kategori, yaitu menjadi *family caregiver* selama < 5 tahun, dan menjadi *family caregiver* selama ≥ 5 tahun. Pembagian dua kelompok lamanya menjadi *family caregiver* ini menggunakan bantuan uji statistika dalam mencari median atau nilai tengah pada lamanya menjadi *caregiver*. Berikut tabel uji beda dari lamanya menjadi *family caregiver*:

Tabel 4.13

Uji beda berdasarkan lamanya menjadi *caregiver*

Variabel	Statistik Deskriptif		Levene's Test		T-test for Equality of Means	
	< 5 Tahun (27)	≥ 5 Tahun (33)	F	Sig.	t	Sig.
Kualitas Hidup	M = 106,3 SE = 4,96	M = 109,7 SE = 2,34	1,897	,174	-,660	,512
Proactive Coping	M = 143,9 SE = 3,70	M = 142,4 SE = 3,31	,203	,654	,296	,768

Berdasarkan Tabel 4.13 di atas, diketahui bahwa variabel kualitas hidup memiliki nilai $F = 1,897$ dengan nilai $p = 0,174$ ($p > 0,05$) yang berarti bahwa tidak terdapat varians stres akademik antara individu yang menjadi *family caregiver* < 5

tahun dan ≥ 5 tahun, dengan kata lain data tersebut dapat dikatakan **homogen**. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup *family caregiver* selama < 5 tahun dan ≥ 5 tahun.

Sedangkan pada variabel *proactive coping* memiliki nilai $F = 0,296$ dengan nilai $p = 0,654$ ($p > 0,05$) yang berarti tidak terdapat varians *proactive coping* antara individu yang menjadi *family caregiver* < 5 tahun dan ≥ 5 tahun, dengan kata lain data tersebut dapat dikatakan **homogen**. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat *proactive coping* antara *family caregiver* selama < 5 tahun dan ≥ 5 tahun.

D. Pembahasan

Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengetahui hubungan yang terdapat antara *proactive coping* dan kualitas hidup pada *family caregiver* DM II di Cilacap, Jawa Tengah dan Kulon Progo, Yogyakarta. Berdasarkan analisis yang telah dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan teknik analisis Non Parametrik dan metode korelasi Spearman Rho, penelitian ini membuktikan bahwa *proactive coping* memiliki hubungan positif dengan kualitas hidup pada *family caregiver* penderita DM II di Cilacap dan Kulon Progo ($r = 0,340$, $p = 0,000 (< 0,01)$). Berdasarkan hasil tersebut dapat diartikan bahwa semakin tinggi *proactive coping* maka semakin tinggi pula kualitas hidup yang dimiliki *family caregiver* DM II. Sebaliknya, semakin rendah *proactive coping* yang dimiliki oleh *family caregiver* DM II, maka semakin rendah pula kualitas hidupnya. Berdasarkan uraian tersebut, maka hipotesis yang diajukan oleh peneliti pada penelitian ini dinyatakan **terbukti atau diterima**. Hasil yang diperoleh tersebut sesuai dengan teori yang dikemukakan Greenglass (2002), bahwa penggunaan strategi koping yang proaktif dapat mempengaruhi kepuasan dan kualitas hidup.

Berdasarkan pada tabel 4.9 diketahui bahwa sebagian besar *family caregiver* DM II pada penelitian ini memiliki kualitas hidup yang berada pada kategori **tinggi** dengan presentase sebesar 26,8% (16 orang). Lainnya sebesar 18,3% memiliki kualitas hidup pada kategori sangat tinggi (11 orang), 18,3% memiliki kualitas hidup pada kategori sedang (11 orang), 18,3% memiliki kualitas hidup pada kategori rendah (11 orang), dan 18,3% memiliki kualitas hidup pada kategori sangat rendah (11 orang). Tingginya presentase kualitas hidup yang dimiliki

family caregiver DM II, menunjukkan bahwa *family caregiver* tersebut mampu melakukan penyesuaian diri dalam perannya sebagai orang yang merawat penderita DM II di kehidupan sehari-hari, sehingga hal tersebut tidak terlalu berpengaruh pada kondisi fisik dan psikologi *family caregiver* tersebut. Poprawa (2009) mengungkapkan bahwa seseorang mempersiapkan situasi sulit di masa depan, tapi juga melibatkan pengembangan pribadi dan peningkatan kualitas hidup. Penting bahwa strategi koping proaktif dapat menghilangkan sebagian dari stres, dan hal ini dapat dipelajari serta berdampak pada meningkatnya kualitas hidup.

Terdapat beberapa faktor yang menjadikan kualitas hidup *family caregiver* pada penelitian ini memiliki kondisi yang beragam. Melihat dari variasi subjek penelitian salah satunya berdasarkan informasi kondisi finansial yang diperoleh dari wawancara selama pengambilan data, rata-rata subjek penelitian ini berprofesi sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS), pedagang, petani, dan lain-lain. Status pekerjaan sebagai PNS tentu akan berbeda dengan subjek yang hanya berprofesi sebagai pedagang, petani, dan lain sebagainya. Individu yang memiliki kondisi finansial yang cukup baik akan mampu memberikan pengobatan yang dibutuhkan bagi penderita DM II, sedangkan bagi individu yang memiliki kondisi finansial yang kurang stabil akan mengalami kendala dalam memberikan pengobatan yang dibutuhkan penderita DM II.

Sebaran responden pada variabel *proactive coping* menunjukkan bahwa *family caregiver* penderita DM II pada penelitian ini mayoritas berada pada kategori tinggi dengan presentase sebesar 21,7% (13 orang). Lainnya sebesar 20%

memiliki *proactive coping* pada kategori sedang (12 orang), 20% memiliki *proactive coping* pada kategori rendah (12 orang), 20% memiliki *proactive coping* pada kategori sangat rendah (12 orang), dan 18,3% memiliki *proactive coping* pada kategori sangat tinggi (11 orang) yang diperoleh pada *family caregiver* DM II. Tingginya presentase *proactive coping* yang diperoleh pada *family caregiver*, menunjukkan bahwa *family caregiver* DM II pada penelitian ini memiliki kemampuan yang baik dalam pengaturan diri guna mengatasi masalah dan stresor-stresor mengingat perannya sebagai *family caregiver* penderita DM II.

Data yang sudah diperoleh menunjukkan bahwa *family caregiver* penderita DM II di Cilacap dan Kulon Progo memiliki tingkat *proactive coping* yang masuk dalam kategori Tinggi (13/21,7%). *Proactive Coping* memberikan kontribusi yang cukup efektif pada kualitas hidup. Hal tersebut dapat dilihat pada perhitungan koefisien determinan (r^2) sebesar 0,115. Artinya, *proactive coping* memiliki sumbangan efektif terhadap kualitas hidup sebesar 11,5%. Sedangkan sisanya sebesar 88,5% dipengaruhi oleh berbagai macam faktor lainnya seperti usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pernikahan dan status dalam keluarga. Sejalan dengan pendapat di atas, kualitas hidup pada *family caregiver* penderita DM II masuk ke dalam kategori Tinggi (16/26,7%). Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Sęk, Pasikowski & Ostrowska (dalam Kalka, 2016) bahwa penggunaan strategi koping yang proaktif akan menimbulkan perasaan kontrol diri yang baik dan menciptakan sumber daya kompetensi yang baik pula baik dalam situasi stres dan hubungan yang terkait kesehatan.

Penelitian ini juga menunjukkan hasil bahwa kualitas hidup antara individu yang menjadi *family caregiver* < 5 tahun dan ≥ 5 tahun tidak terdapat suatu perbedaan. Berdasarkan perincian tabel 4.13 diperoleh hasil bahwa variabel kualitas hidup memiliki nilai $F = 1,897$ dengan nilai $p = 0,174$ ($p > 0,05$) yang berarti bahwa tidak terdapat varians stres akademik antara individu yang menjadi *family caregiver* < 5 tahun dan ≥ 5 tahun, dengan kata lain data tersebut dapat dikatakan **homogen**. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan kualitas hidup *family caregiver* selama < 5 tahun dan ≥ 5 tahun. Sedangkan pada variabel *proactive coping* memiliki nilai $F = 0,296$ dengan nilai $p = 0,654$ ($p > 0,05$) yang berarti tidak terdapat varians *proactive coping* antara individu yang menjadi *family caregiver* < 5 tahun dan ≥ 5 tahun, dengan kata lain data tersebut dapat dikatakan **homogen**. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan tingkat *proactive coping* antara *family caregiver* selama < 5 tahun dan ≥ 5 tahun.

Hubungan yang terdapat pada kemampuan *proactive coping* dan kualitas hidup pada seseorang sebelumnya telah diungkapkan oleh Kalka (2016) yang menyebutkan bahwa individu yang mengantisipasi terjadinya situasi sulit, seperti misalnya dalam hal ini menjadi *caregiver* pasien dengan penyakit kronis, dipersiapkan untuk berbagai kemungkinan dan memiliki pilihan yang lebih luas untuk mengatasinya, daripada orang yang melawan stres dengan cara yang reaktif. Menjadi proaktif dalam menghadapi kesulitan berarti memprediksi risiko, dan kemungkinan masa depan, serta menganggapnya sebagai tantangan, bukan bahaya. Hal tersebut tidak hanya menjadikan seseorang memiliki kemampuan dalam menghadapi situasi sulit di masa depan, tetapi juga melibatkan

pengembangan pribadi dan peningkatan kualitas hidup. Maka dari itu dikatakan bahwa seorang *family caregiver* DM II penting untuk memiliki sikap *proactive coping* dalam diri guna meningkatkan kualitas hidup.

Berdasarkan pemaparan hasil analisis maupun pembahasan diatas, **diterimanya** hipotesis pada penelitian ini menunjukkan bahwa *proactive coping* mampu memberikan pengaruh pada kualitas hidup *family caregiver* penderita DM II dalam menanggulangi stresor-stresor pada *family caregiver* karena perannya dalam kehidupan sehari-hari yang dituntut untuk memberikan perhatian dan aktifitas lebih dalam memberikan perawatan kepada penderita DM II. *Family caregiver* ini akan memiliki sikap *coping* yang proaktif untuk menyasati keadaan tersebut agar dapat terus memberikan pelayanan yang optimal guna kelangsungan hidup anggota keluarganya. Selaras dengan peran *family caregiver* bagi penderita Diabetes Mellitus, hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa untuk partisipasi kehidupan sosial dan hubungan keluarga yang kuat memiliki pengaruh positif terhadap rasa kepuasan dan kualitas hidup (Koligat dalam Kalka, 2016). Hal tersebut selaras pula dengan pendapat Alliance (2011), yang secara sederhana mendefinisikan *family caregiver* sebagai seseorang yang merupakan anggota keluarga, pasangan hidup atau kerabat yang bertanggungjawab untuk memenuhi kebutuhan orang lain yang tidak mampu merawat dirinya sendiri karena sakit, cedera atau cacat, baik pemenuhan kebutuhan secara fisik, emosional maupun finansial

Peneliti menyadari bahwa pada penelitian ini masih banyak terdapat kekurangan serta kelemahan. Kelemahan tersebut yaitu kurang jelasnya informasi

mengenai identitas responden sebagai *family caregiver*, sehingga hal tersebut dapat memicu kesulitan dalam mengkategorikan kesesuaian karakteristik responden penelitian sebagai *family caregiver* yang sesungguhnya atau hanya anggota keluarga biasa yang tinggal dalam satu rumah tetapi tidak melakukan perannya sebagai *family caregiver* penderita DM II. Pada penelitian selanjutnya diharapkan lebih memperhatikan kejelasan identitas responden penelitian, agar data yang diperoleh lebih tepat dan akurat.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang sudah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang positif antara kualitas hidup dan *proactive coping* pada *family caregiver* penderita DM II di Cilacap Jawa Tengah dan Kulon Progo Yogyakarta. Hal tersebut dapat dilihat dari tingkat kualitas hidup dan *proactive coping* yang berada pada kategori tinggi ketika menjadi *family caregiver* atau keluarga yang merawat pasien dengan riwayat DM tipe II. Dengan demikian, semakin baiknya *proactive coping* atau kemampuan seseorang mengantisipasi penyebab stres yang berpotensi mengganggu keseimbangan emosinya dan bertindak dalam rangka mencegah hal tersebut terjadi dalam dirinya, maka akan semakin baik pula tingkat kualitas hidup yang dialami meskipun kehidupan sehari-harinya sebagai *family caregiver* (keluarga yang merawat) penderita Diabetes Mellitus tipe II.

B. Saran

1. Bagi Responden Penelitian

Bagi responden penelitian yang merupakan *family caregiver* yang masih memiliki tingkat kualitas hidup yang sangat rendah maupun rendah, sebaiknya lebih meningkatkan kemampuannya dalam mengantisipasi penyebab stres yang dapat mengganggu keseimbangan emosi dengan cara lebih banyak melihat pada pencapaian tujuan akhir dalam hal ini kelangsungan hidup dari penderita DM tipe II.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi penelitian selanjutnya diharapkan lebih mampu memahami konstruksi dalam mengembangkan alat ukur yang telah ada, sehingga alat ukur yang dibuat benar-benar mewakili aspek untuk mengungkap hal yang diungkap. Selain itu peneliti perlu lebih mempersiapkan lokasi pengambilan data dengan menyeleksi beberapa tempat yang terdapat banyak responden penelitian di dalamnya dan mudah dalam hal perizinan, agar bisa menghemat waktu penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiningsih, Roro Utami. 2011. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian DM tipe II pada Orang Dewasa di Kota Padang Panjang*. [Skripsi]. Padang: Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas Padang.
- Afianti, R. (2010). Hubungan antara self-regulated learning (srl) dengan kemandirian pada peserta didik program akselerasi sma negeri 1 purworejo. *Tesis*. Semarang: Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro. Semarang.
- Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1997). self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121 (3): 417-436.
- Awadalla, H.I., Ragab, M.H., Bassuoni, M.W., Fayed, M.T., Abbas, M.O. (2011). A pilot study of the role of green tea use on oral health. *International Journal of Dental Hygiene*; 9: 110-116.
- Azwar, S. (2004). *Reliabilitas dan validitas*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Azwar, S. (2012). *Penyusunan skala psikologi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Baradero, Mary dkk. (2005). *Klien gangguan ginjal: seri asuhan keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Breakwell, G, M. (1998). *Coping with aggressive behavior (mengatasi perilaku agresif)*. Penerjemah: Bernadus Hidayat. Yogyakarta: Kanisius.
- Brown, R., I. (1997). *Quality of life for people with disabilities: models, research, and practice (2nd ed)*. London: Stanley Thornes (Published) Ltd.
- Burhan, N. I. K., Taslim, N. A., & Bahar, B. (2013). Hubungan caregiver terhadap status gizi dan kualitas hidup lansia pada Etnis Bugis. *JST Kesehatan*, 3(3), 264-273.
- Campbell, N.A. Jane B. Reece and Lawrence G. Mitchell. 200. *Biologi. Edisi 5. Jilid 3*. Penerjemah: Wasman Manalu. Jakarta: Erlangga.
- Chaplin, C. P. (1999). *Kamus lengkap psikologi*. Jakarta: Raja Grafindo.
- Cohen, S. R., Leis, A. M., Kuhl, D., Charbonneau, C., Ritvo, P., & Ashbury, F. D. (2006). QOLLI-F: measuring family carer quality of life. *Palliative Medicine*. 20, 755-767.

- Cyprina, E. D. T., & Cahyanti, E. Y. (2013). Proactive Coping pada Orang dengan Lupus (Odapus) Remaja. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*, 2(2), 88-95.
- Family Caregiver Alliance. *Exploring the Complexities of Family Caregiving*. (2011). Diunduh dari <http://caregiver.org/caregiver/jsp/content/pdfs>, pada 23 Maret 2017.
- Fernandes, C. S., & Angelo, M. (2016). Family caregivers: what do they need? An integrative review. *Jornal of School Nursing USP*. 50 (4), 672-678.
- Friedman, M. M. (1998). *Keperawatan Keluarga*. Jakarta : EGC.
- Friedman, M. M. (2003). *Keperawatan Keluarga : Teori dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ghozally, F. R. (2005). *Kecerdasan Emosi & Kualitas Hidup*. Jakarta: Edsa Mahkota.
- Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L., & Taubert, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory (PCI): a multidimensional research instrument*.
- Greenglass, E. R. (2001). Proactive Coping, Work Stress and Burnout. *Stress News*, 13 (2): 1-4.
- Greenglass, E. R. (2002). *Chapter 3: Proaktif coping*. Dalam E. Frydenberg (Ed.), *Beyond Coping: Meeting Goals, Visions and Challenges* (hal. 37-62). London: Oxford University Press
- Greenglass, E. R., & Fiksenbaum, L. (2009). Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being. *European Psychologist*. Vol. 14(1):29–39. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers
- Groves, J. (2009). International Alliance of Patients' Organizations (IAPO): *Notes on Nursing*. Diunduh dari www.patientsorganizations.org/declaration, pada 21 Mei 2017
- Kalka, D. (2016). Quality of life and proactive coping with stress in a group of middle adulthood women with type 2 diabetes. *Polish Psychological Bulletin*. 47(3), 327-337.

- King, C., R. & Hinds, P., S. (2012). *Quality of life from nursing and patient perspectives*. United States of America: Jones & Barlett Learning, LLC.
- Kusuma, R. (2013). *Berdamai dengan Alzheimer: Strategi Menjadi Caregiver Bagi Penderita Penyakit Alzheimer*. Yogyakarta: Kata Hati.
- Kusumadewi, M. D. (2012). Peran Stresor Harian, Optimisme dan Regulasi Diri terhadap Kualitas Hidup Individu dengan Diabetes Melitus Tipe 2. *Jurnal Psikologi Islam (JPI)*, Vol 8 No.1 2011 43-62.
- Larsen, P. D. & Lubkin, I., M. (2009). *Chronic Illness: Impact and intervention (seven edition)*. Canada: Kevin Sullivan.
- Milligan, C. (2004). *Caring for older people in New Zealand*. Bailrigg, Institute for Health Research, Lancaster University.
- Mirabzadeh, A., Eftekhare, M. B., Forouzan, A. S., Sajadi, H., & Rafiee, H. (2013). Relationship between ways of coping and quality of life in married women: toward mental health promotion. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(8), 743-748.
- Nasir & Muhith. (2011). *Dasar-dasar keperawatan jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nofitri. (2009) *Gambaran Kualitas Hidup Penduduk Dewasa pada Lima Wilayah di Jakarta*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Novitasari, R. (2012). *Diabetes mellitus (dilengkapi senam dm)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurdiani, N. (2014). Teknik sampling snowball dalam penelitian lapangan. *ComTech*, 5 (2), 1110-1118.
- Nursalam. (2013). *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Parvan, K., Lakdizaji, S., Roshangar, F., & Mosofi, M. (2013). Quality of sleep and its relationship to quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Caring Sciences*, 2(4), 295-304.
- Pramono, N. (1998). *Upaya meningkatkan kualitas hidup wanita usia lanjut (pidato pengukuhan)*. Semarang: Fakultas Kedokteran UNDIP.

- Rubbyana, U. (2012). Hubungan antara strategi koping dengan kualitas hidup pada penderita skizofrenia remisi simpton. *Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental*, 1(2), 59-66.
- Sarafino, E.P. (1994), *Health Psychology* (2.Ed). New York; Willey.
- Schwarzer, R., & Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping. In E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, visions and challenges* (pp. 19-35). London: Oxford University Press.
- Shdaifat, E. A., & Manaf, M. R. A. (2012). Quality of life of caregiver and patients hamodialysis at ministry of health, Jordan. *International Journal of Applied Science and Technology*, 2(3), 75-85.
- Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., & Mento, C. (2014). Caregiver's burden and quality of life: caring for physical and mental illness. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), 30-39.
- Stanhope & Lancaster (2004). *Community Health Nursing Promoting Health of Aggregates, Families, and Individuals*. St. Louis: Mosby.
- Sulsky, L. & Smith, C. (2005). *Work stress*. Canada: Thomson Wadsworth
- Sutikno, E. (2011). Hubungan fungsi keluarga dengan kualitas hidup lansia. *Tesis*. Surakarta: S2 Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret.
- Tantono, H, Siregar, IMP, Hazza, Z. 2006, *Beban Caregiver Lanjut Usia Suatu Survey terhadap Caregiver Lanjut Usia di Beberapa Tempat Sekitar Bandung*, Bandung, *Majalah Psikiatri XL(4)*: 32-33.
- The Lexicon Webster Dictionary, USA: *The English Language Institute of America*: 1977
- Walter, J., J. & Shannon, T., A. (1990). *Quality of life: the new medical dilemma*. United States of America: Paulist Press.
- Zimbardo, P.G. & Gerrig, R.J. (1994). *Psychology and life*. United States Of America: Longman.

Lampiran 1
Alat Ukur Sebelum Uji Coba

KUISIONER

“Aku, Keluargaku, dan Kehidupanku”



**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2016**

PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Bapak/Ibu/Saudara yang kami hormati. Perkenalkan kami belajar dari pengalaman Bapak /Ibu/Saudara dalam mensikapi dan menjalani kehidupan sebagai keluarga yang merawat penderita penyakit kronis. Bagaimana pikiran-pikiran, perasaan-perasaan, dan sikap-sikap yang muncul ketika melakukan berbagai kegiatan, termasuk saat Bapak/Ibu/Saudara menghadapi permasalahan-permasalahan hidup yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari.

Jawaban-jawaban yang Bapak/Ibu/Saudara berikan merupakan informasi yang sangat berharga bagi kami dan karenanya Bapak/Ibu/Suadara tidak perlu ragu untuk menjawab sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban dan identitas Bapak/Ibu/Saudara dijamin dan dijunjung tinggi sepenuhnya oleh etika akademik penelitian kami.

Terimakasih atas kesediaan, kesungguhan, dan kejujuran Bapak/Ibu/Saudara dalam menjawab setiap pertanyaan yang diajukan. Mudah-mudahan Allah SWT membalas kebaikan Bapak/Ibu/Saudara dengan kebaikan yang lebih banyak dan kemuliaan yang lebih tinggi, aamiin.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Hormat saya,

Kartika Siwi

Identitas Diri

Nama (boleh inisial) :

Usia :

Jenis kelamin :

Pendidikan terakhir :

Status pernikahan : Menikah / Belum menikah

Status dalam keluarga : Orang tua/Suami/Istri/Anak/Saudara

Lamanya merawat penderita :

Dengan ini saya menyatakan bersedia untuk menjadi responden penelitian dan menjawab semua pertanyaan penelitian sesuai dengan keadaan saya yang sejujurnya.

Yogyakarta, 2017

Responden

Petunjuk Pengerjaan Kuisisioner “Aku, Keluargaku, dan Kehidupanku”

BAGIAN A

BACALAH PETUNJUK SEBELUM MENJAWAB PERTANYAAN KUISISIONER

Kami tertarik untuk belajar mengenai keseluruhan kualitas hidup Anda sebagai keluarga yang merawat pasien dengan penyakit kronis, sampaikanlah hal-hal yang mempengaruhi Anda, bahkan jika hal tersebut tidak berhubungan dengan peran Anda dalam memberikan perawatan terhadap pasien.

Tidak ada jawaban benar atau salah. Kejujuran jawaban Anda akan sangat membantu. Kuisisioner ini mencakup pertanyaan-pertanyaan yang Kami ingin Anda untuk menanggapi dengan memilih nomor dari 0 sampai 10.

Silahkan pilih atau lingkarilah angka antara 0 sampai 10 yang paling mewakili perasaan Anda. Perlu diperhatikan bahwa kadang-kadang situasi terbaik ada pada nomor 0, dan kadang-kadang situasi terbaik adalah pada nomor 10.

Kalimat yang kosong dalam pertanyaan merupakan seseorang yang Anda rawat, namun untuk menjaga kerahasiaan lebih baik Anda tidak menuliskan apapun (nama, dll) dalam kolom tersebut.

1. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya bertanya-tanya apakah tempat _____ tinggal (rumah, rumah sakit, lainnya) adalah tempat yang tepat dan sesuai:

Tidak pernah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Selalu
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

2. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya mendapatkan privasi yang saya inginkan:

Sangat tidak Sesuai	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat Sesuai
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

3. Selama dua hari terakhir (48 jam), kondisi _____ membuat saya sedih:

Tidak pernah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Selalu
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

4. Selama dua hari terakhir (48 jam), sebagian hidup saya diatur, hal tersebut:

Tidak masalah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat masalah
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------

5. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya memiliki waktu untuk mengurus diri saya sendiri:

Tidak pernah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Selalu
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

6. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya dapat berpikir dengan jernih:

Tidak pernah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Selalu
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

7. Selama dua hari terakhir (48 jam), kondisi fisik yang saya rasakan:

Sangat buruk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat baik
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

8. Selama dua hari terakhir (48 jam), kondisi emosional yang saya rasakan:

Sangat buruk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat baik
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

9. Selama dua hari terakhir (48 jam), mampu menemani dan memberikan perawatan untuk _____ membuat saya bahagia.

Tidak pernah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Selalu
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

10. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya terhibur oleh pandangan hidup, keimanan, atau spiritualitas:

Sangat tidak sesuai	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat sesuai
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

11. Saat ini saya merasa bahwa hidup saya bermakna:

Sangat tidak bermakna	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat bermakna
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

Untuk pertanyaan 12 dan 13, jika Anda tidak membuat keputusan penting atau membutuhkan perawatan kesehatan pada dua hari terakhir, silakan menjawab untuk beberapa waktu terakhir yang Anda lakukan.

12. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya setuju dengan keputusan (tindakan atau perawatan) yang dibuat untuk _____ :

Sangat tidak sesuai	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat sesuai
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

13. Selama dua hari terakhir (48 jam), kualitas kesehatan yang kami terima:

Sangat tidak memuaskan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat memuaskan
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

14. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya merasa interaksi saya dengan _____ :

Sangat baik	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat tidak baik
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

15. Selama dua hari terakhir (48 jam), secara keseluruhan, saya merasa interaksi saya dengan orang lain yang paling penting bagi saya adalah:

Sangat baik	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat tidak baik
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

16. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya merasa stres dengan kondisi keuangan:

Sangat tidak sesuai	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat sesuai
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

BAGIAN B

Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan memberi tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang paling menggambarkan diri Bapak/Ibu/Saudara dalam kehidupan sehari-hari, sebagaimana Anda menjawab Bagian A!

No.	PERTANYAAN	Tidak Sesuai	Agak Sesuai	Sesuai	Sangat Sesuai
1.	Saya orang yang bertanggungjawab.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
2.	Saya membiarkan semuanya berjalan dengan sendirinya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
3.	Setelah mencapai tujuan, saya mencari hal lain yang lebih menantang.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
4.	Saya menyukai tantangan dan menghadapi rintangan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
5.	Saya membayangkan keinginan saya dan mencoba untuk mencapainya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
6.	Meskipun banyak kegagalan, saya biasanya berhasil mendapatkan apa yang saya inginkan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
7.	Saya menentukan apa yang saya butuhkan untuk mencapai keberhasilan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
8.	Ketika mengalami hambatan, saya selalu mencoba menemukan solusinya; tidak ada yang dapat menghentikan	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

	saya.				
9.	Saya sering mengalami kegagalan, jadi saya tidak berharap terlalu tinggi.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
10.	Ketika saya melamar di suatu posisi, saya membayangkan berada di posisi tersebut.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
11.	Saya mengubah hambatan menjadi hal yang positif.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
12.	Jika seseorang mengatakan saya tidak bisa melakukan sesuatu, pasti saya bisa melakukannya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
13.	Ketika mengalami masalah, saya berinisiatif menyelesaikannya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
14.	Ketika memiliki masalah, saya biasanya menempatkan diri saya dalam situasi netral.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
15.	Saya membayangkan diri saya memecahkan masalah yang sulit.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
16.	Daripada bertindak gegabah, saya biasanya memikirkan berbagai cara untuk memecahkan masalah.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
17.	Di pikiran saya, banyak rencana-rencana yang tidak biasa untuk mempersiapkan	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

	diri saya dari hal-hal yang tidak diinginkan.				
18.	Saya mengatasi masalah dengan memikirkan penyelesaian yang realistis.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
19.	Ketika saya mempunyai masalah dengan rekan kerja, teman, atau keluarga, sebelumnya saya membayangkan berhasil mengatasinya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
20.	Sebelum menangani hal yang sulit, saya membayangkan rencana-rencana yang sukses.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
21.	Saya mengambil tindakan setelah berpikir secara hati-hati tentang suatu permasalahan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
22.	Saya membayangkan diri saya memecahkan masalah yang sulit, sebelum saya benar-benar harus menghadapinya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
23.	Saya mengatasi masalah dari berbagai sudut sampai saya menemukan tindakan yang tepat.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

24.	Bila ada kesalahpahaman serius dengan rekan kerja, anggota keluarga atau teman-teman, sebelumnya saya berlatih bagaimana saya menanganinya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
25.	Saya memikirkan setiap akibat dari suatu masalah, sebelum menanganinya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
26.	Saya sering menemukan cara-cara untuk menyelesaikan masalah-masalah sulit agar menjadi sesuatu yang dapat dikendalikan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
27.	Saya membuat rencana dan menjalankannya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
28.	Saya memecah masalah menjadi bagian-bagian yang lebih kecil dan menyelesaikannya pada satu waktu.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
29.	Saya membuat daftar-daftar dan fokus terlebih dahulu pada hal-hal yang lebih penting.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
30.	Saya merencanakan hal-hal yang mungkin terjadi di masa depan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

31.	Daripada menghabiskan setiap uang yang saya dapatkan, lebih baik saya menabung.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
32.	Saya mempersiapkan diri untuk hal-hal yang tidak diinginkan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
33.	Sebelum terjadi bencana, saya mempersiapkan diri dengan baik untuk menghadapi akibatnya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
34.	Saya merencanakan strategi untuk mengubah keadaan, sebelum saya bertindak.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
35.	Saya mengembangkan keterampilan saya dalam bekerja agar tidak menjadi pengangguran.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
36.	Saya memastikan keluarga saya mendapatkan perawatan yang baik untuk melindungi mereka dari kesengsaraan di masa depan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
37.	Saya berpikir ke depan untuk menghindari situasi yang berbahaya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
38.	Saya merencanakan strategi agar apa yang saya harapkan akan menjadi hasil yang	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

	terbaik.				
39.	Saya mengelola uang saya dengan baik agar tidak miskin di usia tua.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
40.	Ketika menyelesaikan masalah-masalah saya sendiri, saran orang lain sangatlah membantu.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
41.	Saya mencoba untuk berbicara dan menjelaskan permasalahan yang terjadi kepada teman-teman saya untuk mendapatkan umpan balik (solusi).	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
42.	Informasi yang saya dapatkan dari orang lain sering membantu saya untuk menghadapi masalah.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
43.	Saya biasanya dapat mengetahui siapa yang bisa membantu saya mengembangkan solusi penyelesaian masalah.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
44.	Saya bertanya kepada orang lain apa yang mereka lakukan jika berada di situasi yang saya hadapi.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
45.	Berbicara dengan orang lain sangat berguna karena	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

	memberikan pandangan lain tentang masalah tersebut.				
46.	Sebelum masalah yang saya hadapi semakin kacau, saya akan menghubungi seorang teman untuk membicarakan hal tersebut.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
47.	Ketika saya dalam kesulitan, saya biasanya menyelesaikannya dengan bantuan orang lain.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
48.	Ketika tertekan, saya tahu kepada siapa saya akan menghubungi untuk membantu saya agar merasa lebih baik.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
49.	Orang lain membuat saya merasa diperhatikan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
50.	Saya tahu siapa yang dapat diandalkan ketika saya terpuruk.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
51.	Ketika saya tertekan, saya pergi dan menceritakannya kepada orang lain.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
52.	Saya merahasiakan perasaan-perasaan saya pada orang lain agar hubungan dekat tetap terjalin.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

53.	Ketika saya punya masalah, saya menunda untuk menyelesaikannya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
54.	Jika saya menemukan masalah yang terlalu sulit, kadang-kadang saya mengesampingkannya terlebih dahulu sampai saya siap untuk menghadapinya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
55.	Ketika saya punya masalah, saya sering membiarkannya “memanas” terlebih dahulu untuk sementara waktu.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

TERIMAKASIH

Lampiran 2

Tabulasi Data Uji Coba

Tabulasi Data Uji Coba Skala Kualitas Hidup

SUBJEK	QOL 1	QOL 2	QOL 3	QOL 4	QOL 5	QOL 6	QOL 7	QOL 8	QOL 9	QOL 10	QOL 11	QOL 12	QOL 13	QOL 14	QOL 15	QOL 16
1	8	9	7	4	9	10	8	9	10	10	9	9	9	10	1	2
2	8	8	8	6	7	8	8	8	9	9	10	8	8	3	3	9
3	0	10	0	0	10	10	10	10	10	9	10	9	9	10	8	1
4	9	10	7	5	9	10	9	10	10	10	9	9	9	10	10	2
5	0	9	0	10	10	10	10	10	10	9	9	9	9	10	8	1
6	10	9	5	6	8	8	7	9	8	8	7	9	9	3	4	6
7	5	8	8	5	8	7	1	4	4	7	4	5	9	5	4	10
8	10	10	5	8	10	7	9	9	10	10	10	10	8	0	0	6
9	9	9	10	7	10	9	10	9	10	10	10	10	9	10	1	5
10	9	9	1	2	10	9	10	9	9	9	9	9	9	10	1	1
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	10	10	10	0	10	10	10	8	10	10	10	10	10	10	10	0
13	0	10	5	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	1	5
14	5	9	1	5	10	8	10	7	10	8	8	8	7	1	0	8
15	0	10	0	0	10	10	7	8	10	10	10	10	8	0	0	2
16	7	8	6	10	10	7	10	8	10	10	10	8	9	3	1	9
17	0	10	8	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	4
18	8	8	10	0	5	7	10	6	10	9	10	10	10	0	0	7
19	10	1	9	2	8	1	5	5	10	10	9	5	8	5	1	8
20	10	10	10	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
21	10	10	3	1	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

22	10	8	10	4	8	7	9	7	10	9	10	7	6	5	1	8
23	2	10	8	0	10	8	10	8	10	10	9	10	10	1	0	6
24	8	8	8	2	9	7	9	8	10	10	10	7	7	0	0	5
25	8	10	8	5	10	10	10	10	10	10	9	7	7	0	0	8
26	10	10	0	0	10	10	7	6	9	10	10	10	10	0	0	6
27	10	10	10	0	10	10	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10
28	10	10	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
29	3	8	5	6	10	7	6	10	10	10	10	10	10	0	0	4
30	0	10	1	0	10	6	9	8	10	9	8	10	9	0	0	5

15	3	3	1	2	3	2	3	4	4	3	4	2	4	1	2	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	2	2	3	3	4	3	3	3	2	4	3	3	4	3	2	3	4	2	2	2	1	2	3	4	2	2	1	2	1														
16	4	1	2	1	3	2	3	3	2	3	2	3	4	1	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	2	2	3	3	1	2	2	3	3	2	3	1	2	3														
17	4	2	1	2	3	2	3	3	4	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	3	2	3	2	1	3	4	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	1	1	3	2														
18	4	3	2	3	3	2	3	4	2	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	2	1	3	4	3	3	3	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	2	2	2	2	3	2	1	1	2	1													
19	4	4	1	1	3	2	3	4	3	1	3	4	4	1	3	4	1	3	3	3	4	4	4	1	3	2	2	2	2	3	3	4	2	1	1	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	2	3	1	1	1	1												
20	4	1	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1															
21	4	1	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	1	1														
22	4	1	2	2	4	4	4	4	4	4	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	2	2	3	3	4	3	4	2	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	4	2	3	1	2	2	2											
23	3	1	1	1	3	2	3	4	2	4	3	2	3	2	3	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	2	3	4	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	2	4	3	3	4	3	2	4	3	2	3	1	3	3														
24	3	4	1	1	3	3	3	4	4	3	3	2	4	1	1	4	2	4	4	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	2	4	4	1	1	4	2	2	2	1	1	1	1						
25	4	2	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	2	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	2	3	2	3	1	1	1	1													
26	3	4	3	3	4	3	4	3	3	4	1	3	4	2	4	4	4	4	3	3	3	3	3	1	3	2	2	2	2	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	1	2	2	4	3	1	1	1	3	2												
27	4	2	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4													
28	4	1	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	4	2	2	1

Lampiran 3

Uji Reliabilitas
dan
Validitas Skala

Skala Kualitas Hidup

Reliability

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,869	,913	16

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Selama dua hari terakhir (48 jam), saya bertanya-tanya apakah tempat _____ tinggal (rumah, rumah sakit, lainnya) adalah tempat yang tepat dan sesuai?	109,4667	652,671	,409	,659	,870
Selama dua hari terakhir (48 jam), saya mendapatkan privasi yang saya inginkan	107,2000	669,821	,658	,937	,857
Selama dua hari terakhir (48 jam), kondisi _____ membuat saya sedih	110,1667	674,557	,346	,632	,872
Selama dua hari terakhir (48 jam), sebagian hidup saya diatur	112,5667	725,426	,101	,404	,883
Selama dua hari terakhir (48 jam), saya memiliki waktu untuk mengurus diri saya sendiri	106,8000	675,821	,704	,904	,857

Selama dua hari terakhir (48 jam), saya dapat berpikir dengan jernih	107,6333	660,447	,697	,891	,855
Selama dua hari terakhir (48 jam), kondisi fisik yang saya rasakan	107,3667	656,930	,703	,896	,854
Selama dua hari terakhir (48 jam), kondisi emosional yang saya rasakan	107,6667	662,851	,769	,867	,853
Selama dua hari terakhir (48 jam), mampu menemani dan memberikan perawatan untuk ____ membuat saya bahagia	106,5333	671,430	,737	,972	,855
Selama dua hari terakhir (48 jam), saya terhibur oleh pandangan hidup, keimanan, atau spiritualitas	106,6333	673,137	,805	,984	,855
Saat ini saya merasa bahwa hidup saya bermakna	106,8333	669,040	,754	,946	,855
Selama dua hari terakhir (48 jam), saya setuju dengan keputusan (tindakan atau perawatan) yang dibuat untuk ____	107,2000	670,924	,709	,957	,856
Selama dua hari terakhir (48 jam), kualitas kesehatan yang kami terima	107,2000	676,786	,735	,923	,856
Selama dua hari terakhir (48 jam), saya merasa interaksi saya dengan _____	111,3000	637,114	,435	,772	,870

Selama dua hari terakhir (48 jam), secara keseluruhan, saya merasa interaksi saya dengan orang lain yang paling penting bagi saya adalah	112,7000	648,424	,439	,749	,868
Selama dua hari terakhir (48 jam), saya merasa stres dengan kondisi keuangan	110,2333	700,461	,256	,550	,874

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
115,8333	756,144	27,49807	16

Skala Proactive Coping

Reliability

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,937	,942	55

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Saya orang yang bertanggungjawab.	161,3667	425,344	,561	.	,935
Saya membiarkan semuanya berjalan dengan sendirinya.	162,7333	461,582	-,555	.	,943
Setelah mencapai tujuan, saya mencari hal lain yang lebih menantang.	162,5667	413,426	,579	.	,935
Saya menyukai tantangan dan menghadapi rintangan.	162,3667	421,551	,427	.	,936
Saya membayangkan keinginan saya dan mencoba untuk mencapainya.	161,6333	422,033	,565	.	,935
Meskipun banyak kegagalan, saya biasanya berhasil mendapatkan apa yang saya inginkan.	162,2000	420,924	,537	.	,935
Saya menentukan apa yang saya butuhkan untuk mencapai keberhasilan.	161,7333	417,789	,619	.	,934

Ketika mengalami hambatan, saya selalu mencoba menemukan solusinya; tidak ada yang dapat menghentikan saya.	161,4333	428,116	,438	.	,936
Saya sering mengalami kegagalan, jadi saya tidak berharap terlalu tinggi.	161,9000	454,714	-,423	.	,942
Ketika saya melamar di suatu posisi, saya membayangkan berada di posisi tersebut.	161,8000	420,166	,484	.	,935
Saya mengubah hambatan menjadi hal yang positif.	161,8333	420,282	,544	.	,935
Jika seseorang mengatakan saya tidak bisa melakukan sesuatu, pasti saya bisa melakukannya.	161,9333	417,375	,612	.	,934
Ketika mengalami masalah, saya berinisiatif menyelesaikannya.	161,2667	430,616	,349	.	,936
Ketika memiliki masalah, saya biasanya menempatkan diri saya dalam situasi netral.	163,1333	452,257	-,363	.	,941
Saya membayangkan diri saya memecahkan masalah yang sulit.	161,9000	414,921	,669	.	,934
Daripada bertindak gegabah, saya biasanya memikirkan berbagai cara untuk memecahkan masalah.	161,3667	430,378	,344	.	,936
Di pikiran saya, banyak rencana-rencana yang tidak biasa untuk mempersiapkan diri saya dari hal-hal yang tidak diinginkan.	162,1333	416,602	,543	.	,935
Saya mengatasi masalah dengan memikirkan penyelesaian yang realistis.	161,2667	431,582	,306	.	,936

Ketika saya mempunyai masalah dengan rekan kerja, teman, atau keluarga, sebelumnya saya membayangkan berhasil mengatasinya.	161,6333	425,137	,542	.	,935
Sebelum menangani hal yang sulit, saya membayangkan rencana-rencana yang sukses.	161,7333	420,823	,704	.	,934
Saya mengambil tindakan setelah berpikir secara hati-hati tentang suatu permasalahan.	161,5000	429,362	,350	.	,936
Saya membayangkan diri saya memecahkan masalah yang sulit, sebelum saya benar-benar harus menghadapinya.	162,0333	414,447	,600	.	,934
Saya mengatasi masalah dari berbagai sudut sampai saya menemukan tindakan yang tepat.	161,6667	420,230	,693	.	,934
Bila ada kesalahpahaman serius dengan rekan kerja, anggota keluarga atau teman-teman, sebelumnya saya berlatih bagaimana saya menanganinya.	162,1667	408,695	,691	.	,934
Saya memikirkan setiap akibat dari suatu masalah, sebelum menanganinya.	161,6667	423,609	,562	.	,935
Saya sering menemukan cara-cara untuk menyelesaikan masalah-masalah sulit agar menjadi sesuatu yang dapat dikendalikan.	161,8667	421,016	,534	.	,935
Saya membuat rencana dan menjalankannya.	161,9000	420,024	,547	.	,935

Saya memecah masalah menjadi bagian-bagian yang lebih kecil dan menyelesaikannya pada satu waktu.	162,5333	408,189	,825	.	,933
Saya membuat daftar-daftar dan fokus terlebih dahulu pada hal-hal yang lebih penting.	162,1333	409,844	,669	.	,934
Saya merencanakan hal-hal yang mungkin terjadi di masa depan.	161,5000	423,638	,635	.	,935
Daripada menghabiskan setiap uang yang saya dapatkan, lebih baik saya menabung.	161,4000	427,903	,344	.	,936
Saya mempersiapkan diri untuk hal-hal yang tidak diinginkan.	161,5667	426,530	,522	.	,935
Sebelum terjadi bencana, saya mempersiapkan diri dengan baik untuk menghadapi akibatnya.	161,9333	422,064	,618	.	,935
Saya merencanakan strategi untuk mengubah keadaan, sebelum saya bertindak.	161,8333	420,902	,596	.	,935
Saya mengembangkan keterampilan saya dalam bekerja agar tidak menjadi pengangguran.	161,5667	425,840	,393	.	,936
Saya memastikan keluarga saya mendapatkan perawatan yang baik untuk melindungi mereka dari kesengsaraan di masa depan.	161,1333	434,533	,243	.	,937
Saya berpikir ke depan untuk menghindari situasi yang berbahaya.	161,6333	423,275	,620	.	,935

Saya merencanakan strategi agar apa yang saya harapkan akan menjadi hasil yang terbaik.	161,4667	427,982	,504	.	,935
Saya mengelola uang saya dengan baik agar tidak miskin di usia tua.	161,3000	428,769	,380	.	,936
Ketika menyelesaikan masalah-masalah saya sendiri, saran orang lain sangatlah membantu.	161,7000	422,148	,506	.	,935
Saya mencoba untuk berbicara dan menjelaskan permasalahan yang terjadi kepada teman-teman saya untuk mendapatkan umpan balik (solusi).	162,1333	419,292	,516	.	,935
Informasi yang saya dapatkan dari orang lain sering membantu saya untuk menghadapi masalah.	161,7000	426,148	,356	.	,936
Saya biasanya dapat mengetahui siapa yang bisa membantu saya mengembangkan solusi penyelesaian masalah.	161,8667	425,706	,412	.	,936
Saya bertanya kepada orang lain apa yang mereka lakukan jika berada di situasi yang saya hadapi.	161,8667	421,430	,555	.	,935
Berbicara dengan orang lain sangat berguna karena memberikan pandangan lain tentang masalah tersebut.	161,8333	424,351	,444	.	,936
Sebelum masalah yang saya hadapi semakin kacau, saya akan menghubungi seorang teman untuk membicarakan hal tersebut.	162,2000	415,614	,536	.	,935

Ketika saya dalam kesulitan, saya biasanya menyelesaikannya dengan bantuan orang lain.	162,5333	407,982	,687	.	,934
Ketika tertekan, saya tahu kepada siapa saya akan menghubungi untuk membantu saya agar merasa lebih baik.	162,1667	417,178	,596	.	,935
Orang lain membuat saya merasa diperhatikan.	161,8000	420,510	,525	.	,935
Saya tahu siapa yang dapat diandalkan ketika saya terpuruk.	161,9000	420,024	,581	.	,935
Ketika saya tertekan, saya pergi dan menceritakannya kepada orang lain.	162,5000	412,259	,707	.	,934
Saya merahasiakan perasaan-perasaan saya pada orang lain agar hubungan dekat tetap terjalin.	162,6333	418,171	,424	.	,936
Ketika saya punya masalah, saya menunda untuk menyelesaikannya.	163,1667	419,799	,421	.	,936
Jika saya menemukan masalah yang terlalu sulit, kadang-kadang saya mengesampingkannya terlebih dahulu sampai saya siap untuk menghadapinya.	162,6667	432,092	,176	.	,937
Ketika saya punya masalah, saya sering membiarkannya "memanas" terlebih dahulu untuk sementara waktu.	163,0000	427,724	,261	.	,937

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
164,9333	438,823	20,94810	55

Lampiran 4
Alat Ukur Setelah
Uji Coba

KUISIONER

“Aku, Keluargaku, dan Kehidupanku”



**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN ILMU SOSIAL BUDAYA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2016**

PENGANTAR

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Bapak/Ibu/Saudara yang kami hormati. Perkenalkan kami belajar dari pengalaman Bapak /Ibu/Saudara dalam mensikapi dan menjalani kehidupan sebagai keluarga yang merawat penderita penyakit kronis. Bagaimana pikiran-pikiran, perasaan-perasaan, dan sikap-sikap yang muncul ketika melakukan berbagai kegiatan, termasuk saat Bapak/Ibu/Saudara menghadapi permasalahan-permasalahan hidup yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari.

Jawaban-jawaban yang Bapak/Ibu/Saudara berikan merupakan informasi yang sangat berharga bagi kami dan karenanya Bapak/Ibu/Suadara tidak perlu ragu untuk menjawab sesuai dengan keadaan sebenarnya. Kerahasiaan jawaban dan identitas Bapak/Ibu/Saudara dijamin dan dijunjung tinggi sepenuhnya oleh etika akademik penelitian kami.

Terimakasih atas kesediaan, kesungguhan, dan kejujuran Bapak/Ibu/Saudara dalam menjawab setiap pertanyaan yang diajukan. Mudah-mudahan Allah SWT membalas kebaikan Bapak/Ibu/Saudara dengan kebaikan yang lebih banyak dan kemuliaan yang lebih tinggi, aamiin.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Hormat saya,

Kartika Siwi

Identitas Diri

Nama (boleh inisial) :

Usia :

Jenis kelamin :

Pendidikan terakhir :

Status pernikahan : Menikah / Belum menikah

Status dalam keluarga : Orang tua/Suami/Istri/Anak/Saudara

Lamanya merawat penderita :

Dengan ini saya menyatakan bersedia untuk menjadi responden penelitian dan menjawab semua pertanyaan penelitian sesuai dengan keadaan saya yang sejujurnya.

Yogyakarta, 2017

Responden

Petunjuk Pengerjaan Kuisisioner “Aku, Keluargaku, dan Kehidupanku”

BAGIAN A

BACALAH PETUNJUK SEBELUM MENJAWAB PERTANYAAN KUISISIONER

Kami tertarik untuk belajar mengenai keseluruhan kualitas hidup Anda sebagai keluarga yang merawat pasien dengan penyakit kronis, sampaikanlah hal-hal yang mempengaruhi Anda, bahkan jika hal tersebut tidak berhubungan dengan peran Anda dalam memberikan perawatan terhadap pasien.

Tidak ada jawaban benar atau salah. Kejujuran jawaban Anda akan sangat membantu. Kuisisioner ini mencakup pertanyaan-pertanyaan yang Kami ingin Anda untuk menanggapi dengan memilih nomor dari 0 sampai 10.

Silahkan pilih atau lingkarilah angka antara 0 sampai 10 yang paling mewakili perasaan Anda. Perlu diperhatikan bahwa kadang-kadang situasi terbaik ada pada nomor 0, dan kadang-kadang situasi terbaik adalah pada nomor 10.

Kalimat yang kosong dalam pertanyaan merupakan seseorang yang Anda rawat, namun untuk menjaga kerahasiaan lebih baik Anda tidak menuliskan apapun (nama, dll) dalam kolom tersebut.

1. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya bertanya-tanya apakah tempat _____ tinggal (rumah, rumah sakit, lainnya) adalah tempat yang tepat dan sesuai:

Tidak pernah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Selalu
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

2. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya mendapatkan privasi yang saya inginkan:

Sangat tidak Sesuai	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat Sesuai
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

3. Selama dua hari terakhir (48 jam), kondisi _____ membuat saya sedih:

Tidak pernah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Selalu
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

4. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya memiliki waktu untuk mengurus diri saya sendiri:

Tidak pernah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Selalu
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

5. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya dapat berpikir dengan jernih:

Tidak pernah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Selalu
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

6. Selama dua hari terakhir (48 jam), kondisi fisik yang saya rasakan:

Sangat buruk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat baik
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

7. Selama dua hari terakhir (48 jam), kondisi emosional yang saya rasakan:

Sangat buruk	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat baik
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

8. Selama dua hari terakhir (48 jam), mampu menemani dan memberikan perawatan untuk _____ membuat saya bahagia.

Tidak pernah	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Selalu
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------

9. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya terhibur oleh pandangan hidup, keimanan, atau spiritualitas:

Sangat tidak sesuai	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat sesuai
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

10. Saat ini saya merasa bahwa hidup saya bermakna:

Sangat tidak bermakna	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat bermakna
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------

Untuk pertanyaan 12 dan 13, jika Anda tidak membuat keputusan penting atau membutuhkan perawatan kesehatan pada dua hari terakhir, silakan menjawab untuk beberapa waktu terakhir yang Anda lakukan.

11. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya setuju dengan keputusan (tindakan atau perawatan) yang dibuat untuk _____:

Sangat tidak sesuai	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat sesuai
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

12. Selama dua hari terakhir (48 jam), kualitas kesehatan yang kami terima:

Sangat tidak memuaskan	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat memuaskan
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

13. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya merasa interaksi saya dengan _____:

Sangat baik	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat tidak baik
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

14. Selama dua hari terakhir (48 jam), secara keseluruhan, saya merasa interaksi saya dengan orang lain yang paling penting bagi saya adalah:

Sangat baik	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat tidak baik
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

15. Selama dua hari terakhir (48 jam), saya merasa stres dengan kondisi keuangan:

Sangat tidak sesuai	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sangat sesuai
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

BAGIAN B

Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut ini dengan memberi tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang paling menggambarkan diri Bapak/Ibu/Saudara dalam kehidupan sehari-hari, sebagaimana Anda menjawab Bagian A!

No.	PERTANYAAN	Tidak Sesuai	Agak Sesuai	Sesuai	Sangat Sesuai
1.	Saya orang yang bertanggungjawab.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
2.	Setelah mencapai tujuan, saya mencari hal lain yang lebih menantang.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
3.	Saya menyukai tantangan dan menghadapi rintangan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
4.	Saya membayangkan keinginan saya dan mencoba untuk mencapainya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
5.	Meskipun banyak kegagalan, saya biasanya berhasil mendapatkan apa yang saya inginkan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
6.	Saya menentukan apa yang saya butuhkan untuk mencapai keberhasilan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
7.	Ketika mengalami hambatan, saya selau mencoba menemukan solusinya; tidak ada yang dapat menghentikan saya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

8.	Ketika saya melamar di suatu posisi, saya membayangkan berada di posisi tersebut.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
9.	Saya mengubah hambatan menjadi hal yang positif.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
10.	Jika seseorang mengatakan saya tidak bisa melakukan sesuatu, pasti saya bisa melakukannya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
11.	Ketika mengalami masalah, saya berinisiatif menyelesaikannya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
12.	Saya membayangkan diri saya memecahkan masalah yang sulit.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
13.	Daripada bertindak gegabah, saya biasanya memikirkan berbagai cara untuk memecahkan masalah.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
14.	Di pikiran saya, banyak rencana-rencana yang tidak biasa untuk mempersiapkan diri saya dari hal-hal yang tidak diinginkan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
15.	Saya mengatasi masalah dengan memikirkan penyelesaian yang realistis.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

16.	Ketika saya mempunyai masalah dengan rekan kerja, teman, atau keluarga, sebelumnya saya membayangkan berhasil mengatasinya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
17.	Sebelum menangani hal yang sulit, saya membayangkan rencana-rencana yang sukses.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
18.	Saya mengambil tindakan setelah berpikir secara hati-hati tentang suatu permasalahan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
19.	Saya membayangkan diri saya memecahkan masalah yang sulit, sebelum saya benar-benar harus menghadapinya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
20.	Saya mengatasi masalah dari berbagai sudut sampai saya menemukan tindakan yang tepat.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
21.	Bila ada kesalahpahaman serius dengan rekan kerja, anggota keluarga atau teman-teman, sebelumnya saya berlatih bagaimana saya menanganinya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

22.	Saya memikirkan setiap akibat dari suatu masalah, sebelum menanganinya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
23.	Saya sering menemukan cara-cara untuk menyelesaikan masalah-masalah sulit agar menjadi sesuatu yang dapat dikendalikan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
24.	Saya membuat rencana dan menjalankannya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
25.	Saya memecah masalah menjadi bagian-bagian yang lebih kecil dan menyelesaikannya pada satu waktu.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
26.	Saya membuat daftar-daftar dan fokus terlebih dahulu pada hal-hal yang lebih penting.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
27.	Saya merencanakan hal-hal yang mungkin terjadi di masa depan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
28.	Daripada menghabiskan setiap uang yang saya dapatkan, lebih baik saya menabung.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

29.	Saya mempersiapkan diri untuk hal-hal yang tidak diinginkan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
30.	Sebelum terjadi bencana, saya mempersiapkan diri dengan baik untuk menghadapi akibatnya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
31.	Saya merencanakan strategi untuk mengubah keadaan, sebelum saya bertindak.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
32.	Saya mengembangkan keterampilan saya dalam bekerja agar tidak menjadi pengangguran.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
33.	Saya berpikir ke depan untuk menghindari situasi yang berbahaya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
34.	Saya merencanakan strategi agar apa yang saya harapkan akan menjadi hasil yang terbaik.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
35.	Saya mengelola uang saya dengan baik agar tidak miskin di usia tua.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
36.	Ketika menyelesaikan masalah-masalah saya sendiri, saran orang lain sangatlah membantu.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

37.	Saya mencoba untuk berbicara dan menjelaskan permasalahan yang terjadi kepada teman-teman saya untuk mendapatkan umpan balik (solusi).	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
38.	Informasi yang saya dapatkan dari orang lain sering membantu saya untuk menghadapi masalah.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
39.	Saya biasanya dapat mengetahui siapa yang bisa membantu saya mengembangkan solusi penyelesaian masalah.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
40.	Saya bertanya kepada orang lain apa yang mereka lakukan jika berada di situasi yang saya hadapi.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
41.	Berbicara dengan orang lain sangat berguna karena memberikan pandangan lain tentang masalah tersebut.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
42.	Sebelum masalah yang saya hadapi semakin kacau, saya akan menghubungi seorang teman untuk membicarakan hal tersebut.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

43.	Ketika saya dalam kesulitan, saya biasanya menyelesaikannya dengan bantuan orang lain.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
44.	Ketika tertekan, saya tahu kepada siapa saya akan menghubungi untuk membantu saya agar merasa lebih baik.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
45.	Orang lain membuat saya merasa diperhatikan.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
46.	Saya tahu siapa yang dapat diandalkan ketika saya terpuruk.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
47.	Ketika saya tertekan, saya pergi dan menceritakannya kepada orang lain.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
48.	Saya merahasiakan perasaan-perasaan saya pada orang lain agar hubungan dekat tetap terjalin.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
49.	Ketika saya punya masalah, saya menunda untuk menyelesaikannya.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)
50.	Ketika saya punya masalah, saya sering membiarkannya "memanas" terlebih dahulu untuk sementara waktu.	Tidak Sesuai (1)	Agak Sesuai (2)	Sesuai (3)	Sangat Sesuai (4)

Lampiran 5

Tabulasi Data Penelitian

Tabulasi Data Penelitian Skala Kualitas Hidup

Subjek	QOL1	QOL2	QOL3	QOL4	QOL5	QOL6	QOL7	QOL8	QOL9	QOL10	QOL11	QOL12	QOL13	QOL14	QOL15
1	8	9	7	9	10	8	9	10	10	9	9	9	10	1	2
2	8	8	8	7	8	8	8	9	9	10	8	8	3	3	9
3	0	10	0	10	10	10	10	10	9	10	9	9	10	8	1
4	9	10	7	9	10	9	10	10	10	9	9	9	10	10	2
5	0	9	0	10	10	10	10	10	9	9	9	9	10	8	1
6	10	9	5	8	8	7	9	8	8	7	9	9	3	4	6
7	5	8	8	8	7	1	4	4	7	4	5	9	5	4	10
8	10	10	5	10	7	9	9	10	10	10	10	8	0	0	6
9	9	9	10	10	9	10	9	10	10	10	10	9	10	1	5
10	9	9	1	10	9	10	9	9	9	9	9	9	10	1	1
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	10	10	10	10	10	10	8	10	10	10	10	10	10	10	0
13	0	10	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	1	5
14	5	9	1	10	8	10	7	10	8	8	8	7	1	0	8
15	0	10	0	10	10	7	8	10	10	10	10	8	0	0	2
16	7	8	6	10	7	10	8	10	10	10	8	9	3	1	9
17	0	10	8	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	4
18	8	8	10	5	7	10	6	10	9	10	10	10	0	0	7
19	10	1	9	8	1	5	5	10	10	9	5	8	5	1	8
20	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
21	10	10	3	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
22	10	8	10	8	7	9	7	10	9	10	7	6	5	1	8

23	2	10	8	10	8	10	8	10	10	9	10	10	1	0	6
24	8	8	8	9	7	9	8	10	10	10	7	7	0	0	5
25	8	10	8	10	10	10	10	10	10	9	7	7	0	0	8
26	10	10	0	10	10	7	6	9	10	10	10	10	0	0	6
27	10	10	10	10	10	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10
28	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
29	3	8	5	10	7	6	10	10	10	10	10	10	0	0	4
30	0	10	1	10	6	9	8	10	9	8	10	9	0	0	5
31	4	10	5	10	10	10	8	10	10	10	8	9	0	1	1
32	7	7	5	6	6	8	8	7	10	7	6	6	6	6	8
33	5	5	4	4	5	5	5	7	7	10	6	6	6	6	5
34	0	9	1	9	8	8	8	10	10	10	10	10	0	1	4
35	0	9	1	8	8	7	6	9	7	9	10	8	1	9	4
36	4	10	8	10	9	8	9	9	10	9	10	10	3	4	7
37	0	10	0	10	10	10	10	10	10	8	10	9	0	0	10
38	8	10	9	10	7	9	8	10	10	7	9	8	1	1	5
39	2	10	3	8	9	10	9	10	6	6	9	7	5	4	7
40	9	10	4	10	9	9	9	9	9	8	10	4	0	1	7
41	0	10	1	10	8	10	9	10	10	10	10	10	2	1	3
42	2	10	3	9	8	9	9	9	10	9	10	10	0	2	6
43	1	8	2	10	8	8	2	9	9	8	9	9	0	0	5
44	10	10	9	10	10	8	8	10	10	10	10	9	0	0	4
45	8	10	6	10	10	10	10	10	10	8	10	10	1	0	5
46	0	10	0	10	10	10	10	10	10	10	10	10	0	0	2
47	5	9	9	9	8	7	7	10	9	8	10	9	0	0	8

48	0	10	2	10	10	10	9	10	10	9	9	10	5	3	5
49	0	9	0	10	8	10	8	10	8	8	8	8	2	2	8
50	2	9	1	8	7	6	7	8	10	10	10	9	3	1	5
51	2	10	2	7	7	9	8	8	9	8	9	8	2	0	3
52	8	10	5	10	9	10	10	10	10	8	10	8	0	0	3
53	8	7	8	7	7	6	6	10	10	10	10	10	2	2	8
54	10	10	3	9	10	10	10	10	10	10	8	9	0	0	2
55	2	9	7	10	10	10	7	10	10	10	9	9	0	0	5
56	1	10	2	10	10	10	10	10	10	9	10	10	0	0	3
57	0	10	0	10	7	8	8	10	10	10	10	10	1	1	9
58	0	10	0	10	7	8	8	10	7	7	10	8	3	5	8
59	3	9	3	10	10	10	8	9	10	8	10	10	0	0	1
60	2	10	3	10	8	7	5	10	10	9	8	6	2	2	9

Tabulasi Data Penelitian Skala *Proactive Coping*

S u b j e k	P C 1	P C 2	P C 3	P C 4	P C 5	P C 6	P C 7	P C 8	P C 9	P C 10	P C 11	P C 12	P C 13	P C 14	P C 15	P C 16	P C 17	P C 18	P C 19	P C 20	P C 21	P C 22	P C 23	P C 24	P C 25	P C 26	P C 27	P C 28	P C 29	P C 30	P C 31	P C 32	P C 33	P C 34	P C 35	P C 36	P C 37	P C 38	P C 39	P C 40											
1	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	4	3	2	3	2	1						
2	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3					
3	3	1	1	3	1	1	3	1	2	2	3	1	3	1	4	4	2	4	1	2	1	4	4	4	1	2	2	2	3	3	2	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	3	2	2	3	1	1				
4	3	2	3	3	3	3	2	2	3	3	4	3	3	2	4	3	4	3	3	3	3	2	2	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2					
5	3	2	3	1	1	1	3	1	2	2	3	2	3	1	4	4	2	4	1	2	1	4	4	4	1	2	3	3	3	3	2	4	3	3	3	4	3	4	3	3	2	3	3	2	3	3	1				
6	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	4	3	4	2	4	2	3	2	2	4	3	3	2	2	2	3	4	2	3	2	4	4	3	3	2	4	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2				
7	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	4	3	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	2	1	2	1	2	1	3	2	2
8	4	2	3	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	3	4	4	2	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	2	3	3	3	2	1	3	4	4	2	3	1	2		
9	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3	4	3	3	2	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2
10	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	2	3	2	3	3	4	3	2	4	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2		
11	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	2	4	2	2	
12	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
13	4	2	2	3	2	3	4	3	4	2	4	3	4	4	4	3	3	4	3	3	2	3	3	3	2	2	4	4	3	3	3	4	3	4	4	2	3	2	2	3	3	2	1	4	3	3	1	1	1	2	2
14	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	2	4	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	4	3	3	3	4	3	4	4	2	3	2	2	3	3	2	1	3	3	3	2	1	2	2	2

1	5	3	1	2	3	2	3	4	3	4	2	4	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	2	2	3	3	4	3	3	3	2	3	3	4	3	2	3	4	2	2	2	1	2	3	4	2	2	1	1													
1	6	4	2	1	3	2	3	3	3	2	3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	2	2	3	3	1	2	2	3	3	2	3	1	3														
1	7	4	1	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	3	2	3	2	1	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	1	1	2													
1	8	4	2	3	3	2	3	4	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	2	1	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	2	2	2	2	3	2	1	1	1														
1	9	4	1	1	3	2	3	4	1	3	4	4	3	4	1	3	3	3	4	4	4	1	3	2	2	2	2	3	3	4	2	1	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	2	3	1	1	1											
2	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1														
2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	1													
2	2	4	2	2	4	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	2	2	3	3	4	3	4	2	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	4	2	3	1	2	2												
2	3	3	1	1	3	2	3	4	4	3	2	3	3	4	3	4	3	3	4	3	3	4	3	2	3	2	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	2	4	3	3	3	4	3	2	4	3	2	3	1	4													
2	4	3	1	1	3	3	3	4	3	3	2	4	1	4	2	4	4	3	4	2	3	3	3	3	3	2	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4	2	4	4	1	1	4	2	2	2	1	1	1												
2	5	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	2	3	2	3	1	1	1														
2	6	3	3	3	4	3	4	3	4	1	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	1	3	2	2	2	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	2	2	1	2	2	4	3	1	1	1	2												
2	7	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4													
2	8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	4	2	1

Lampiran 6

Uji Asumsi:
Uji Normalitas &
Uji Linearitas

UJI NORMALITAS

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
quality_of_life	,169	60	,000	,758	60	,000
proactive_coping	,173	60	,000	,872	60	,000

a. Lilliefors Significance Correction

UJI LINEARITAS

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
(Combined)			21478,250	35	613,664	8,079	,000
quality_of_life *	Between Groups	Linearity	2686,283	1	2686,283	35,365	,000
		Deviation from Linearity	18791,967	34	552,705	7,276	,000
proactive_coping	Within Groups		1823,000	24	75,958		
Total			23301,250	59			

Measures of Association				
	R	R Squared	Eta	Eta Squared
quality_of_life * proactive_coping	,340	,115	,960	,922

Lampiran 7

Uji Hipotesis

UJI HIPOTESIS

Correlations

Correlations			
		quality_of_life	proactive_copin
		g	
Spearman's rho	Correlation Coefficient	1,000	,501**
	quality_of_life Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	60	60
	Correlation Coefficient	,501**	1,000
	proactive_coping Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	60	60

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

Lampiran 8

Analisis Tambahan

Group Statistics

	Lamanya menjadi caregiver	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
quality_of_life	< 5 Tahun	27	106,3704	25,80422	4,96602
	≥ 5 Tahun	33	109,7879	13,48091	2,34672
proactive_coping	< 5 Tahun	27	143,9259	19,27718	3,70990
	≥ 5 Tahun	33	142,4545	19,06746	3,31922

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
quality_of_life	Equal variances assumed	1,897	,174	-,660	58	,512	-3,41751	5,18191	-13,79023	6,95522
	Equal variances not assumed			-,622	37,394	,538	-3,41751	5,49259	-14,54259	7,70758
proactive_coping	Equal variances assumed	,203	,654	,296	58	,768	1,47138	4,97247	-8,48210	11,42486
	Equal variances not assumed			,296	55,428	,769	1,47138	4,97801	-8,50304	11,44580

Lampiran 9
Frekuensi Data
Penelitian

FREKUENSI

Frequencies

Statistics			
		quality_of_life	proactive_coping
N	Valid	60	60
	Missing	0	0
Mean		108,2500	143,1167
Median		108,0000	139,0000
Mode		112,00	139,00
Std. Deviation		19,87301	19,01301
Sum		6495,00	8587,00
Percentiles	20	99,2000	129,4000
	40	105,0000	137,4000
	60	111,0000	142,6000
	80	116,0000	152,0000

Frequencies Table

quality_of_life					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,00	1	1,7	1,7	1,7
	86,00	1	1,7	1,7	3,3
	88,00	1	1,7	1,7	5,0
	89,00	1	1,7	1,7	6,7
	92,00	1	1,7	1,7	8,3
	95,00	3	5,0	5,0	13,3
	96,00	1	1,7	1,7	15,0
	97,00	1	1,7	1,7	16,7
	98,00	1	1,7	1,7	18,3
	99,00	1	1,7	1,7	20,0
	100,00	1	1,7	1,7	21,7
	101,00	4	6,7	6,7	28,3
	102,00	1	1,7	1,7	30,0
	103,00	3	5,0	5,0	35,0
	104,00	1	1,7	1,7	36,7

105,00	3	5,0	5,0	41,7
106,00	2	3,3	3,3	45,0
107,00	1	1,7	1,7	46,7
108,00	3	5,0	5,0	51,7
110,00	2	3,3	3,3	55,0
111,00	4	6,7	6,7	61,7
112,00	5	8,3	8,3	70,0
114,00	4	6,7	6,7	76,7
115,00	1	1,7	1,7	78,3
116,00	2	3,3	3,3	81,7
118,00	2	3,3	3,3	85,0
120,00	2	3,3	3,3	88,3
131,00	1	1,7	1,7	90,0
133,00	1	1,7	1,7	91,7
138,00	1	1,7	1,7	93,3
140,00	1	1,7	1,7	95,0
143,00	1	1,7	1,7	96,7
150,00	2	3,3	3,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

proactive_coping

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
114,00	1	1,7	1,7	1,7
116,00	1	1,7	1,7	3,3
117,00	2	3,3	3,3	6,7
121,00	1	1,7	1,7	8,3
124,00	1	1,7	1,7	10,0
125,00	1	1,7	1,7	11,7
127,00	2	3,3	3,3	15,0
Valid 129,00	3	5,0	5,0	20,0
131,00	2	3,3	3,3	23,3
132,00	3	5,0	5,0	28,3
133,00	2	3,3	3,3	31,7
134,00	1	1,7	1,7	33,3
135,00	1	1,7	1,7	35,0
136,00	2	3,3	3,3	38,3
137,00	1	1,7	1,7	40,0

138,00	3	5,0	5,0	45,0
139,00	4	6,7	6,7	51,7
140,00	3	5,0	5,0	56,7
142,00	2	3,3	3,3	60,0
143,00	2	3,3	3,3	63,3
144,00	3	5,0	5,0	68,3
145,00	1	1,7	1,7	70,0
146,00	2	3,3	3,3	73,3
148,00	1	1,7	1,7	75,0
150,00	2	3,3	3,3	78,3
152,00	2	3,3	3,3	81,7
153,00	1	1,7	1,7	83,3
154,00	1	1,7	1,7	85,0
160,00	1	1,7	1,7	86,7
162,00	1	1,7	1,7	88,3
167,00	1	1,7	1,7	90,0
175,00	1	1,7	1,7	91,7
178,00	1	1,7	1,7	93,3
192,00	1	1,7	1,7	95,0
194,00	1	1,7	1,7	96,7
197,00	2	3,3	3,3	100,0
Total	60	100,0	100,0	

Lampiran 10

Informed Consent

Identitas Diri

Nama (boleh inisial) : Mubwan
Usia : 22
Jenis kelamin : Laki-laki
Pendidikan terakhir : SMA
Status pernikahan : Menikah / Belum menikah
Status dalam keluarga : Orang tua/Suami/Istri/Anak/Saudara

Dengan ini saya menyatakan bersedia untuk menjadi responden penelitian dan menjawab semua pertanyaan penelitian sesuai dengan keadaan saya yang sejujurnya.

Yogyakarta, 2017


Mubwan Al-Ghitari

Responden