

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penelitian *Center for Disease Control and Prevention* di Amerika pada tahun 2008 menyatakan bahwa perbandingan autisme pada anak umur 8 tahun yang terdiagnosa dengan autisme adalah 1:80. Sedangkan, prevalensi autisme di seluruh dunia menurut data UNESCO pada tahun 2011 adalah 6 di antara 1000 orang. Data UNESCO pada tahun 2011 mencatat 35 juta orang dengan gangguan autisme di dunia. Kemudian dari data *Center for Disease Control and Prevention* di Amerika pada Maret 2014 dinyatakan bahwa prevalensi (angka kejadian) autisme adalah 1 : 68 anak, atau secara lebih spesifik adalah 1 dari 42 anak laki-laki dan 1 dari 189 anak perempuan(www.cdc.gov). Dari data di atas terlihat bahwa jumlah anak dengan gangguan autisme di dunia semakin meningkat dan gangguan ini lebih banyak dialami oleh anak laki-laki dibanding anak perempuan.

Di Indonesia, pada tahun 2013 diperkirakan terdapat lebih dari 112.000 anak dengan gangguan autisme, dan pada tahun 2015 diperkirakan terdapat 134.000 anak dengan gangguan autisme (www.klinikautis.com). Berdasarkan data di atas, kita dapat melihat bahwa jumlah anak dengan gangguan autisme di Indonesia pun mengalami peningkatan dari tahun 2013 hingga tahun 2015.

Menurut Lockshin (2005) *Autism Spectrum Disorders* (ASD) adalah nama yang diberikan kepada sekelompok gangguan neurobiologis yang dapat diidentifikasi pada anak usia dini. Gangguan ini dibagi ke dalam lima spektrum: gangguan autistik (biasanya disebut autisme), *perpassive developmental disorder not otherwise specified* (PDDNOS), *Asperger's disorder*; *Rett's disorder*; dan *Childhood disintegrative disorder*. Lockshin (2005) menambahkan, gejala-gejala yang umum pada kelima gangguan di atas adalah : ketidakmampuan menjalin interaksi sosial, memiliki suatu pola yang dipertahankan, dan diulang, serta perilaku yang stereotip. Dalam penelitian ini, anak dengan ASD yang peneliti maksud adalah anak dengan gangguan autisme.

Anak-anak dengan *Autism Spectrum Disorders* (ASD) hadir dengan kesulitan dalam komunikasi bahasa dan interaksi sosial, perilaku stereotip, dan pola perilaku terbatas (American Psychiatric Association, 2013). Orang tua dan pengasuh anak-anak dengan ASD mengalami stres yang signifikan dan mengalami tantangan dalam pengasuhan (Hayes&Watson dalam Lai&Oei, 2014). Hal ini disebabkan anak dengan ASD berhubungan dengan masalah perilaku seperti kesulitan dalam beradaptasi, kecemasan, hiperaktif, dan obsesi terhadap suatu ritual merupakan sumber stres bagi orang tua dan pengasuh (Peters-Scheffer et al dalam Lai&Oei, 2014).

Di samping itu, anak-anak dengan ASD juga menunjukkan berbagai perilaku lainnya, seperti masalah dengan perhatian, kesulitan dalam memfokuskan dan mempertahankan atensi baik secara visual maupun audio, kontrol diri yang buruk seperti reaksi emosi yang tidak biasa terhadap suatu situasi atau kejadian, bisa tidak ada reaksi sama sekali, atau terlalu berlebihan, perilaku menstimulasi diri sendiri (*self-stimulatory behavior*) seperti mengepak-ngepakan kedua tangan, berputar-putar, mengulang-ulang kata, frase atau suara tertentu dan tantrum. Ketika anak dengan ASD mengalami tantrum, mereka dapat menyakiti diri mereka sendiri seperti memukul kepala, mencakar diri sendiri, dan membantingkan badan, selain itu dapat pula berperilaku agresif seperti, mendorong orang lain, menggigit dan mencakar orang lain, melempar benda kepada orang lain (Lockshin et al., 2005).

Menurut Leaf dkk (2008) keparahan gejala pada anak-anak yang didiagnosis autisme bervariasi, sebagai akibat dari usia dimana penanganan di mulai. Karakteristik penanganan seperti intensitas atau jumlah jam terapi, jumlah waktu pembelajaran langsung dan kekhususan tujuan dari intervensi juga dapat mempengaruhi hasil (Leaf & McEachin, 2012). Sehingga, terapi dini dan tepat sangatlah penting bagi anak dengan ASD agar mereka dapat beradaptasi di lingkungan yang normal, dan dalam penanganannya perlu melibatkan para ahli dari berbagai multidisiplin, salah satunya terapis.

Saat ini banyak terapis untuk menangani anak ASD yang tergabung di dalam suatu pusat terapi, beberapa pusat terapi menyediakan

layanan di pusat terapi, beberapa hanya menyediakan layanan di rumah (*home-based*). Pusat terapi anak ASD pada umumnya menyediakan berbagai layanan terapi, seperti terapi perilaku, okupasi, wicara, dan sensori integrasi. Setiap jenis terapi yang berbeda dilakukan oleh terapis yang berbeda dan secara individual (*one on one therapy*) selama rata-rata 90 menit.

Salah satu pusat terapi yang menyediakan terapis bagi anak dengan ASD adalah pusat terapi MS. MS merupakan pusat terapi bagi anak usia sekolah. Pusat terapi MS menyediakan lingkungan yang positif yang dirancang dengan baik dengan pendekatan yang berpusat pada perkembangan anak yang berbasis penelitian, serta kurikulum yang telah terbukti berhasil dalam mengembangkan dan meningkatkan anak dengan harga diri, kemampuan berpikir kritis, dan kreativitas belajar. MS adalah pusat terapi bagi anak usia sekolah yang memiliki misi untuk mengubah pandangan dunia konvensional dan praktek pendidikan anak-anak di Indonesia menjadi praktek pendidikan yang lebih maju dan berkembang, serta mau mengadaptasi pendekatan-pendekatan terkini dalam dunia pendidikan, dan memiliki visi untuk mewujudkan kegembiraan dalam belajar. Sehingga, metode belajar di MS dilakukan dengan cara bermain baik di dalam dan di luar kelas dengan materi yang menarik demi tercapainya perkembangan kognitif, bahasa dan komunikasi, motorik, sosial dan emotional, dan kemandirian. MS menggunakan pendekatan terkini untuk pendidikan anak usia sekolah dengan mengadaptasi

berbagai kurikulum dari Amerika Serikat untuk memenuhi kebutuhan anak-anak di Indonesia.

Demi tercapainya visi dan misi pusat terapi MS di atas, maka terapis yang bergabung di MS pun harus memenuhi kriteria khusus seperti, berpendidikan terakhir minimal S1, dapat berbahasa Inggris secara pasif dan aktif, memiliki pengalaman bekerja dengan anak ASD, memiliki keterampilan mengajar dan bermain dengan anak dan bersedia menjadi terapis penuh waktu dan mengikuti setiap pelatihan yang diselenggarakan oleh pusat terapi MS. Selain itu, terapis di pusat terapi MS harus memberikan laporan mingguan kepada konsultan, membuat dan menyimpan data-data yang diperlukan mengenai anak yang ditangani, seperti program-program yang sudah pernah dijalankan, catatan-catatan masalah perilaku, dan lain-lain.

Seperti pusat terapi pada umumnya, pusat terapi MS pun memiliki berbagai layanan terapi seperti sensori integrasi, terapi bermain, terapi perilaku, okupasi dan akademis. Terapis di MS dituntut untuk dapat melakukan semua jenis terapi tersebut. Sesi terapi dilakukan selama 3 jam, terapi dilakukan setiap hari Senin-Jumat pukul 08.00-17.30. Waktu istirahat terapis dilakukan secara bergantian, sebagian terapis beristirahat dari pukul 12.00-12.30, sebagian lagi beristirahat pukul 12.30-13.00. Di sisi lain, untuk meningkatkan mutu terapis di pusat terapi MS, terapis di MS diwajibkan untuk mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh pusat terapi MS, seperti pelatihan terapi sensori integrasi, wicara, dan okupasi yang diselenggarakan pada hari Sabtu. Padatnyajadwal

kerja terapis, membuat mereka seringkali mengorbankan waktu istirahat mereka, sehingga terapis merasa kelelahan dan tidak fokus dalam melakukan pekerjaannya.

Perbedaan MS dengan pusat terapi lainnya adalah pusat terapi MS khusus menerima anak dengan ASD yang memiliki potensi untuk mengikuti sekolah inklusi, sehingga baik konsultan maupun orangtua menuntut terapis untuk dapat mempersiapkan anak mereka sematang mungkin untuk dapat bergabung dengan anak-anak normal lain. Selain persiapan akademis, terapis juga harus mempersiapkan anak-anak ini dalam hal komunikasi, interaksi sosial, dan perilaku. Oleh karena itu, selain metode belajar *one on one*, terapis juga harus melaksanakan terapi dengan seting sekolah. Terapi grup yang berseting sekolah dilakukan selama 4 jam dengan istirahat 2-5 menit per *segment*. Dalam terapi yang berseting sekolah, terapis berperan sebagai guru yang mengajar 3-4 anak di dalam kelas, dan ditemani 1 guru pendamping. Pusat terapi MS juga menyediakan layanan terapi yang dilakukan di rumah (*home-based therapy*) klien. Terapi yang dilakukan di rumah adalah terapi individual yang berdurasi 3 jam. Terapis akan melaporkan perkembangan anak dan aktivitas yang dilakukan pada hari itu secara langsung kepada orang tua anak ASD tersebut. Pada kondisi ini tidak jarang terapis memperoleh tanggapan yang menyudutkan terapis. Orang tua anak ASD seringkali merasa tidak puas dan menyalahkan terapis jika kemajuan anaknya dianggap tidak begitu signifikan, orang tua anak ASD juga tidak segan untuk membentak dan mengeluarkan

kata-kata negatif karena merasa telah membayar mahal biaya terapi. Hal ini menjadi salah satu sumber stres bagi terapis.

Berikut beberapa petikan wawancara peneliti dengan terapis di MS:

AS (26 tahun), berpengalaman 3 tahun menjadi terapis di MS

“emmm.. sebenarnya si gaji disana (pusat terapi MS) lebih gede dibandingin sama tempat terapi lain lo, ya kerjanya juga lebih berat, lu harus bisa semuanya bahkan sesuatu yang bukan porsinya kita, kita harus terapi selama hampir 4 jam karna kita harus kerjain, SI, OT, art, one on one, grup terapi, banyak deh, bayangin aja 4 jam itu ga ada break lo terapisnya, lanjut terus, siapin materinya juga minta ampun, kadang makan (istirahat) diburu-buru saking banyak yang harus disiapin pusing deh pokonya, udah cape banget lah udahnya pasti sakit kepala, pengen resign tapi sayang gajinya, bingung banget gue juga...gue kadang udah siapin sebagian materi di hari sebelumnya, karna kalo disiapin pas hari H engga akan bisa, ga kekejar, tapi tetep aja ada yang kurang, jadi kalo udah gitu ya gua pas transisi dari satu segmen ke segmen berikutnya biasanya anaknya ada break 2 menit tuh ya gua pake aja waktu itu semaksimal mungkin” (wawancara pribadi, 16 September 2015).

ET (33 tahun), berpengalaman 5 tahun menjadi terapis di MS

“kalo besoknya grup terapi malemnya saya pasti susah tidur deh..deg-degan soalnya kan sesinya direkam untuk laporan ke orang tua dan konsultan, satu aja susah...kadang-kadang anak-anak ini kan macem-macem yah tingkah lakunya, ada yang kabur dari tempat duduk, ngamuk, engga respon, sementara guru di dalem cuman dua...satu ngajar, satu lagi dampingin anak, kalo yang satu lagi ditanganin yang satunya kaburlah, guling-gulingan, waih kebayang dong capenya, stres kita, sambil mandi aja

saya mikirin strategi biar situasi kelas terkontrol loh, jadinya ngapa-ngapain juga engga fokus... yah biasa ya saya berdoa, tapi kalo emang engga bisa juga saya minum obat tidur, tapi jarang sih, biasanya saya berdoa dan berusaha berpikir positif aja... yah kita sebagai terapis cuman bisa sabar aja nunggu perubahan, berharap biar anak-anaknya pada baik-baik aja deh..” (Wawancara pribadi, 1 Oktober, 2015).

SS (27 tahun) berpengalaman 3 tahun menjadi terapis di MS

“kalo ga ada progress terapis disalahin sama orang tua, dibilang kebanyakan down time lah, ngajarnya engga benerlah, ngebentak dan sering bilang percuma saya bayar mahal kalau kaya gini..kan kesel...padahal kan anak-anak kaya gini ga selalu in perfect behavior,kadang-kadang mereka enggak respon bisa lama banget, kadang marah-marah kalo kita ngajarin hal-hal baru atau yang susah, marah-marahnya bisa sampe nyerang terapis,misalnya nyubit, nyengkrem, kalo dia lagi ngamuk kan kita harus tenangin dan tahan badannya tuh biar enggak nyakitin diri sendiri kadang muka kepukul, perut ketendang kalo dia lagi guling-guling, macem-macem, terus orang tua sama mbanya juga ga konsisten, kalo anaknya nangis ato tantrum pas sesi terapi, mereka bakal buru-buru masuk ruang terapi dan ngasih apapun yang anaknya mau biar diem..pokonya kalo terapi di rumah suasananya tegang jadi serba salah, sampe kadang pengen marah...gue sig a mau terlalu mikirin, mau diapain dia kan mamanya, mklum aja deh namanya juga orangtua mungkin ga tega kali ya... (wawancara pribadi, 23 September 2015).

Dari wawancara di atas, peneliti melihat bahwa terapis AS mengalami stres yang bersumber dari tuntutan kerja yang dirasa melebihi kapasitas terapis, serta jadwal dan rutinitas kerja yang padat. Terapis AS mengalami gejala-gejala stres seperti kelelahan, bingung, dan sakit kepala setelah melakukan

pekerjaannya. Sementara terapis ET mengalami stres yang bersumber dari metode belajar seting sekolah yang didalamnya terdapat 3-5 anak, idealnya setiap anak membutuhkan 1 guru pendamping, namun dalam grup terapi ini hanya 2 orang terapis yang menangani anak-anak tersebut. Sehingga, sebelum grup terapi ET mengalami susah tidur, cemas, kelelahan dan tidak fokus dalam melakukan kegiatannya. Terapis SS mengalami stres yang bersumber dari anak dengan ASD yang ditangani, kurangnya kerja sama orang tua dan pengasuh, serta tuntutan orang tua anak ASD tersebut. Sehingga, SS merasa tegang saat melakukan sesi terapi di rumah, SS merasa serba salah, dan bingung ketika anak mengalami tantrum. SS juga merasa ingin marah saat orang tua dan pengasuh tidak konsisten dalam menangani perilaku anak yang sedang tantrum.

Tekanan emosi dan fisik yang menyertai stres membuat individu merasa tidak nyaman, sehingga individu perlu melakukan sesuatu untuk mengurangi stres tersebut, hal ini disebut *coping* stres. Lazarus & Folkman (dalam Sarafino, 2002) mengatakan bahwa *coping* adalah suatu usaha yang dilakukan individu untuk mengatasi kesenjangan atau ketidakseimbangan antara tuntutan dari lingkungan dengan sumber daya yang dimiliki individu dalam situasi stres yang ada. *Coping* dapat dibagi menjadi dua, *coping* yang berpusat pada masalah atau *problem-focused coping*, yaitu usaha untuk menekan atau mengurangi situasi stres dengan mengatasi penyebab stres dan *coping* yang berpusat pada emosi

atau *emotion-focused coping*, yaitu strategi penanggulangan stres yang berpusat pada emosi namun tidak mengubah situasi atau sumber stres. Ciri-ciri strategi *coping* yang berpusat pada masalah adalah adanya usaha-usaha untuk mengubah keadaan secara agresif, serta individu akan berusaha mengontrol masalah dan menyelesaikannya. Sementara ciri dari strategi *coping* yang berpusat pada emosi adalah adanya usaha-usaha mengalihkan perhatian dari masalah dengan melakukan relaksasi, atau mencari rasa nyaman dan orang lain yang bertujuan untuk menguasai, mengatur, mengarahkan tanggapan emosional terhadap situasi stres.

Terapis AS melakukan *coping* dengan cara mempersiapkan sebagian materi di hari-hari sebelum terapi dilaksanakan, dan di sela-sela waktu istirahat setiap segmen, strategi *coping* yang dilakukan AS termasuk ke dalam *coping* yang berpusat pada masalah atau *problem-focused coping*.

Terapis ET melakukan *coping* dengan cara berdoa dan berpikir positif mengenai terapi grup, bersabar dan berharap anak-anak yang ditanganinya dapat berperilaku baik, jenis *coping* yang dilakukan ET adalah *coping* yang berpusat pada emosi atau *emotion-focused coping*.

Terapis SS melakukan *coping* dengan cara tidak terlalu memikirkan masalahnya, dan memaklumi orang tua anak ASD yang ia tangani, strategi

coping yang dilakukan SS termasuk ke dalam *coping* yang berpusat pada emosi atau *emotion-focused coping*.

Dari hasil wawancara di atas, peneliti melihat bahwa setiap terapis memiliki sumber stres dan strategi *coping* yang beragam dalam mengatasi stres yang mereka alami. Maka dari itu, peneliti tertarik untuk mengetahui lebih jauh mengenai gambaran *coping* stres terapis anak dengan ASD di pusat terapi MS.

B. Identifikasi masalah

Saat ini banyak pusat terapi yang menyediakan terapis bagi anak ASD, salah satunya pusat terapi MS. Berbeda dengan pusat terapi lainnya pusat terapi MS hanya menerima anak ASD yang memiliki potensi untuk mengikuti sekolah inklusi. Pusat terapi MS menyediakan berbagai jenis terapi dan dalam menyusun kurikulumnya pusat terapi ini mengadaptasi kurikulum dari Amerika Serikat, sehingga terapis yang tergabung dalam pusat terapi MS merasakan tuntutan kerja yang tinggi.

Terapis yang tergabung dalam pusat terapi MS dituntut untuk dapat mempersiapkan anak yang mereka tangani sematang mungkin untuk dapat bergabung dengan anak normal lain, baik kesiapan secara akademis, interaksi sosial, komunikasi, maupun perilaku. Sehingga, untuk mewujudkan hal tersebut, terapis dituntut untuk dapat melakukan berbagai jenis terapi, dan mengikuti pelatihan-pelatihan yang diselenggarakan oleh pusat terapi MS di

hari libur mereka. Sehingga terapis mengalami stress hal ini dikarenakan adanya kesenjangan antara tuntutan lingkungan kerja dengan sumber daya yang dimiliki terapis, baik yang bersifat biologis, psikologis atau sosial. Sumber stres terapis di MS adalah tuntutan kerja yang dirasa melebihi kapasitas terapis, serta jadwal kerja yang padat, terapis menangani hal ini dengan mempersiapkan materi dengan cara mempersiapkan materi terapi di hari-hari sebelum terapi dilaksanakan dan di sela-sela waktu istirahat setiap segmen (*PFC*).

Kurangnya tenaga terapis yang menangani anak-anak di dalam grup terapi yang bersetting sekolah juga menjadi salah satu sumber stres terapis, terapis mengatasi dengan hal ini dengan cara berdoa, berpikir dan bersabar (*EFC*). Selain itu kurangnya kerja sama orangtua dan pengasuh, dan tuntutan orang tua anak ASD menjadi salah satu sumber stres, terapis mengatasi hal ini dengan memaklumi dan tidak terlalu memikirkan hal tersebut (*EFC*). Dalam upaya mengatasi stres, setiap terapis melakukan strategi *coping* yang berbeda.

C. Tujuan Penelitian

1. Melihat gambaran *coping* stres pada terapis anak dengan *Autism Spectrum Disorder* (ASD) di Pusat Terapi MS.
2. Melihat gambaran *coping* stres pada terapis anak dengan *Autism Spectrum Disorder* (ASD) berdasarkan data penunjang.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis :

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan tentang gambaran stres dan *coping* stres yang terkait dengan aspek-aspek psikologi khususnya psikologi perkembangan, psikologi kepribadian, psikologi sosial, psikologi klinis.

2. Manfaat Praktis :

Penelitian ini dapat dijadikan acuan bagi para terapis di Pusat terapi MS dalam mengatasi stres di dalam pekerjaannya sebagai terapis.

E. Kerangka Berpikir

Pusat terapis MS merupakan pusat terapi yang memiliki visi dan misi untuk menjadi praktek pendidikan yang lebih maju dan berkembang, dengan pendekatan-pendekatan terkini yang diadaptasi dari berbagai kurikulum dari Amerika Serikat dan mewujudkan kegembiraan dalam belajar.

Terapis yang tergabung dalam pusat terapi MS dituntut untuk dapat mempersiapkan anak yang mereka tangani sematang mungkin untuk dapat bergabung dengan anak normal lain, baik kesiapan secara akademis, interaksi sosial, komunikasi, maupun perilaku. Sehingga, untuk mewujudkan hal tersebut, terapis dituntut untuk dapat melakukan berbagai jenis terapi, dan mengikuti pelatihan-pelatihan yang diselenggarakan oleh pusat terapi MS di

hari libur mereka. Dari wawancara yang telah dilakukan oleh peneliti sumber stres terapis di MS adalah tuntutan kerja yang dirasa melebihi kapasitas terapis, serta jadwal kerja yang padat, kurangnya tenaga terapis yang menangani anak-anak di dalam grup terapi yang berseting sekolah, serta kurangnya kerja sama orangtua dan pengasuh, dan tuntutan orang tua anak ASD tersebut.

Stres merupakan keadaan dan tuntutan yang melebihi kemampuan dan sumberdaya adaptif individu untuk mengatasinya, sehingga keadaan dan tuntutan (stresor) tersebut menimbulkan ketegangan baik secara fisik emosi maupun sosial. Strategi yang biasa dilakukan untuk mengatasi stres disebut dengan *coping* stres.

Coping stres yang dilakukan terapis pun beragam, penggunaan *coping* tidak akan selalu terlihat adaptif pada seseorang. Keberhasilan *coping* ditentukan oleh kesesuaian antara strategi *coping* yang dipakai dengan situasi yang dihadapi (Sarafino, 2002). Bentuk *coping* stres yang digunakan dapat dibagi menjadi dua, yaitu *problem-focused coping* dan *emotional-focused coping*.

Terapis yang melakukan *confrontative coping (PFC)* melakukan tindakan tegas dengan menegur orang-orang yang terkait dengan anak ASD yang ditangani jika melanggar aturan atau tidak konsisten dalam mengatasi

perilaku anak, atau menyebabkan anak mengalami kemunduran, meskipun resikoanya terapis akan tidak disukai atau kehilangan klien tersebut.

Saat suatu program tidak berjalan dengan lancar atau tidak mencapai target, terapis yang melakukan *planful-problem solving (PFC)* akan mencatat apa saja faktor yang mungkin dapat menghambat kesuksesan program tersebut, lalu mendiskusikan hal tersebut dengan terapis lain, jika terapis lain tidak dapat memberikan solusi, maka terapis berdiskusi dengan supervisor untuk mendapatkan solusi terbaik.

Terapis yang melakukan *seeking social support for informational reasons (PFC)* akan bertanya pada terapis lain atau senior terapis atau konsultan tentang sumber stres yang ia alami, kemudian mencari tahu apa yang membedakan situasi terapinya dengan terapis lain dan meminta saran dari terapis lain.

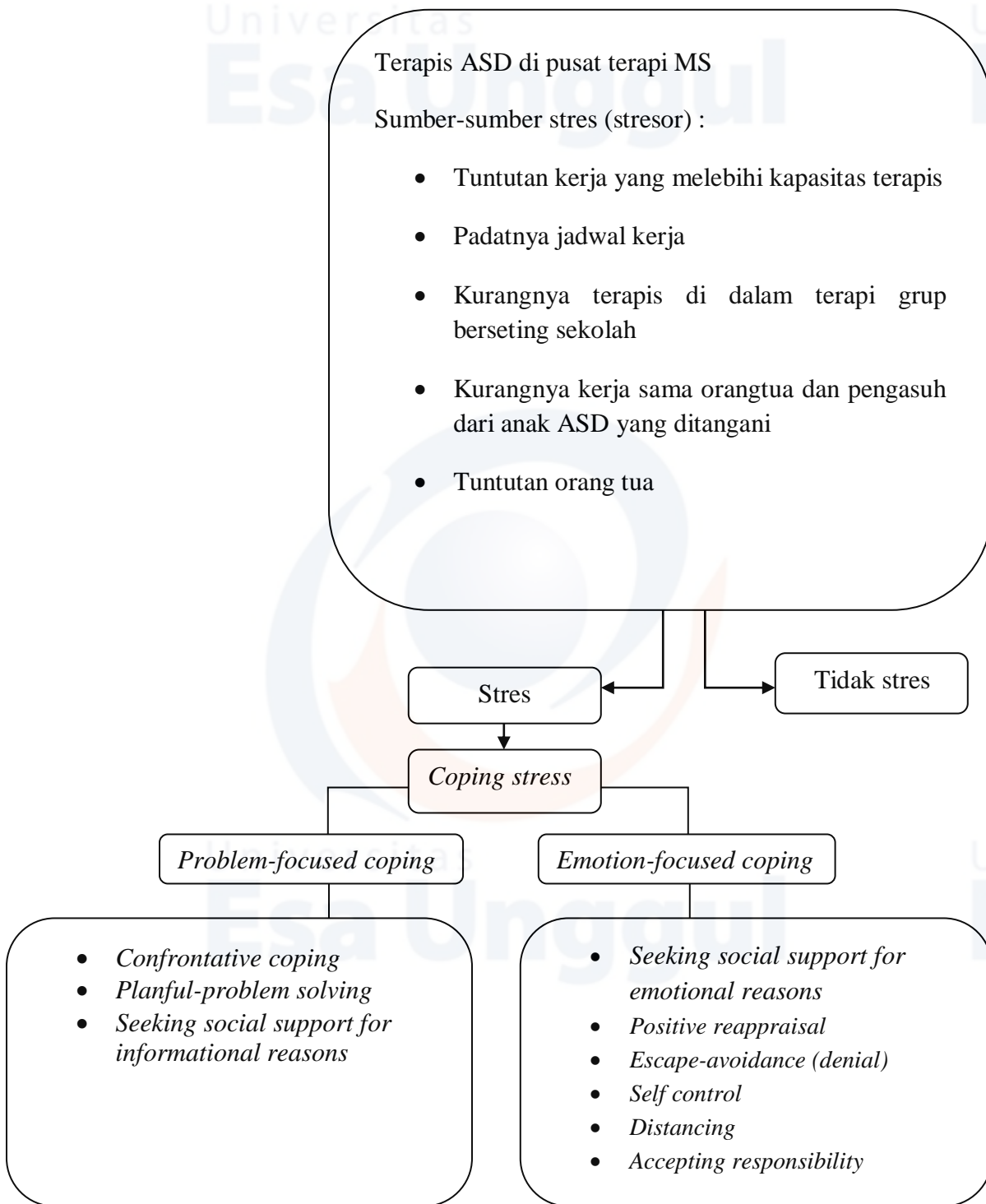
Sementara, terapis yang melakukan *coping* dengan cara *seeking social support for emotional reasons (EFC)* akan mengungkapkan segala keluh kesah tentang kesulitannya dalam menangani anak ASD pada terapis lain atau atasannya dengan tujuan melepaskan emosi negatif yang ia rasakan, tetapi tidak berusaha mencari solusi untuk masalah yang ia alami.

Terapis yang melakukan *coping* dengan *positive reappraisal (EFC)* dalam mengatasi masalahnya ia akan berdoa dan berusaha berpikir positif dan

bersabar menunggu masalah tersebut berlalu atau selesai dengan sendirinya. Berbeda dengan terapis yang melakukan *coping* dengan cara *escape-avoidance* (EFC) yang menganggap masalah-masalah yang ia alami bukanlah suatu masalah, sehingga terapis tidak akan melakukan penyelesaian terhadap masalah-masalah yang ia alami dalam pekerjaannya sebagai terapis.

Terapis yang melakukan *coping* dengan cara *self-control* (EFC) berusaha terlihat senang meskipun dalam kondisi yang membuat ia stres. Saat anak tantrum, walaupun terapis merasa ia berusaha mengeluarkan ekspresi tenang, namun tidak melakukan apapun untuk menenangkan anak yang sedang tantrum tersebut. Sementara terapis yang melakukan *coping* dengan cara *distancing* (EFC) berusaha menghindari sumber stresnya.

Saat suatu program tidak tercapai dalam batas waktu yang diberikan oleh konsultan terapis yang melakukan *coping* dengan cara *accepting-responsibility* (EFC) menyalahkan dirinya karena merasa kurang kompeten dalam mengajar, sehingga meminta supervisor untuk memindahkan anak yang ia tangani ke terapis lain yang ia rasa lebih mampu menangani anak tersebut.



Gambar 1.1 Bagan Kerangka Berpikir

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. *Autism Spectrum Disorder* (ASD)

1. Pengertian *Autism Spectrum Disorder* (ASD)

Autisme merupakan gangguan yang dimulai dan dialami pada masa kanak-kanak. Gangguan ini adalah ketidakmampuan untuk berinteraksi dengan orang lain, gangguan berbahasa yang ditunjukkan dengan penguasaan yang tertunda, ekolalia, pembalikan kalimat, adanya aktivitas bermain yang repetitif dan stereotip, rute ingatan yang kuat, dan keinginan obsesif untuk mempertahankan keteraturan di dalam lingkungannya (Mulyadi, 2011).

Autism Spectrum Disorders (ASD) adalah nama yang diberikan kepada sekelompok gangguan neurobiologis yang dapat diidentifikasi pada anak usia dini. Gangguan ini dibagi ke dalam lima spektrum: gangguan autistik (biasanya disebut autisme), *perpasive developmental disorder not otherwise specified* (PDDNOS), *Asperger's disorder*; *Rett's disorder*; dan *Childhood disintegrative disorder* (Lockshin, 2005)

2. Kriteria diagnostik ASD *Autism Spectrum Disorder* (ASD)

American Psychiatric Assosiation (2013) telah menetapkan Kriteria Diagnostik Gangguan Spektrum Autisme, berdasarkan *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder V* sebagai berikut :

- a. Adanya defisit komunikasi dan interaksi sosial yang persisten, ditunjukkan dengan:
- Defisit sosial emosional misalnya sulit mengeluarkan respon dalam interaksi sosial, sulit mempertahankan komunikasi 2 arah;
 - Defisit pada komunikasi nonverbal misalnya gangguan kontak mata, bahasa tubuh, hingga ekspresi wajah;
 - Defisit dalam membangun serta mempertahankan hubungan, misalnya sulit berteman hingga tidak tertarik pada individu lain.
- b. Adanya keterbatasan perilaku, aktivitas dan minat, yang ditunjukkan dengan minimal 2 dari:
- Pergerakan stereotipik, gerakan motorik berulang, maupun penggunaan kata kata yang tidak dapat dimengerti;
 - Perilaku yang tetap, tidak fleksibel dan keharusan mengikuti suatu pola kegiatan yang sudah ada misalnya urutan makan yang sama, ritual dalam melakukan sesuatu dan apabila ritual ini terganggu dapat menyebabkan stress pada penderita;
- c. Adanya ketertarikan ataupun fokus yang abnormal pada suatu objek yang berlebihan;
- Reaksi berlebihan ataupun kurangnya reaksi terhadap suatu masukan sensorik misalnya pada nyeri, perubahan suhu dan lainnya.

- d. Gejala tersebut timbul pada masa perkembangan awal yang akan makin jelas gejalanya seiring dengan berjalannya waktu.
- e. Gejala ini menyebabkan gangguan sosial, okupasional, dan fungsi lainnya secara signifikan.
- f. Gejala ini tidak dapat dijelaskan dengan adanya disabilitas intelektual.

B. *Coping* Stres

1. Pengertian *Coping* Stres

Menurut Taylor (dalam Safaria, 2005) *coping* adalah suatu usaha mengatasi suatu stres dengan cara mengurangi ancaman dan dampak negatif dari stres, meliputi apa yang individu lakukan, rasakan, atau pikirkan dalam hal mengatasi, toleran, atau menurunkan dampak negatif dari situasi stres. Sementara Lazarus & Folkman (dalam Sarafino, 2002) mengatakan bahwa *coping* adalah suatu usaha yang dilakukan individu untuk mengatasi kesenjangan atau ketidakseimbangan antara tuntutan dari lingkungan dengan sumber daya yang dimiliki individu dalam situasi stres yang ada.

Dari pendapat beberapa ahli tersebut peneliti menyimpulkan bahwa *coping* merupakan suatu usaha atau strategi yang dilakukan individu untuk mengatasi kesenjangan atau ketidak seimbangan antara tuntutan dari lingkungan dengan sumber daya yang dimiliki individu, sehingga dapat

mengurangi dampak negatif dari situasi stres yang ada. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan teori *coping* dari Lazarus dan Folkman.

2. Strategi *Coping*

Coping menurut Lazarus & Folkman (dalam Sarafino, 2002) mempunyai dua jenis orientasi. Pertama, usaha yang dilakukan individu untuk mengatasi masalah yang menyebabkan stres tersebut (*problem-focused coping*) dan kedua, usaha untuk mengatur emosi yang ditimbulkan oleh masalah tersebut (*emotion-focused coping*). *Coping* yang berorientasi pada masalah dapat dilakukan bila individu memiliki keyakinan akan kemampuannya untuk mengatasi masalah yang ada. Sedangkan *coping* berorientasi pada emosi cenderung dilakukan individu ketika mereka merasa bahwa sudah tidak ada lagi yang bisa dilakukan terhadap stresor. Berdasarkan fungsi ini, *coping* dibagi dalam dua kategori besar, yaitu :

Strategi *coping* berorientasi pada masalah (*problem-focused coping*) a. *Confrontative coping* merupakan upaya mengatasi masalah dengan mengambil tindakan tegas, seringkali diikuti dengan pengambilan resiko untuk mengubah situasi. b. *Planful-problem solving* merupakan usaha *coping* yang bertujuan untuk mengubah keadaan, yang dapat pula disertai pendekatan analitis untuk menyelesaikan masalah, seperti merancang strategi untuk bertindak, memikirkan langkah yang akan diambil, serta cara-cara terbaik untuk menyelesaikan masalah yang ada. c. *Seeking social support for*

informational reasons, individu berusaha untuk mencari dukungan sosial berupa bantuan, nasehat, serta informasi lain yang berguna untuk mengatasi stres yang ia hadapi. Contohnya bertanya kepada orang yang memiliki pengalaman serupa dengannya dalam usaha untuk mengetahui cara mereka mengatasi masalah tersebut, atau mencari informasi dari orang lain.

Strategi *coping* berorientasi pada emosi (*emotion-focused coping*) a. *Seeking social support for emotional reasons*, *coping* ini dilakukan dengan cara mencari dukungan moral, simpati, atau pengertian dari orang lain. Kecenderungan ini dapat juga berfungsi negatif bila hanya digunakan sebagai sarana untuk melepaskan emosi negatif saja, sehingga individu tidak berusaha mengatasi stresor yang ada. Contohnya, mengungkapkan segala keluhan kesah pada teman, saudara atau orang tua. b. *Positive reappraisal (turning to religion)*, individu berusaha untuk mengurangi distress emosi dengan cara menilai kembali suatu situasi stres lebih positif. *Positive reappraisal* juga mengandung penekanan religius yaitu mereka menggunakan agama sebagai sarana untuk mendapatkan dukungan emosional dan untuk mengatasi distress emosi yang mereka alami seperti berdoa. Selanjutnya strategi *coping* ini dapat mengarahkan individu untuk melakukan tindakan *problem-focused coping*. c. *Escape-Avoidance (denial)* merupakan suatu usaha dari individu untuk menolak mempercayai bahwa stresor itu benar-benar terjadi dan mereka bertindak seolah-olah sumber stres itu tidak nyata. Penyangkalan ini dapat bermanfaat dalam mengurangi distress yang dirasakan individu untuk

sementara waktu, tetapi bila berlarut-larut hanya akan menambah masalah yang ada serta menghambat dilakukannya *coping* yang lebih adaptif, yaitu penyelesaian masalah yang ada. d. *Self control* merupakan upaya yang mengatur perasaan seperti menyembunyikan perasaan atau mengatur perasaan. Contohnya : bersabar dan menerima keadaan yang ada. e. *Distancing* merupakan usaha untuk menjauhkan diri dari masalah, contohnya : tidak memikirkan masalah yang dihadapi secara serius dan bentuk *coping* ini juga berupaya mencari sisi positif dari suatu masalah. f. *Accepting responsibility* merupakan upaya *coping* dengan cara mengakui peran individu dalam masalah yang dialaminya sehingga individu memahami atau menerima keadaan yang ada. Dalam hal ini, individu berpikir untuk mengoreksi diri “apakah dirinya yang menyebabkan masalah ini terjadi?”. Contohnya : mengkritik diri diiringi dengan upaya memperbaiki keadaan, minta maaf atau menebus kesalahan.

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi *coping* stres

- a. Usia, Pramadi & Lasmono (2003) menyimpulkan dalam penelitiannya bahwa dewasa madya cenderung menggunakan *coping* berfokus pada masalah. Penelitiannya menjelaskan bahwa dewasa madya lebih aktif dan menilai stresor sebagai sesuatu yang dapat dikendalikan.
- b. Jenis kelamin, secara umum perempuan dan laki-laki menggunakan kedua bentuk *coping*, baik yang berfokus pada masalah maupun yang berfokus pada emosi. Menurut Billings dan Moos (dalam Pramadi & Lasmono,

- 2003), wanita lebih cenderung berorientasi pada emosi sedangkan pria lebih berorientasi pada masalah.
- c. Tingkat pendidikan, Billing dan Moos (dalam Pramadi & Laksamono, 2003), menjelaskan bahwa tingkat pendidikan juga mempengaruhi kompleksitas pemikiran seseorang. Berdasarkan hasil penelitiannya ditemukan bahwa individu dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan lebih realitas dan aktif dalam memecahkan masalah.
 - d. Pengalaman, pengalaman merupakan kejadian yang pernah dialami individu dan menjadi bahan pertimbangan dalam menghadapi kejadian yang sama. Teori belajar sosial (*social learning*) dari Bandura mengatakan bahwa dalam sebuah pengalaman terdapat unsure belajar didalamnya, individu akan mudah dan relatif singkat melakukan penyesuaian terhadap situasi yang dihadapi apabila memiliki tingkat pengalaman yang tinggi dalam situasi atau kondisi yang sama, begitu pula sebaliknya (Itsnaini, 2007).

C. Pusat Terapi MS

1. Profil Pusat Terapi MS

MS merupakan pusat terapi anak ASD usia sekolah di Jakarta Utara. Metode belajar di MS dilakukan dengan cara bermain baik di dalam dan di luar kelas dengan materi yang dibuat khusus demi tercapainya perkembangan kognitif, bahasa, komunikasi, motorik, sosial, emosional, dan kemandirian.

MS menggunakan pendekatan-pendekatan terkini untuk pendidikan anak usia sekolah dengan mengadaptasi kurikulum dari Amerika Serikat.

Pusat terapi MS memiliki 2 metode belajar, yaitu individual terapi (*one on one therapy*) dan terapi grup/terapi bersetting sekolah (*group therapy*). Pusat terapi MS memiliki berbagai layanan terapi seperti sensori integrasi, terapi bermain, terapi perilaku, okupasi dan akademis. Sesi terapi individual dilakukan selama 3 jam, sesi terapi grup dilakukan selama 4 jam, terapi dilakukan setiap hari Senin-Jumat pukul 08.00-17.30. Setiap 2 minggu sekali pusat terapi MS menyediakan pelatihan bagi terapisnya demi meningkatkan mutu terapis. Layanan terapi dapat dilakukan di pusat terapi maupun di rumah klien.

2. Pengertian Terapis Anak dengan ASD

Terapis merupakan tenaga kependidikan atau guru pembimbing membantu individu mengatasi hambatan-hambatan dalam perkembangan diri individu untuk mencapai perkembangan yang optimal sesuai kemampuan pribadi yang dimiliki individu (Handoyo, 2003). Jadi, terapis ASD merupakan guru pembimbing bagi anak-anak dengan ASD, yang membantu anak dengan gangguan perkembangan ini mengatasi hambatan-hambatan dalam perkembangan mereka untuk mencapai perkembangan yang optimal, melalui program-program yang telah disusun sesuai kemampuan anak autis tersebut.

3. Terapis Anak dengan ASD di Pusat Terapi MS

Terapis di pusat terapi MS harus memenuhi kriteria khusus yaitu, berpendidikan minimal S1, mampu berbahasa Inggris secara pasif dan aktif, memiliki pengalaman bekerja dengan anak ASD, memiliki keterampilan mengajar dan bermain dengan anak, bersedia menjadi terapis penuh waktu, bersedia bekerja di pusat terapi maupun di rumah klien, bersedia melakukan berbagai jenis terapi yang ditugaskan oleh konsultan, dan wajib mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh pusat terapi MS.

Terapis di pusat terapi MS memiliki beberapa tugas kerja sebagai berikut :

- a. Menyiapkan materi yang akan digunakan dalam terapi, materi dibuat sesuai dengan program yang akan dilaksanakan, dan harus diselesaikan sebelum terapi dimulai, baik individual terapi maupun grup terapi.
- b. Melakukan observasi terhadap perilaku anak autis selama sesi terapi untuk melihat kesulitan yang dihadapi anak tersebut dalam mencapai target suatu program, sehingga bantuan (*prompt*) yang diberikan oleh terapis tepat.
- c. Membuat *Task Analysis* (tahapan-tahapan) dari program yang diberikan oleh konsultan, tahapan-tahapan ini dibuat bersama-sama dengan terapis yang lain.
- d. Membuat laporan terapi harian, laporan tersebut berisi mengenai pencapaian tahapan program-program yang dijalankan selama satu sesi, perilaku anak, kesulitan-kesulitan yang dihadapi anak tersebut, dan catatan bagi terapis lain. Laporan tersebut dibuat bagi orang tua dan terapis lain agar terjalin

konsistensi dalam menangani anak tersebut. e. Memberikan laporan mingguan kepada supervisor mengenai perilaku dan perkembangan setiap program yang dijalankan. f. Mengikuti pelatihan (*training*) yang diberikan oleh konsultan setiap bulan dan juga mengikuti pelatihan 2 minggu sekali yang dilakukan di pusat terapi lain (seperti, pusat terapi sensori integrasi, pusat terapi wicara, dll) yang dilakukan di luar jam kerja terapis, yaitu pada hari Sabtu. g. Membuat dan menyimpan data-data yang diperlukan mengenai anak yang ditangani, seperti program-program yang sudah pernah dijalankan, catatan-catatan masalah perilaku, rencana kerja, dll. h. Mengeneralisasi program-program yang sudah sukses dalam individual terapi ke dalam terapi grup agar dapat diaplikasikan dalam kehidupan yang lebih natural dan sekolah. i. Mengajari program-program yang sudah digeneralisasi dalam setting grup kepada orang-orang disekitar anak tersebut, seperti pengasuh dan orang tua. j. Bertanggung jawab penuh terhadap keberhasilan setiap program dalam waktu yang sudah ditentukan konsultan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan bentuk non eksperimental. Desain yang digunakan adalah penelitian deskriptif di semua dimensi dalam variabel untuk mengetahui gambaran *coping* stres terapis ASD di Pusat Terapi MS.

B. Variabel Penelitian

Dalam penelitian ini terdapat satu variabel yaitu *coping* stres, definisi konseptual dan operasional *coping* stres adalah sebagai berikut :

Definisi konseptual *coping stres* adalah suatu usaha atau strategi yang dilakukan individu untuk mengatasi kesenjangan atau ketidak seimbangan antara tuntutan dari lingkungan dengan sumber daya yang dimiliki individu, sehingga dapat mengurangi dampak negatif dari situasi stres yang ada.

Definisi operasional *coping stres* adalah adalah skor total dari cara yang dipilih dan dipergunakan terapis dalam mengatasi kesenjangan atau ketidakseimbangan antara tuntutan dari lingkungan dengan sumber daya yang dimiliki terapis yang diukur dengan mendeskripsikan strategi *problem-focused coping* dan *emotion-focused coping* yang dominan.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi Penelitian

Populasi merupakan subyek penelitian. Menurut Sugiyono (2008), populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Dalam penelitian ini, digunakan populasi penelitian yang berada di dalam pusat terapi MS di Jakarta Utara, yang berjumlah 24 orang.

2. Sampel Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel jenuh, yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Hal ini sering dilakukan bila jumlah populasi relatif kecil, kurang dari 30 orang, atau penelitian yang ingin membuat generalisasi dengan kesalahan yang sangat kecil (Sujarweni & Endrayanto, 2012). Dalam penelitian ini peneliti akan menggunakan semua sampel penelitian sebanyak 24 orang sesuai dengan kriteria yang sudah ditetapkan.

3. Kriteria Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah subyek yang memiliki kriteria tertentu, antara lain:

1. Terapis anak ASD
2. Telah bekerja minimal 1 tahun
3. Memiliki pendidikan minimal SMA sederajat

D. Alat Ukur

1. Jenis Skala Alat Ukur

Dalam penelitian ini digunakan alat ukur berupa kuesioner. Kuesioner yang digunakan adalah *coping stres*. Kuesioner tersebut menggunakan bentuk skala. Skala merupakan sehimpunan lambang/symbol atau angka yang disusun dengan cara tertentu sehingga simbol atau angka tersebut dapat diberikan kepada individu dengan aturan tertentu (Kerlinger, 2006).

Skala yang digunakan dalam penelitian ini adalah skala likert dengan pilihan alternatif pilihan alternatif SS (sangat sesuai), S (sesuai), TS (tidak sesuai), dan STS (sangat tidak sesuai). Subjek akan diminta untuk memilih salah satu dari empat pilihan alternatif di bawah ini adalah tabel skor yang diberikan.

2. Teknik Skoring

Untuk setiap pernyataan, tanggapan sangat sesuai diberi nilai 4, sesuai diberi nilai 3, tidak sesuai diberi nilai 2, dan sangat tidak sesuai diberi nilai 1. Berikut ini tabel teknik skoring skala Likert (Sujarweni & Endrayanto, 2012) adalah:

Tabel 3.1. Tabel Skoring Skala Likert

No.	Pilihan Jawaban	Skoring
1	Sangat tidak sesuai	1
2	Tidak sesuai	2
3	Sesuai	3
4	Sangat sesuai	4

3. *Blueprint Coping Stres*

Coping stres dalam penelitian ini diturunkan dari teori Lazarus dan Folkman yang membagi *coping* stres ke dalam dua jenis *coping*, yaitu *coping* yang berpusat pada masalah (*problem-focused coping*) dan *coping* yang berpusat pada emosi (*emotion-focused coping*). *Problem-focused coping* terdiri dari *planful problem solving*, *confrontative coping*, dan *seeking social support (for informational reason)*. *Emotion-focused coping* terdiri dari *seeking social support for emotional reason*, *positive reappraisal (turning to religion)*, *escape-avoidance (denial)*, *self-control*, *distancing*, dan *accepting responsibility*. Rincian kisi-kisi alat ukur *coping* stres dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 3.2. Tabel Kisi-kisi *Coping* Stres

Dimensi		Indikator	Item
<i>Problem-focused coping</i>	<i>Planful problem solving</i>	a. Mengambil tindakan langsung untuk mengatasi masalah b. Mengumpulkan data pendukung yang dapat membantu memecahkan masalah	3,9,18 4,11,19,21
	<i>Confrontative Coping</i>	a. Melakukan penyelesaian masalah secara konkret b. Melakukan tindakan beresiko untuk menyelesaikan masalah	8,20,25 12,27,33
	<i>Seeking social support (for informational reason)</i>	a. Mencari dukungan dari oranglain berupa informasi untuk memecahkan masalah	14, 22

		b. Bertanya kepada orang yang lebih kompeten/berpengalaman dalam menyelesaikan masalah yang serupa	16,24
<i>Emotion-focused coping</i>	<i>Seeking social support for emotional reason</i>	a. Mencari dukungan moral, simpati, dan pengertian dari orang lain. b. Mengungkapkan keluhan kepada orang-orang terdekat	1,31 6,30,36
	<i>Positive reappraisal (turning to religion)</i>	a. Memaknai masalah secara positif	17,32,43
		b. Melakukan kegiatan-kegiatan agamawi untuk mendapatkan dukungan-dukungan emosional	2,29,34
	<i>Escape avoidance (denial)</i>	a. Menyangkal adanya sumber stress	10,26,28
	<i>Self-control</i>	a. Menyembunyikan perasaan tertekan	13,35
		b. Berusaha tenang meskipun dalam kondisi tertekan	23,42
	<i>Distancing</i>	a. Tidak memikirkan masalah secara serius	38,41,44
		b. Menjaga jarak dengan sumber stress	5,37,46
<i>Accepting responsibly</i>	a. Menyalahkan diri sendiri atas masalah yang terjadi	7,40,45,48	
	b. Menerima konsekuensi dari masalah yang terjadi	15,39,47	

E. Uji Alat Ukur

1. Validitas

Dalam penelitian ini, digunakan pengukuran uji validitas menggunakan rumus koefisien korelasional *product moment*

dengan menggunakan rumus (Sujarweni & Endrayanto, 2012) :

$$R_{xy} = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Keterangan:

R_{xy} : Koefisien korelasi antar skor butir ke “x” dengan keseluruhan

x : Skor butir ke “x”

y : Skor butir total

n : Jumlah sampel

Sebuah item dinyatakan valid bila r hitung > r tabel karena item tersebut berkorelasi secara signifikan terhadap skor total. Sedangkan bila r hitung < r tabel maka item tersebut dinyatakan tidak valid karena tidak berkorelasi secara signifikan terhadap skor total.

Dalam penelitian ini, validitas item dihitung dengan menggunakan alat bantu statistik.. Sebuah item dikatakan valid apabila nilai koefisien validitas item $\geq 0,25$, maka item tersebut dinyatakan valid. (Nisfianoor, 2009). Dalam penelitian ini, validitas item dihitung dengan menggunakan alat bantu statistik., dengan batas nilai validitas $\geq 0,25$.

Berdasarkan dari hasil uji validitas terhadap alat ukur *coping stres*, ditemukan 17 item yang gugur dari 48 item, sehingga item yang tersisa sebanyak 31 item. Berikut adalah *blue print coping stres* yang gugur setelah melakukan uji coba.

Tabel 3.3 Tabel *blueprint coping stres* setelah uji coba

Dimensi		Indikator	Item	Total
Problem-focused coping	<i>Planful problem solving</i>	a. Mengambil tindakan langsung untuk mengatasi masalah b. Mengumpulkan data pendukung yang dapat membantu memecahkan masalah	3*,9,18* 4*,11*,19,21*	2
	<i>Confrontative Coping</i>	a. Melakukan penyelesaian masalah secara konkret b. Melakukan tindakan beresiko untuk menyelesaikan masalah	8,20*,25* 12*,27*,33	2
	<i>Seeking social support (for informational reason)</i>	a. Mencari dukungan dari oranglain berupa informasi untuk memecahkan masalah b. Bertanya kepada orang yang lebih kompeten/berpengalaman dalam menyelesaikan masalah yang serupa	14, 22* 16*,24	2
Emotion-focused coping	<i>Seeking social support for emotional reason</i>	a. Mencari dukungan moral, simpati, dan pengertian dari orang lain. b. Mengungkapkan keluhan kepada orang-orang terdekat	1,31 6*,30*,36	3
	<i>Positive</i>	a. Memaknai masalah	17,32,43	

	<i>reappraisal (turning to religion)</i>	secara positif b. Melakukan kegiatan-kegiatan agamawi untuk mendapatkan dukungan-dukungan emosional	2,29,34	6
	<i>Escape avoidance (denial)</i>	a. Menyangkal adanya sumber stress	10,26,28	3
	<i>Self-control</i>	a. Menyembunyikan perasaan tertekan b. Berusaha tenang meskipun dalam kondisi tertekan	13,35 23,42*	3
	<i>Distancing</i>	a. Tidak memikirkan masalah secara serius b. Menjaga jarak dengan sumber stress	38*,41*,44 5,37,46	4
	<i>Accepting responsibly</i>	a. Menyalahkan diri sendiri atas masalah yang terjadi b. Menerima konsekuensi dari masalah yang terjadi	7,40*,45,48 15,39,47	6
Total				31

*) *item yang gugur*

Berikut di bawah ini adalah *Blue Print* skala *coping* stres terapis setelah dilakukan uji coba dan disusun ulang yang digunakan untuk mengambil data responden yang sesungguhnya.

Tabel 3.4 Tabel *blue print coping* stres (valid)

Dimensi		Indikator	Item	Total
<i>Problem-focused coping</i>	<i>Planful problem solving</i>	a. Mengambil tindakan langsung untuk mengatasi masalah	6	2
		b. Mengumpulkan data pendukung yang dapat membantu memecahkan	12	

		masalah		
	<i>Confrontative Coping</i>	a. Melakukan penyelesaian masalah secara konkret b. Melakukan tindakan beresiko untuk menyelesaikan masalah	5 20	2
	<i>Seeking social support (for informational reason)</i>	a. Mencari dukungan dari oranglain berupa informasi untuk memecahkan masalah b. Bertanya kepada orang yang lebih kompeten/berpengalaman dalam menyelesaikan masalah yang serupa	9 14	2
Emotion-focused coping	<i>Seeking social support for emotional reason</i>	a. Mencari dukungan moral, simpati, dan pengertian dari orang lain. b. Mengungkapkan keluhan kepada orang-orang terdekat	1,18 23	3
	<i>Positive reappraisal (turning to religion)</i>	a. Memaknai masalah secara positif b. Melakukan kegiatan-kegiatan agamawi untuk mendapatkan dukungan-dukungan emosional	11,19,26 2,17,21	6
	<i>Escape avoidance (denial)</i>	a. Menyangkal adanya sumber stress	7,15,16	3
	<i>Self-control</i>	a. Menyembunyikan perasaan tertekan b. Berusaha tenang meskipun dalam kondisi tertekan	8,22 13	3
	<i>Distancing</i>	a. Tidak memikirkan masalah secara serius b. Menjaga jarak dengan sumber stress	27 3,24,29	4

	<i>Accepting responsibility</i>	a. Menyalahkan diri sendiri atas masalah yang terjadi b. Menerima konsekuensi dari masalah yang terjadi	4,28,31 10,25,30	6
Total				31

4. Reliabilitas

Dalam penelitian ini, uji reliabilitas menggunakan rumus *alpha cronbach* (α), karena penelitian ini menggunakan kuesioner yang skornya merupakan rentang skor antara 1 sampai 4. Uji reliabilitas menggunakan formula *Alpha Cronbach* dengan rumus (Sujarweni & Endrayanto, 2012):

$$r_{11} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_n^2}{\sigma_t^2} \right]$$

Keterangan:

r_{11} : Reliabilitas instrumen

k : Banyaknya butir pertanyaan atau banyaknya item

$\sum \sigma_n^2$: Jumlah varians butir

σ_t^2 : Varians total

Dalam penelitian ini, perhitungan koefisien reliabilitas menggunakan alat bantu statistik.. Alat ukur dapat dinyatakan reliabel bila memiliki koefisien reliabilitas diatas atau sama dengan 0,7. Indikator pengukuran reliabilitas yang membagi tingkatan reliabilitas dengan kriteria

sebagai berikut (Sujarweni & Endrayanto, 2012) :

Tabel 3.5. Kriteria Penilaian Reliabilitas

Interval alpha (α) atau r	Tingkat Hubungan
0,900 - 1,00	Sangat Reliabel
0,700 - 0,900	Reliabel
0,400 - 0,700	Cukup Reliabel
0,200 - 0,400	Kurang Reliabel
0,0 - 0,200	Kurang Reliabel

Hasil analisis uji reliabilitas pada alat ukur memperoleh koefisien reliabilitas sebesar 0,913. Hal ini berarti skala yang digunakan sangat reliabel.

3. Uji Normalitas

Dalam penelitian ini, digunakan uji normalitas untuk melihat kenormalan distribusi skor dari kuesioner yang sudah diberikan. Peneliti menggunakan alat bantu statistic untuk melakukan uji normalitas dari hasil skor yang di dapat.

F. Teknik Analisis Data

Dalam penelitian yang dilakukan ini, peneliti menggunakan beberapa teknik untuk menganalisa data yang didapat dari kuesioner yang dibagikan.

Beberapa teknik analisa data yang akan digunakan oleh peneliti adalah sebagai berikut.

1. Frekuensi

Untuk melihat gambaran umum mengenai populasi yang diambil, dalam kuesioner yang akan dibagikan kepada subyek akan diberikan pertanyaan mengenai data penunjang seperti usia, jenis kelamin, lama bekerja, dan pendidikan. Data tersebut akan diolah dengan teknik analisa frekuensi. Frekuensi adalah banyaknya objek dalam himpunan dan sub-himpunan (Kerlinger, 2006).

2. Pengkategorian Subyek

Dalam alat ukur *coping* stres, digunakan pengkategorian subyek menjadi dua kategorisasi yaitu *coping* stres yang berpusat pada masalah dan *coping* stres yang berpusat pada emosi. Dalam pengkategorisasian tersebut, peneliti menggunakan teknik analisa *Z-score*. *Z-score* merupakan suatu konsep bilangan yang menunjukkan perbandingan penyimpangan sebuah skor dari rata-rata hitung terhadap simpangan baku perhitungan, dengan rumus sebagai berikut (Supranto, 2009) :

$$z = \frac{X - \bar{X}}{SD}$$

Keterangan:

X : Nilai mentah (*Raw Score*)

\bar{X} : Rata-rata hitung

SD : Standar Deviasi

Setelah diketahui hasil *z-score* kemudian dihitung berapa frekuensi dan persentasenya melalui statistik deskriptif. Dimana pelaksanaannya dilakukan dengan bantuan komputer menggunakan alat bantu statistik.

3. Crosstabs

Untuk mengetahui gambaran *coping* stres berdasarkan data penunjang, yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan lama peneliti menggunakan *crosstabs* (tabulasi silang) yang merupakan prosedur yang menyajikan deskriptif data dalam bentuk baris dan kolom dengan menggunakan alat bantu statistik.

G. Tempat Dan Waktu Penelitian

Pengambilan data penelitian dilaksanakan pada bulan April 2014- di pusat terapi MS yang beralamat di Jalan Pluit Karang Permai No. 33, Jakarta Utara.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Responden Penelitian

Penelitian ini melibatkan 24 terapis anak dengan *Autism Spectrum Disorder* (ASD) di Pusat Terapi MS. Berikut adalah uraian mengenai gambaran umum responden penelitian.

1. Jenis kelamin

Dalam penelitian ini, responden yang digunakan dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin laki-laki dan perempuan. Gambaran banyaknya jenis kelamin laki-laki dan perempuan akan dijelaskan dalam tabel 4.1 di bawah ini.

Tabel 4.1 Jenis Kelamin Responden

Jenis kelamin	Jumlah	Persentase
Laki-laki	6	25 %
Perempuan	18	75 %
Total	24	100%

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa responden didominasi oleh terapis perempuan sebanyak 18 orang (75%) dan 6 orang terapis laki-laki (25%).

2. Usia

Usia pada sampel penelitian ini dibagi berdasarkan tahap perkembangan menurut Hurlock (1994), yaitu dewasa awal dengan rentang usia 18 – 40 tahun, dan dewasa madya >40 – 60 tahun. Keterangan mengenai usia sampel penelitian dapat dilihat melalui tabel 4.2 sebagai berikut.

Tabel 4.2 Usia Responden

Usia	Jumlah	Persentase
Usia 18-40 tahun	20	83%
Usia >40-60 tahun	4	17%
Total	24	100%

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Berdasarkan data pada tabel 4.2 dapat diketahui bahwa responden didominasi oleh terapis berusia 18-40 sebanyak 20 orang (83%) dan 4 orang terapis berusia >40-60 (17%).

3. Lama Bekerja

Masa kerja pada responden dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu terapis yang bekerja selama 1-3 tahun, lebih dari 3-5 tahun, dan lebih dari 5 tahun.

Untuk keterangan lebih jelasnya dapat dilihat melalui tabel 4.3 sebagai berikut.

Tabel 4.3 Lama Kerja Responden

Lama Bekerja	Jumlah	Persentase
1-3 tahun	13	54%
>3-5 tahun	5	21%
>5 tahun	6	25%
Total	24	100%

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Berdasarkan data pada tabel 4.3 dapat diketahui bahwa responden didominasi oleh terapis yang bekerja selama 1-3 tahun sebanyak 13 orang (54%) dan 5 orang (21%) yang bekerja selama >3-5 tahun dan 6 orang (25%) yang telah bekerja selama >5 tahun.

4. Pendidikan

Pendidikan pada responden dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu terapis yang berpendidikan terakhir SMA, D3, dan S1. Untuk keterangan lebih jelasnya dapat dilihat melalui tabel 4.4 sebagai berikut.

Tabel 4.4 Pendidikan Responden

Pendidikan Terakhir	Jumlah	Persentase
SMA	3	12,5%
D3	1	4,2%
S1	20	83,3%
Total	24	100%

Berdasarkan data pada tabel 4.4 dapat diketahui bahwa responden didominasi oleh terapis yang bekerja berpendidikan terakhir S1 yaitu sebanyak 20 orang (83,3%), 3 orang (12,5%) berpendidikan terakhir SMA, dan 1 orang (4,2%) berpendidikan terakhir D3.

B. Uji Normalitas *Coping* Stres

Dari hasil uji normalitas dapat dilihat bahwa nilai sig. (p) *coping* stres $0.744 > 0.05$, maka distribusi data *coping* stres dikatakan normal. Hasil sebaran data responden yang digunakan dapat dilihat lebih jelas dalam tabel dibawah ini :

Tabel 4.5. Uji Normalitas *Coping* Stres

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
<i>Coping</i> Stres	.079	30	.200(*)	.977	30	.744

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistic

C. Dimensi Dominan *Coping* Stres Terapis anak dengan ASD di Pusat Terapi

MS

Untuk mengetahui dimensi *coping* stres yang dominan terapis anak dengan ASD di pusat terapi MS digunakan analisa z-score. Dimensi dominan pada terapis dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.6 Dimensi *Coping* Stres Dominan Pada Terapis

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PFC	13	54.2	54.2	54.2
	EFC	9	37.5	37.5	91.7
	Tidak Terkategori	2	8.3	8.3	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Berdasarkan tabel 4.6, diketahui bahwa dari 24 responden, sebanyak 13 terapis atau 54,2% terapis cenderung melakukan *coping* yang berpusat pada masalah atau *problem-focused coping* (PFC), 9 terapis atau 37,5% terapis cenderung melakukan *coping* yang berpusat pada emosi atau *emotion-focused coping* (EFC), dan 2 terapis atau 8,3% terapis tidak terkategori. Dari data diatas dapat disimpulkan *problem-focused coping* lebih banyak digunakan oleh terapis di dalam mengatasi stresnya.

D. Gambaran *Coping* Stres Terapis di Pusat Terapi MS Berdasarkan Data Penunjang

1. Usia

Gambaran *coping* stres berdasarkan usia terapis di pusat terapi MS dapat dilihat pada tabel di bawah ini

Tabel 4.7 Coping stres berdasarkan usia

	Usia		CopingStres			Total
			PFC	EFC	Tidak Terkategor i	
18-40	Count		10	8	2	20
	persentase		50%	40%	10	100
>40-60	Count		3	1	0	4
	persentase		75%	25%	0%	100%
		% of Total	54.2%	37.5%	8.3%	100%

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Berdasarkan data diatas, terapis yang berusia 18-40 tahun yaitu terapis yang tergolong dalam dewasa awal melakukan *coping* berpusat pada masalah (PFC) sebanyak 50%, lebih banyak dari yang melakukan *coping* berpusat pada emosi, yaitu sebanyak 40%. Terapis yang berusia >40-60 tahun yaitu terapis yang tergolong dalam dewasa madya lebih banyak melakukan *coping* berpusat pada masalah (PFC) sebanyak 75% dibandingkan dengan yang melakukan *coping* berpusat pada emosi (25%). Dapat disimpulkan bahwa persentase terapis usia madya yang melakukan *coping* yang berpusat pada masalah lebih tinggi daripada terapis usia dewasa awal.

Hasil nilai *Chi Square Test* usia dapat dilihat pada tabel 4.8 di bawah ini

Tabel 4.8 *Chi Square Test* Usia

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.985(a)	2	.611
N of Valid Cases	24		

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Dari tabel di atas, terlihat bahwa Asymp sig. 0.611 > 0.05 artinya tidak ada hubungan antara usia dengan *coping* stres.

2. Jenis Kelamin

Gambaran *coping* stres berdasarkan jenis kelamin terapis di pusat terapi MS dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.9 *Coping* Berdasarkan Jenis Kelamin

			<i>Coping</i> Stres			Total
			PFC	EFC	Tidak Terkategori	
Jenis_kelamin	Laki-laki	Count	5	1	0	6
		persentase	83.3%	16.7%	0%	100%
	Perempuan	Count	8	8	2	18
		persentase	44.4%	44.4%	11.1%	100%
Total		Count	13	9	2	24
		% of Total	54.2%	37.5%	8.3%	100.0%

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Dari tabel 4.9 terlihat terapis laki-laki yang melakukan *coping* yang berpusat pada masalah (PFC) lebih banyak, yaitu 83.3 % dibandingkan yang melakukan *coping* yang berpusat pada emosi (EFC) sebanyak 16.7%. Sementara terapis perempuan yang melakukan *coping* berpusat pada masalah dan *coping* berpusat pada emosi berjumlah sama sebanyak 44.4%. Dari data di atas, terlihat bahwa persentase terapis laki-laki di pusat terapi MS yang melakukan *coping* yang berpusat pada masalah lebih banyak daripada terapis perempuan.

Hasil nilai chi square jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 4.10 di bawah ini

Tabel 4.10 Chi Square Test Jenis Kelamin

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.849(a)	2	.241
N of Valid Cases	24		

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa nilai Asymp. Sig. $0.241 > 0.05$, artinya tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan *coping* stres.

3. Lama Kerja

Gambaran *coping* stres berdasarkan lama kerja terapis di pusat terapi MS dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.11 Coping Berdasarkan Lama Kerja

			CopingStres			Total
			PFC	EFC	Tidak Terkategori	
Lama_bekerja	1-3 TH	Count	2	9	2	13
		persentase	15.4%	69.2%	15.4%	100%
	>3-5 TH	Count	5	0	0	5
		Persentase	100%	0%	0%	100%
	>5 TH	Count	6	0	0	6
		persentase	100%	0%	0%	100%
Total		Count	13	9	2	24
		persentase	54.2%	37.5%	8.3%	100%

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Dari data di atas terlihat terapis yang telah bekerja >5 tahun yang melakukan *coping* yang berpusat pada masalah (PFC) sebanyak 100%, begitu juga dengan terapis yang telah bekerja >3-5 tahun, sementara terapis yang bekerja 1-3 tahun lebih banyak melakukan *coping* berpusat pada emosi (69.2%) dibandingkan yang

melakukan *coping* berpusat pada masalah (15.4%). Dapat disimpulkan bahwa terapis yang bekerja >3-5 tahun dan >5 tahun lebih banyak melakukan *coping* yang berpusat pada masalah (PFC) dibandingkan dengan terapis dengan lama kerja 1-3 tahun.

Hasil nilai chi square lama kerja dapat di lihat pada tabel 4.12

Tabel 4.12 *Chi Square Test* Lama Kerja

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.183(a)	4	.002
N of Valid Cases	24		

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Dari tabel 4.12 dapat dilihat bahwa nilai Asymp. Sig. $0,002 < 0,005$, artinya ada hubungan antara lama bekerja dengan *coping* stres.

4. Pendidikan

Gambaran *coping* stres berdasarkan pendidikan terakhir terapis di pusat terapi MS dapat lihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.13 *Coping* Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan		CopingStres			Total
		PFC	EFC	Tidak Terkategori	
SMA	Count	3	0	0	3
	persentase	100%	0%	0%	100%
D3	Count	1	0	0	1
	persentase	100%	0%	0%	100%
S1	Count	9	9	2	20
	persentase	45%	45%	10%	100%
Total	Count	13	9	2	24
	% of Total	54.2%	37.5%	8.3%	100.0%

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Dari data di atas, terapis yang berpendidikan terakhir SMA dan D3 melakukan *coping* yang berpusat pada masalah sebanyak 100%, sementara terapis berpendidikan terakhir S1 yang melakukan *coping* berpusat pada masalah (PFC) dan *coping* berpusat pada emosi (EFC) berjumlah sama, sebanyak 45%. Dari data di atas persentase terapis dengan pendidikan terakhir SMA yang melakukan *coping* berpusat pada masalah (PFC) lebih banyak daripada terapis dengan pendidikan terakhir S1.

Hasil nilai chi square pendidikan dapat di lihat pada tabel 4.12 di bawah ini

Tabel 4.14 *Chi Square Test* Pendidikan

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.062(a)	4	.398
N of Valid Cases	24		

Sumber : hasil pengolahan data alat bantu statistik

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa nilai Asymp. Sig. $0.398 > 0.05$, artinya tidak ada hubungan antara pendidikan dengan *coping* stres.

E. Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis statistik pada tabel 4.6 diketahui bahwa terapis yang menggunakan *problem-focused coping* (PFC) lebih banyak (54,2%) dibandingkan terapis yang menggunakan *emotion-focused coping* (37.5%). Data ini juga menunjukkan bahwa terapis yang menjadi responden dalam penelitian ini lebih banyak yang mengatasi stres dengan cara menyelesaikan langsung pada sumber stresnya.

Menjadi terapis anak ASD merupakan pekerjaan dengan tingkat stres yang tinggi karena anak dengan ASD bermasalah dalam berperilaku seperti kesulitan dalam beradaptasi, kecemasan, hiperaktif, dan obsesi terhadap suatu ritual, serta keterbatasan kemampuan mengelola emosi yang menyebabkan anak mengalami tantrum (Griffith, 2014). Sebagai seorang terapis di MS, para terapis memiliki tuntutan yang tinggi dalam melakukan tugasnya sebagai terapis. Selain dituntut untuk mampu melakukan berbagai jenis terapi, melakukan terapi grup yang berseting sekolah, mempersiapkan anak baik secara akademis, interaksi sosial, komunikasi, maupun perilaku. Para terapis di MS juga diwajibkan mengikuti berbagai pelatihan yang diselenggarakan oleh pusat terapi MS di hari liburnya.

Kurangnya tenaga terapis dalam melakukan terapi grup yang diisi 3 sampai 5 anak membuat terapis semakin merasa terbebani dan kelelahan. Terapis juga dituntut untuk mempersiapkan materi yang diperlukan, dan mengontrol masing-masing anak di dalam terapi grup. Namun kurangnya kerja sama orangtua dan pengasuh terkadang menjadi hambatan bagi terapis untuk dapat mempersiapkan anak secara maksimal. Tuntutan dan kondisi yang ada di pusat terapi MS telah menjadi sumber stres bagi terapis. Terapis merasa adanya kesenjangan antara tuntutan-tuntutan yang diberikan dengan kapasitas yang mereka miliki, yang menyebabkan terapis mengalami stres (Sarafino, 2002).

Dalam mengatasi stresnya tersebut para terapis lebih banyak melakukan *coping* yang berpusat pada masalah atau *problem-focused coping* (54.2%). Menurut

Lazarus dan Folkman (Sarafino, 2012) individu yang melakukan *coping* yang berpusat pada masalah (PFC) adalah individu yang melakukan usaha-usaha untuk mengubah keadaan secara agresif, serta individu akan berusaha mengontrol masalah dan menyelesaikannya (Sarafino, 2002). Terapis MS yang melakukan *problem-focused coping* menunjukkan perilaku seperti mengambil tindakan langsung untuk mengatasi masalah, membuat rencana-rencana dalam memecahkan masalah, dan bertanya serta mencari dukungan berupa informasi untuk memecahkan masalah.

Hal ini sejalan dengan penelitian Aldwin & Revenson (dalam Adi, 2010) mengenai “*Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health*” yang mengungkapkan bahwa tingkah laku individu yang melakukan *coping* berorientasi pada masalah (PFC) meliputi, meminta pendapat dan pandangan dari orang lain tentang masalah yang dihadapinya, melakukan tindakan yang ditujukan untuk menyelesaikan masalah secara langsung serta menyusun rencana-rencana apa yang dilakukan. Serta usaha yang ditujukan kepada orang yang terlibat atau yang menjadi penyebab masalah yang sedang dihadapinya untuk serta memikirkan dan menyelesaikan masalah.

Berdasarkan hasil data dilapangan, terapis yang cenderung melakukan *problem-focused coping* (PFC), adalah terapis yang memiliki skor 3 sampai 4 pada aitem yang berbunyi, *saya membuat rencana kerja selama seminggu sebagai acuan dalam mempersiapkan materi* (aitem no.6), *saya mempelajari setiap jenis terapi secara bertahap agar saya mampu melakukan setiap jenis terapi* (aitem no. 12), *saya bekerja melebihi jam kerja untuk mempersiapkan materi yang saya perlukan*

agar tidak keteteran (aitem no. 20), saya berdiskusi dengan rekan atau senior terapis yang pernah mengalami masalah yang sama dan mencoba mengikuti saran mereka (aitem no. 14).

Terapis MS yang cenderung melakukan *coping* berpusat pada emosi atau *emotion-focused* (EFC) lebih sedikit (37.5%) daripada yang melakukan *problem-focused coping*. Menurut Lazarus dan Folkman (Sarafino, 2002) mengatakan individu yang melakukan *coping* yang berpusat pada emosi (EFC) melakukan usaha-usaha mengalihkan perhatian dari masalah dengan melakukan relaksasi, atau mencari rasa nyaman dari orang lain dan mengutamakan respon emosional dalam menghadapi situasi stresnya. *Coping* berorientasi pada emosi cenderung dilakukan individu ketika mereka merasa bahwa sudah tidak ada lagi yang bisa dilakukan terhadap stresor. Kecenderungan ini dapat juga berfungsi negatif bila hanya digunakan sebagai sarana untuk melepaskan emosi negatif saja, sehingga individu tidak berusaha mengatasi stresor yang ada (Sarafino, 2002).

Terapis MS yang melakukan *emotion-focused coping* berusaha memaknai masalah secara positif, tetapi tidak memiliki usaha untuk menyelesaikan masalahnya. Terapis berusaha menjaga jarak dengan sumber stres, berkeluh-kesah kepada rekan terapis untuk mendapatkan dukungan moral, simpati dan pengertian dari orang lain.

Aldwin dan Revenson (dalam Adi, 2010) dalam jurnal mengenai “*Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health*” mengatakan *coping* yang berorientasi pada emosi (*emotion focused coping*),

meliputi, usaha untuk menolak, merenungkan suatu masalah dan bertindak seolah tidak terjadi apa-apa. Menyalahkan diri sendiri, merespon masalah secara emosional, lebih menyalahkan dan menghukum diri sendiri serta menyesal dengan apa yang telah terjadi.

Hal ini sejalan dengan penelitian Carver dkk (dalam Rustiana & Cahyati, 2012); Aldwin dan Revenson (dalam Adi, 2010) yang mengemukakan bentuk-bentuk perilaku *coping* yang berfokus pada emosi dalam jurnal “*Assesing coping strategies: A Theoritically Based Approach*” adalah berpaling kepada agama (yaitu usaha individu untuk meningkatkan aktivitas keagamaan); Pemahaman kembali secara positif atau melihat permasalahan dari segi yang lebih baik; Mencari dukungan emosional sosial, untuk mendapatkan simpati atau dukungan emosional dari orang lain untuk melepaskan emosi negatif; Pelepasan secara perilaku (yaitu menyerah, atau mengundurkan diri dari usaha untuk mencapai tujuan karena masalah penyebab stres yang dialami dianggap mengganggu).

Berdasarkan hasil data dilapangan, terapis yang cenderung melakukan *emotion-focused coping* (EFC), adalah terapis yang memiliki skor 3 sampai 4 pada aitem yang berbunyi, *saya bercerita kepada rekan kerja mengenai kelelahan yang saya rasakan akibat jadwal yang padat* (aitem no. 1), *saya rajin beribadah agar diberi kekuatan dalam menghadapi masalah dalam pekerjaan* (aitem no. 17), *saya menjadikan masalah saya sebagai pelajaran hidup untuk menjadi lebih dewasa* (aitem no. 26), *saya bercerita kepada teman saya untuk mendapatkan dukungan*

moral dari mereka (aitem no. 18), *seandainya saya mampu melakukan lebih baik masalah ini tidak akan saya alami* (aitem no. 28), *saya pantas turun jabatan karena ketidakmampuan saya mengatasi anak* (aitem no. 30).

Pada tabel 4.12 dapat dilihat bahwa nilai Asymp. Sig. $(p) = 0,002$; $(p) < 0.005$. Artinya ada hubungan antara lama bekerja dengan *coping* stres. Hasil ini sejalan dengan penelitian Griffith dkk (2014) dalam jurnal “*coping as predictor of burnout and general health in therapists working in ABA schools*” bahwa terapis yang telah berpengalaman lebih lama akan cenderung melakukan *coping* yang berpusat pada masalah. Pengalaman yang dimiliki oleh terapis dengan masa kerja yang lebih lama mempunyai pengalaman yang lebih banyak mengenai stres dalam pekerjaan yang dilakukannya. Pengalaman merupakan kejadian yang pernah dialami individu dan menjadi bahan pertimbangan dalam menghadapi kejadian yang sama. Demikian pula dengan hasil penelitian Ismafiaty (2012) mengenai “*hubungan antara strategi koping dan karakteristik perawat dengan stres kerja di ruang perawatan intensif rumah sakit Dustira Cimahi*” bahwa perilaku *coping* perawat dalam mengatasi stres kerja dipengaruhi oleh masa kerja perawat, hal ini karena semakin lama perawat bekerja maka kemampuan dan pengalaman dalam merawat juga akan semakin baik.

Teori belajar sosial (*social learning*) dari Bandura mengatakan bahwa dalam sebuah pengalaman terdapat unsur belajar didalamnya, individu akan mudah dan relatif singkat melakukan penyesuaian terhadap situasi yang dihadapi apabila

memiliki tingkat pengalaman yang tinggi dalam situasi atau kondisi yang sama, begitu pula sebaliknya (Itsaini, 2007).

Pada tabel 4.11 juga dapat dilihat bahwa disimpulkan bahwa terapis yang bekerja >3-5 tahun dan >5 tahun lebih banyak melakukan *coping* yang berpusat pada masalah (PFC) yaitu sebanyak 100%, dibandingkan dengan terapis dengan lama kerja 1-3 tahun sebanyak 15.4%.

Sedangkan bila ditinjau dari usia, jenis kelamin, dan pendidikan responden diketahui tidak pengaruh terhadap *coping* stres. (lihat tabel 4.8). Namun berdasarkan data deskriptif, diketahui bahwa terapis yang melakukan *problem focused coping* (PFC) usia >40-60 sebanyak 75% lebih banyak, dibandingkan dengan usia 18-40, yaitu sebanyak 50%. (lihat tabel 4.7). Data ini sejalan dengan penelitian Pramadi & Lasmono (2003) mengenai “*koping stres pada etnis bali, jawa, dan sunda*” yang menyimpulkan bahwa dewasa madya cenderung menggunakan *coping* berfokus pada masalah (PFC). Penelitian Pramadi & Lasmono (2003) menjelaskan bahwa dewasa madya lebih aktif dan menilai stresor sebagai sesuatu yang dapat dikendalikan.

Pada tabel 4.9 terlihat bahwa perempuan lebih banyak melakukan *coping* berpusat pada emosi (EFC) 44.4% dibandingkan laki-laki yaitu sebanyak 16.7%. Hal ini sejalan dengan penelitian Billing dan Moos (dalam Pramadi & Laksamono, 2003), mengenai “*Coping and Phsycal Health During Care Giving : The Role of Positive and Negative Effect*” menyatakan bahwa wanita lebih cenderung berorientasi pada emosi sedangkan pria lebih berorientasi pada masalah.

Pada tabel 4.13 juga dapat dilihat bahwa terapis yang berpendidikan terakhir SMA dan D3 melakukan *coping* yang berpusat pada masalah sebanyak 100%, sementara terapis berpendidikan terakhir S1 yang melakukan *coping* berpusat pada masalah (PFC) dan *coping* berpusat pada emosi (EFC) berjumlah sama, sebanyak 45%.

Temuan dari penelitian ini tingkat pendidikan terapis yang SMA cenderung menggunakan *problem-focused coping*, padahal menurut Billing dan Moos (dalam Pramadi & Laksamono, 2003), mengenai "*Coping and Physycal Health During Care Giving : The Role of Positive and Negative Effect*" bahwa individu yang berpendidikan cenderung menggunakan *coping* yang berpusat pada masalah (PFC). Hal ini dikarenakan terapis di MS walaupun memiliki tingkat pendidikan hanya setingkat SMA, namun masa kerja rata-rata terapis yang tinggi (> 5 tahun) diduga telah membuat para terapis memahami kekurangan dan kelebihan dari pekerjaannya. Sehingga mereka cenderung menggunakan *coping* stres PFC.

BAB V

Kesimpulan dan Saran

A. Kesimpulan

Mengacu pada hasil analisis data yang telah diuraikan sebelumnya, maka dapat disimpulkan gambaran *coping* stres terapis *autism spectrum disorders* di pusat terapi MS sebagai berikut:

Berdasarkan dimensi dari *coping* stres diperoleh lebih banyak terapis yang melakukan *problem focused coping* (PFC) yaitu sebanyak 54,2% dibandingkan dengan terapis yang melakukan *emotion-focused coping* (EFC), yaitu sebanyak 37,5%.

Berdasarkan uraian data pada bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa hanya lama kerja yang memiliki pengaruh terhadap kecenderungan pemilihan strategi *coping*, sementara antara usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan dengan kecenderungan pemilihan strategi *coping* tidak terdapat pengaruh.

B. Saran

Berdasarkan hasil analisis data dan kesimpulan penelitian, maka terdapat beberapa saran yang dijadikan bahan pertimbangan, antara lain:

1. Saran Teoritis
 - a. Penelitian ini bersifat deskriptif, maka diharapkan untuk penelitian selanjutnya dapat menghubungkan variabel *coping* stres dengan variabel lain.

b. Bagi peneliti lain yang ingin mengembangkan dan melanjutkan penelitian, diharapkan agar dapat meneliti lebih banyak faktor-faktor yang mempengaruhi *coping* stres pada terapis anak dengan *autism spectrum disorders*.

2. Saran Praktis

a. Bagi konsultan pusat terapi MS, untuk dapat mendeteksi sedini mungkin gejala stres yang dialami terapis, sehingga tidak menjadi stres yang berat, dan tidak menghambat kinerja terapis.

b. Bagi pihak manajemen pusat terapi MS untuk menyediakan waktu bagi terapis untuk berdiskusi mengenai masalah yang mereka alami dan membantu mereka untuk melakukan *coping* yang lebih efektif dalam mengatasi stres yang mereka alami.

c. Bagi terapis, terutama yang bekerja kurang dari 3 tahun untuk secara aktif berdiskusi dengan atasan atau terapis yang lebih senior dalam melakukan pemecahan terhadap masalah dalam pekerjaan yang lebih efektif, agar tercipta suasana kerja yang lebih kondusif.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi, Tri Nugroho. (2010). *Perilaku Coping Mahasiswa dalam Mengatasi Stres Mengikuti Mata Kuliah MPK Kuantitatif*. Vol 6. No 2.
- Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). *Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health*. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 53. No 2. 337-348
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-5*. Washington DC: American Psychiatric Publishing
- Carver, S., Weintraub, J., & Scheier, M. (1989). *Assesing Coping Strategies : A Theoretically Based Approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 56. No. 2. 267-283.
- Fred N, Kerlinger. (2006). *Asas-Asas Penelitian Behavioral*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press
- Griffith, G.M., Barbakou, A., & Hastings, R.P. (2014). *Coping as predictor of burnout and general health in therapists working in ABA schools*. *European Journal of Special Needs Education*
- Handojo, Y. (2003). *Autisma : Petunjuk Praktis dan Pedoman Materi Untuk Mengajar Anak Normal, Autis dan Perilaku Lain*. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Populer.
- Hurlock, E. B. (1994). *Psikologi Perkembangan, Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Jakarta : Erlangga.

- Ismafiaty (2014). “*hubungan antara strategi koping dan karakteristik perawat dengan stres kerja di ruang perawatan intensif rumah sakit Dustira Cimahi*”. Jurnal Kesehatan Kartika.
- Itsaini, Oktarina. (2007). *GAMBARAN COPING STRESS WANITA PENYINTAS USIA DEWASA MADYA PASCA-GEMPA BUMI DI KLATEN*. Skripsi Fakultas Psikologi Universitas Diponegoro Semarang: tidak diterbitkan
- Judarwanto, Widodo. “*Jumlah Penderita Autis di Indonesia*”. 15 Oktober 2015. <https://klinikautis.com/2015/09/06/jumlah-penderita-autis-di-indonesia/>
- Lai, Wei Wei & Oei, Tian Po S. (2014). *Coping in Parents and Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorders (ASD) : Review*. Vol. 1, Number. 3. New York : Springer
- Leaf, Ron., et al. (2008). *Sense and Nonsense in the Behavioral Treatment of Autism: It Has to Be Said*. New York : Drl Books Incorporated
- Leaf, Ron., McEachin, John., & Taubman, Mitch. (2012). *A Work in Progress*. New York : DRL Books
- Lockshin, S.B., & Gillis, J.M., Romanczyk, R.G. (2005). *Helping Your Child with Autism Spectrum Disorder*. Oakland : New Harbinger Publications, Inc.
- Mulyadi, K. (2011). *Autism is Treatable*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Nisfianoor, Muhammad. 2009. *Pendekatan Statistik Modern untuk Ilmu Sosial*. Jakarta: Penerbit Salemba Humanika.
- Primadi, A & Lasmono, H. (2003). *Koping Stres pada Etnis Bali, Jawa, dan Sunda*. Jurnal Anima, vol. 18, no. 4, 326-360.
- Rustiana, Eunike R. & Cahyati, Widya Hari. (2012). *Stres Kerja dengan Pemilihan Strategi Coping*. Jurnal Kesehatan Masyarakat. Kemas 7 (2)

- Safaria, T. (2005). *AUTISME: Pemahaman Baru untuk Hidup Bermakna Bagi Orang Tua*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sarafino, E. (2002). *Health Psychology: Bio Psychosocial Interactive Stage Collage*. USA: John Willey & Sons Inc.
- Sugiyono, (2008). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Sujarweni, V. Wiratna & Endrayanto, Poly. (2012). *Statistika untuk Penelitian*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Supranto, J. (2009). *Statistik Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Penerbit Erlangga
- US. Department of Health & Human Services. “*Identified Prevalence of Autism Spectrum Disorder*”. 15 Oktober 2015.
<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>

LAMPIRAN A

SKALA *COPING* STRES

Informed Consent

Selamat Pagi/Siang/Sore,

Perkenalkan nama saya Novalia Nababan mahasiswi Psikologi Universitas Esa Unggul saat ini sedang melakukan penelitian untuk tugas akhir sebagai syarat kelulusan. Sehubungan dengan hal tersebut, saya berharap Saudara/Saudari bersedia berpartisipasi dalam pengisian kuesioner mengenai aktifitas Saudara/Saudari sebagai terapis.

Perlu diketahui bahwa **tidak ada jawaban yang benar ataupun salah** dalam kuesioner ini.

Identitas pribadi sebagai partisipan akan dirahasiakan dan semua informasi yang diberikan hanya akan digunakan untuk penelitian ini.

Atas kesediaan Saudara/Saudari dalam mengisi kuesioner ini saya ucapkan terima kasih.

Novalia Nababan

I. PETUNJUK PENGISIAN KUISIONER

Anda diminta untuk memberikan tanggapan pada setiap pernyataan yang ada pada kuesioner ini dengan cara memberikan tanda silang (X) pada pilihan jawaban yang **benar – benar sesuai dengan diri anda sebenarnya** pada kotak yang telah disediakan.

Pada setiap pernyataan terdapat pilihan yang dapat saudara pilih yaitu **SS (sangat sesuai), S (sesuai), TS (tidak sesuai), STS (sangat tidak sesuai)**.

Untuk lebih jelasnya perhatikan contoh berikut :

Pernyataan

- Saya merasa masalah terjadi karena saya kurang kompeten

SS	S	TS	STS

Kemudian anda menjawab seperti berikut :

- Saya merasa masalah terjadi karena saya kurang kompeten

			X
SS	S	TS	STS

Dalam mengisi kuesioner ini tidak ada jawaban yang **BENAR** atau **SALAH**, karena pilihan jawaban anda menggambarkan keadaan diri anda yang sesungguhnya,

dimana data ini dibutuhkan dalam penelitian saya. Oleh karena itu, dimohon anda untuk memahami dengan baik setiap pernyataan dalam kuesioner ini, sebelum mengisi pilihannya.

II. Data Diri

Usia : 18-40 tahun >60 tahun
 >40-60 tahun

Jenis kelamin : Laki-Laki Perempuan

Pendidikan terakhir : SMA S1
 D3 S2

Lama bekerja : 1-3 tahun >5 tahun
 3-5 tahun

Berikut ini bentuk-bentuk pernyataan tentang usaha-usaha yang anda lakukan dalam mengatasi stres yang anda alami sebagai seorang terapis. Mohon memberikan tanda silang (X) pada kotak yang telah disediakan.

NO	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya bercerita kepada rekan kerja mengenai kelelahan yang saya rasakan akibat jadwal yang padat.				

2	Saya berdoa kepada Tuhan agar diberi kekuatan dalam menjadi padatnya jadwal kerja.				
3	Saya mengajar anak secara bergiliran saat terapi seting sekolah, sehingga sama seperti individual terapi.				
4	Saya mengalami kesulitan dalam terapi grup karena saya kurang berpengalaman.				
5	Saya hanya melakukan jenis terapi yang sesuai dengan kapasitas saya.				
6	Saya membuat rencana kerja selama seminggu sebagai acuan dalam mempersiapkan materi.				
7	Saat orangtua dan pengasuh menghambat kemajuan anak, saya menganggap hal tersebut sesuatu yang wajar.				
8	Saya berusaha tetap tersenyum dan terlihat ramah saat orang tua anak yang saya tangani mengkritik saya.				
9	Saya berdiskusi dan membandingkan sesi terapi rekan kerja saya dengan sesi terapi saya untuk menyelesaikan masalah yang saya alami.				
10	Saya menerima akibat dari kesalahan yang saya buat.				
11	Saya percaya bahwa masalah yang saya alami bertujuan membuat saya lebih kuat.				
12	Saya mempelajari setiap jenis terapi secara bertahap agar saya mampu melakukan setiap jenis terapi.				

13	Saya tetap memilih diam untuk menangkan diri daripada meluapkan emosi.				
14	Saya berdiskusi dengan rekan atau senior terapis yang pernah mengalami masalah yang sama dan mencoba mnegikuti saran mereka.				
15	Saya hanya melaporkan hal-hal positif mengenai anak kepada orang tua anak.				
16	Saya hanya melaporkan hal-hal positif mengenai anak kepada konsultan.				
17	Saya rajin beribadah agar diberi kekuatan dalam menghadapi masalah dalam pekerjaan.				
18	Saya bercerita kepada teman saya untuk mendapatkan dukungan moral dari mereka.				
19	Saya percaya dari setiap masalah yang saya alami ada hikmahnya.				
20	Saya bekerja melebihi jam kerja untuk mempersiapkan materi yang saya perlukan agar saya tidak keteteran.				
21	Saya berpuasa agar diberi ketenangan dan kekuatan dalam menghadapi masalah yang saya alami.				
22	Saya berusaha terlihat bersemangat walaupun saya kelelahan.				
23	Saya bercerita kepada teman tentang perasaan kesal ketika orang tua anak banyak menuntut.				

24	Saya melakukan jenis terapi yang sulit sesingkat mungkin, dan melakukan terapi yang mudah dengan durasi yang lebih lama.				
25	Saya menerima kemarahan orangtua anak karena kurangnya kemampuan saya dalam menangani anak.				
26	Saya menjadikan masalah saya sebagai pelajaran hidup untuk menjadi lebih dewasa.				
27	Saya berbincang-bincang dengan rekan terapis saat mengikuti pelatihan agar tidak jenuh.				
28	Seandainya saya mampu melakukan lebih baik masalah ini tidak akan saya alami.				
29	Saya mengadakan rapat dengan asisten terapis dihari yang jadwalnya padat.				
30	Saya pantas turun jabatan karena ketidak mampuan saya mengatasi anak.				
31	Saya memang kurang kompeten dalam menangani anak, sehingga orang tua anak merasa tidak puas.				

LAMPIRAN B
VALIDITAS DAN RELIABILITAS

Reliability Statistics (tryout)

Cronbach's Alpha	N of Items
.859	48

Reliability Statistics (setelah item tidak valid dibuang)

Cronbach's Alpha	N of Items
.913	31

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
VAR00001	129.0333	132.102	.373	.855
VAR00002	128.6000	126.179	.629	.849
VAR00003	128.5333	140.189	-.063	.863
VAR00004	128.5000	138.810	.043	.861
VAR00005	128.9333	131.168	.455	.854
VAR00006	129.4667	137.499	.080	.862
VAR00007	129.3667	130.516	.482	.853
VAR00008	129.2000	131.338	.390	.855
VAR00009	128.7667	134.530	.267	.858
VAR00010	129.8333	131.937	.392	.855
VAR00011	128.8667	141.844	-.188	.864
VAR00012	128.8667	140.257	-.067	.863
VAR00013	128.7333	131.789	.538	.853
VAR00014	128.6000	133.903	.337	.856
VAR00015	128.5667	129.909	.641	.851
VAR00016	128.6333	136.861	.194	.859
VAR00017	128.7000	131.666	.585	.852
VAR00018	128.6667	135.402	.213	.859
VAR00019	128.4333	135.357	.304	.857
VAR00020	129.2000	138.166	.091	.860
VAR00021	128.9333	137.030	.159	.859
VAR00022	128.3000	137.045	.199	.858
VAR00023	128.7667	133.082	.382	.855
VAR00024	128.6333	130.930	.599	.852
VAR00025	129.2333	144.875	-.349	.869
VAR00026	130.0333	130.033	.461	.853
VAR00027	129.3000	143.183	-.244	.867
VAR00028	130.3333	133.540	.359	.856
VAR00029	128.6667	129.678	.489	.853
VAR00030	129.5667	136.047	.194	.859
VAR00031	129.1667	133.040	.406	.855

VAR00032	128.3667	131.068	.717	.851
VAR00033	129.4333	132.737	.416	.855
VAR00034	129.6667	130.713	.460	.853
VAR00035	128.8333	136.420	.358	.857
VAR00036	129.2667	128.478	.697	.849
VAR00037	129.8667	135.085	.266	.857
VAR00038	129.0667	138.616	.020	.863
VAR00039	129.3333	130.782	.653	.851
VAR00040	129.8333	137.454	.119	.860
VAR00041	128.4667	136.671	.206	.858
VAR00042	129.1333	138.326	.070	.861
VAR00043	128.6000	130.938	.581	.852
VAR00044	129.1000	133.955	.358	.856
VAR00045	129.5667	129.909	.481	.853
VAR00046	129.8000	129.407	.522	.852
VAR00047	129.5333	133.568	.377	.855
VAR00048	129.8667	134.533	.333	.856

LAMPIRAN C
UJI NORMALITAS COPING STRES

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
CopingStres	.079	30	.200(*)	.977	30	.744

* This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

LAMPIRAN D
KATEGORISASI COPING STRES

CopingDominan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PFC	13	54.2	54.2	54.2
	EFC	9	37.5	37.5	91.7
	Tidak Terkategori	2	8.3	8.3	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

LAMPIRAN E

***CROSSTAB* COPING STRES BERDASARKAN DATA
PENUNJANG**

Usia * CopingStres Crosstabulation

			CopingStres			Total
			PFC	EFC	Tidak Terkategori	PFC
Usia	18-40 tahun	Count	10	8	2	20
		% within Usia	50.0%	40.0%	10.0%	100.0%
		% within CopingStres	76.9%	88.9%	100.0%	83.3%
		% of Total	41.7%	33.3%	8.3%	83.3%
	>40-60 tahun	Count	3	1	0	4
		% within Usia	75.0%	25.0%	.0%	100.0%
		% within CopingStres	23.1%	11.1%	.0%	16.7%
		% of Total	12.5%	4.2%	.0%	16.7%
	Total	Count	13	9	2	24
		% within Usia	54.2%	37.5%	8.3%	100.0%
		% within CopingStres	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	54.2%	37.5%	8.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.985(a)	2	.611
Likelihood Ratio	1.303	2	.521
Linear-by-Linear Association	.943	1	.331
N of Valid Cases	24		

JenisKelamin * CopingStres Crosstabulation

			CopingStres			Total
			PFC	EFC	Tidak Terkategori	PFC
JenisKelamin	Laki-laki	Count	5	1	0	6
		% within JenisKelamin	83.3%	16.7%	.0%	100.0%
		% within CopingStres	38.5%	11.1%	.0%	25.0%
		% of Total	20.8%	4.2%	.0%	25.0%
	Perempuan	Count	8	8	2	18
		% within JenisKelamin	44.4%	44.4%	11.1%	100.0%
		% within CopingStres	61.5%	88.9%	100.0%	75.0%
		% of Total	33.3%	33.3%	8.3%	75.0%
		Total	Count	13	9	2
	% within JenisKelamin	54.2%	37.5%	8.3%	100.0%	
	% within CopingStres	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	54.2%	37.5%	8.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.849(a)	2	.241
Likelihood Ratio	3.390	2	.184
Linear-by-Linear Association	2.598	1	.107
N of Valid Cases	24		

LamaBekerja * CopingStres Crosstabulation

			CopingStres			Total
			PFC	EFC	Tidak Terkategori	PFC
LamaBekerja	1-3 tahun	Count	2	9	2	13
		% within LamaBekerja	15.4%	69.2%	15.4%	100.0%
		% within CopingStres	15.4%	100.0%	100.0%	54.2%
		% of Total	8.3%	37.5%	8.3%	54.2%
	>3-5 tahun	Count	5	0	0	5
		% within LamaBekerja	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within CopingStres	38.5%	.0%	.0%	20.8%
		% of Total	20.8%	.0%	.0%	20.8%
	>5 tahun	Count	6	0	0	6
		% within LamaBekerja	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within CopingStres	46.2%	.0%	.0%	25.0%
		% of Total	25.0%	.0%	.0%	25.0%
Total	Count	13	9	2	24	
	% within LamaBekerja	54.2%	37.5%	8.3%	100.0%	
	% within CopingStres	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	54.2%	37.5%	8.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.183(a)	4	.002
Likelihood Ratio	21.942	4	.000
Linear-by-Linear Association	11.548	1	.001
N of Valid Cases	24		

Pendidikan * CopingStres Crosstabulation

			CopingStres			Total
			PFC	EFC	Tidak Terkategori	PFC
Pendidikan	SMA	Count	3	0	0	3
		% within Pendidikan	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within CopingStres	23.1%	.0%	.0%	12.5%
		% of Total	12.5%	.0%	.0%	12.5%
	D3	Count	1	0	0	1
		% within Pendidikan	100.0%	.0%	.0%	100.0%
		% within CopingStres	7.7%	.0%	.0%	4.2%
	S1	Count	9	9	2	20
		% within Pendidikan	45.0%	45.0%	10.0%	100.0%
		% within CopingStres	69.2%	100.0%	100.0%	83.3%
		% of Total	37.5%	37.5%	8.3%	83.3%
		Total	Count	13	9	2
	% within Pendidikan	54.2%	37.5%	8.3%	100.0%	
	% within CopingStres	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	54.2%	37.5%	8.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.062(a)	4	.398
Likelihood Ratio	5.579	4	.233
Linear-by-Linear Association	3.030	1	.082
N of Valid Cases	24		

LAMPIRAN F

Z-SCORE COPING STRES

PFC	EFC	ZscorePFC	ZscoreEFC
18	72	0.67114	0.51508
19	81	1.26772	1.23286
17	51	0.07457	-1.15976
17	88	0.07457	1.79114
17	64	0.07457	-0.12295
17	71	0.07457	0.43532
18	67	0.67114	0.11631
17	76	0.07457	0.83409
14	49	-1.71515	-1.31926
18	54	0.67114	-0.92049
15	71	-1.11857	0.43532
15	49	-1.11857	-1.31926
17	69	0.07457	0.27582
17	52	0.07457	-1.08
13	87	-2.31172	1.71139
16	76	-0.522	0.83409
16	71	-0.522	0.43532
18	57	0.67114	-0.68123
18	50	0.67114	-1.23951
17	51	0.07457	-1.15976
15	74	-1.11857	0.67459
21	80	2.46086	1.15311
17	57	0.07457	-0.68123
18	56	0.67114	-0.76099