

HUBUNGAN TRAIT KEPERIBADIAN & STRATEGI COPING PADA PASIEN MULTIDRUGS-RESISTANT TUBERCULOSIS (MDR-TB)

Anna Desyana

Fakultas Pendidikan, Universitas Katolik Indonesia Atma Jaya, Jakarta

Corresponding Author: anna.deasyana@gmail.com

Abstract

The purpose of this research is to know the relationship between personality trait and coping strategy among Multi drugs-Resistant (MDR TB) patient. There are 18 participants for this research. Questionnaires were used in this research: DASS used to screen the patient level of depression, anxiety, and stress, NEO PI-R used to know their personality trait, and BRIEF COPE used to know their strategy coping. The result showed that there is relationship between personality trait (neuroticism, extraversion, openness to experience, and agreeableness) and coping strategy (venting, positive reframing, religion, humor, use of instrumental support, denial, self-distraction, self-blame). Domain extraversion is trait that has the most significant correlations with coping strategy. Based on the result, the institution has to cooperate with psychologist in order to help patient reducing their tension during their medical treatment program. This recommendation align with result of this research that show venting is the most used coping strategy.

Keyword: MDR TB, Coping strategy, Personality Trait

PENDAHULUAN

Penyebaran kasus tuberkulosis (TB) di Indonesia meningkat pesat dalam beberapa tahun terakhir. Menurut global report WHO tahun 2015, Indonesia tercatat sebagai negara kedua dengan kasus TB terbanyak di dunia setelah India. Sekitar 75% penderita TB di Indonesia merupakan kelompok usia paling produktif yaitu antara usia 15 – 50 tahun (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2014), dengan wanita sebagai jumlah penderita TB yang sangat tinggi. Pada tahun 2012 diperkirakan terdapat 2.9 juta kasus TB dengan jumlah kematian mencapai 410.000 kasus, diantaranya 160.000 wanita dengan HIV Positif (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2014). TB memang tidak

bisa dilepaskan dari HIV karena kedua penyakit ini saling menginfeksi satu sama lain (*co-infection*). Menurut data WHO (2014), Indonesia termasuk ke dalam negara dengan beban koinfeksi TB dan HIV yang tinggi. Hal ini disebabkan turunnya sistem imun yang dialami pasien yang membuat sangat mudah terinfeksi virus atau bakteri lainnya (Pawlowski, Jansson, Skold, Rottenberg, & Kallenius, 2012). Jika seseorang terinfeksi HIV dan TB, maka masing-masing penyakit tersebut dapat mempercepat tingkat keparahan satu sama lain (Kanabus, 2017).

Saat ini, masalah yang juga mendapatkan perhatian dari penyuluh kesehatan adalah resistensi obat pada kasus TB. Burhan (2010) menjelaskan bahwa kasus MDR-TB merupakan bentuk spesifik

resistensi bakteri TB terhadap setidaknya dua jenis obat anti tuberkulosis yang utama (INH & Rifampisin). Pada tahun 2011, Kementerian Kesehatan RI mencatat bahwa Indonesia menempati urutan ke-8 kasus MDR-TB dari 27 negara yang memiliki masalah MDR-TB. Pada tahun 2015, Kementerian Kesehatan RI melaporkan menurut data WHO tahun 2013 diperkirakan bahwa di Indonesia terdapat 6800 kasus MDR-TB setiap tahunnya. Selain itu diperkirakan juga bahwa 2% dari kasus TB baru dan 12% dari kasus TB pengobatan ulang merupakan kasus MDR-TB dan 55% lebih dari pasien MDR-TB belum terdiagnosa dan mendapatkan pengobatan secara baik dan benar (Pusat Data Kementerian Kesehatan RI, 2015). Data terbaru dari USAIDS menyebutkan bahwa per Maret 2016, estimasi kasus MDR-TB di Indonesia sebanyak 22000 kasus. Pengobatan bagi pasien dengan MDR-TB harus dilakukan selama 12-24 bulan dengan mengharuskan pasien MDR-TB meminum obat di hadapan dokter secara langsung (Konsensus TB, 2015). Bakteri MDR-TB yang tidak mendapatkan pengobatan yang baik dan benar dapat menular kepada *caregiver* atau lingkungan sekitarnya. Jika terpapar kepada orang lain, bakteri yang diterima oleh orang tersebut adalah bakteri yang resisten terhadap obat sehingga penderita TB baru langsung mengalami resistensi obat padahal belum pernah mendapatkan pengobatan atau putus obat sebelumnya.

Selama masa pengobatan, diperkirakan seorang pasien TB dewasa akan kehilangan waktu kerjanya sekitar 3-4 bulan, yang artinya akan membuat pasien TB dewasa akan kehilangan pendapatan tahunan rumah tangga sekitar 20-30%. Jika

ia meninggal karena TB, ia akan kehilangan pendapatannya sekitar 15 tahun. Selain merugikan secara ekonomis, TB juga merugikan secara aspek sosial seperti munculnya peluang untuk dikucilkan oleh masyarakat (Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis, 2014). Terdapat beberapa hal yang menjadi konsekuensi sosial bagi para pasien yang didiagnosa menderita TB antar lain, banyaknya pengeluaran dikarenakan penyakit, dan penyakit dianggap memberikan dampak negatif pada aktivitas dan pekerjaan (Karyadi, West, Nelwan, Dolmans, Van Der Meer, & Schultink, 2002). Jika dilihat dari dampak psikologis yang dialami, individu penderita MDR-TB cenderung lebih memunculkan emosi negatif seperti *hopelessness* dan ketakutan (*fear*). Ekspresi emosi ini disebabkan pengobatan MDR-TB merupakan pengobatan yang dianggap sebagai opsi terakhir bagi mereka. Selain itu, munculnya *loss of self-identity, low self-esteem, guilty, isolation*, dan depresi juga terlihat pada pasien MDR-TB (Thomas, 2016). Studi yang dilakukan Thomas et. al menunjukkan bahwa pasien-pasien merasakan *distress* karena adanya perubahan gaya hidup yang disebabkan oleh pengobatan MDR TB. Banyak pasien yang merasakan terkucilkan yang pada akhirnya mengalami depresi. Stigma yang berkembang di masyarakat terkait penyakit tersebut juga dianggap sebagai faktor risiko yang meningkatkan masalah psikologi pada pasien MDR TB (Morris et. al; Isaakidis et. Al dalam Thomas et. al, 2016)

Konsekuensi-konsekuensi ini justru akan menurunkan kondisi pasien jika tidak segera ditemukan cara penyelesaiannya, karena secara fisiologis stres dapat

menurunkan kondisi kesehatan seorang pasien (Komunikasi Pribadi, Juni 10, 2015). Walau sebenarnya berat atau tidaknya konsekuensi ini merupakan sesuatu yang sangat subjektif dan sangat tergantung dari penilaian seseorang tentang hal tersebut. Penilaian terhadap suatu kondisi ini yang pada akhirnya membuat seseorang memutuskan cara *coping* yang tepat untuknya (Lazarus & Folkman dalam Aldwin, 2011). Pemilihan jenis *coping* dan strategi *coping* merupakan bentuk yang sangat subjektif, tergantung dari bagaimana proses perkembangan diri orang tersebut selama ini (Lazarus & Folkman dalam Aldwin, 2011). Menurut Folkman (dalam Aldwin, 2011), stres dan *coping* merupakan proses yang telah dimiliki individu sejak masih dalam kandungan dan berkembang seiring dengan perkembangan diri individu tersebut. Hal ini membuat penghayatan dan proses penilaian terhadap stres dan proses penyelesaian stres (*coping*) juga akan berbeda dalam setiap individu.

Selain itu, *coping* tidak dapat dilepaskan dari kepribadian yang ada dalam diri individu. Dalam sebuah kajian ilmiah tentang *personality & coping* yang dilakukan oleh Carver dan Connor-Smith tahun 2009 menyimpulkan bahwa domain-domain pada *trait* kepribadian dari *five factor model* memiliki pengaruh terhadap *coping*. Domain *neuroticism* memprediksi pemaparan pada stress interpersonal dan kecenderungan untuk menilai kondisi yang tergolong sangat mengancam dan sumber daya yang mempengaruhi *coping*. Domain *conscientiousness* memprediksi pemaparan stres tingkat rendah. Domain *Agreeableness* berhubungan dengan konflik interpersonal tingkat rendah dan

stres yang disebabkan lingkungan sosial. Domain *extraversion*, *conscientiousness*, dan *openness* berhubungan dengan penilaian situasi yang menantang dibandingkan mengancam serta penilaian positif dari sumber daya penghasil *coping*.

Penelitian tentang MDR-TB masih terbatas pada pembahasan sisi kedokteran dan perawatan. Menurut Thomas et.al (2016), masih sangat perlu dilihat faktor psikologis yang terjadi pada kasus MDR-TB mengingat pasien MDR-TB cenderung untuk lebih memunculkan emosi yang negatif seperti yang telah dijelaskan di atas. Berdasarkan hasil penelitian Thomas et.al (2016), perlu dilihat dan diteliti bentuk *coping* yang diperlukan bagi penderita MDR-TB karena bisa saja dengan *coping* yang tepat dapat membantu meningkatkan *quality of life* (QOL) dan keberhasilan pengobatan MDR-TB dan dapat menentukan keberhasilan pengobatan (*medical adherence*) bagi pasien TB khususnya pasien MDR TB. Peningkatan angka keberhasilan pengobatan pada pasien MDR TB dapat meminimalisir penyebaran bakteri TB yang resisten terhadap obat. Bagi pasien MDR TB, ketaatan pengobatan tidak dapat ditawar dan diabaikan namun pada kenyataannya, masih sangat banyak pasien MDR TB yang lalai maupun pada akhirnya gagal (*drop out*) dari pengobatan. Tetapi tidak sedikit juga yang berhasil menyelesaikan pengobatan dan masih datang untuk memenuhi panggilan monitoring terhadap bakteri TB yang dilakukan oleh rumah sakit.

Penelitian ini bertujuan mengetahui hubungan dari *trait* kepribadian dan strategi *coping* pada pasien *multidrug-resistance Tuberculosis* yang sedang melakukan pengobatan. Kedua, mengetahui *trait*

kepribadian mana yang paling memiliki kontribusi terhadap strategi *coping* pada pasien *multidrug-resistant Tuberculosis* yang sedang menjalani pengobatan. Adapun manfaat dari penelitian ini adalah menambah penelitian tentang *multidrug-resistant Tuberculosis* khususnya dilihat dari sisi psikologis pasien. Kedua, menambah kajian literatur tentang manajemen *coping* pada pasien *multidrug-resistant Tuberculosis* dilihat dari kelompok yang sedang dalam proses pengobatan. Mengacu pada hal tersebut, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara *trait* kepribadian dengan strategi *coping* pada pasien MDR-TB yang sedang melakukan pengobatan.

METODE

Penelitian terapan (*applied reasearch*) ini merupakan teknik penelitian yang sistematis dan metodologis mengenai berbagai situasi, isu dan masalah, atau fenomena di lapangan, dengan tujuan mengaplikasikan yang telah diperoleh dalam berbagai bentuk terapan di lapangan (Kumar, 2005). Penelitian menggunakan pendekatan kuantitatif untuk menjawab dan memahami lebih dalam rumusan masalah. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu *Depression, Anxiety, Stress Scale* (DASS) untuk melihat level stres yang dimiliki oleh pasien, *Brief Coping Orientation of Problem Experience* (Brief COPE) untuk melihat strategi *coping* yang dimiliki oleh individu, dan

NEO PI-R untuk melihat *trait* kepribadian dari individu. Metode pengolahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode statistik non parametrik untuk korelasi yaitu Spearman Rank. Pemilihan metode statistik non parametrik dipilih karena penyebaran data pada penilitan ini tidak memenuhi syarat uji normalitas.

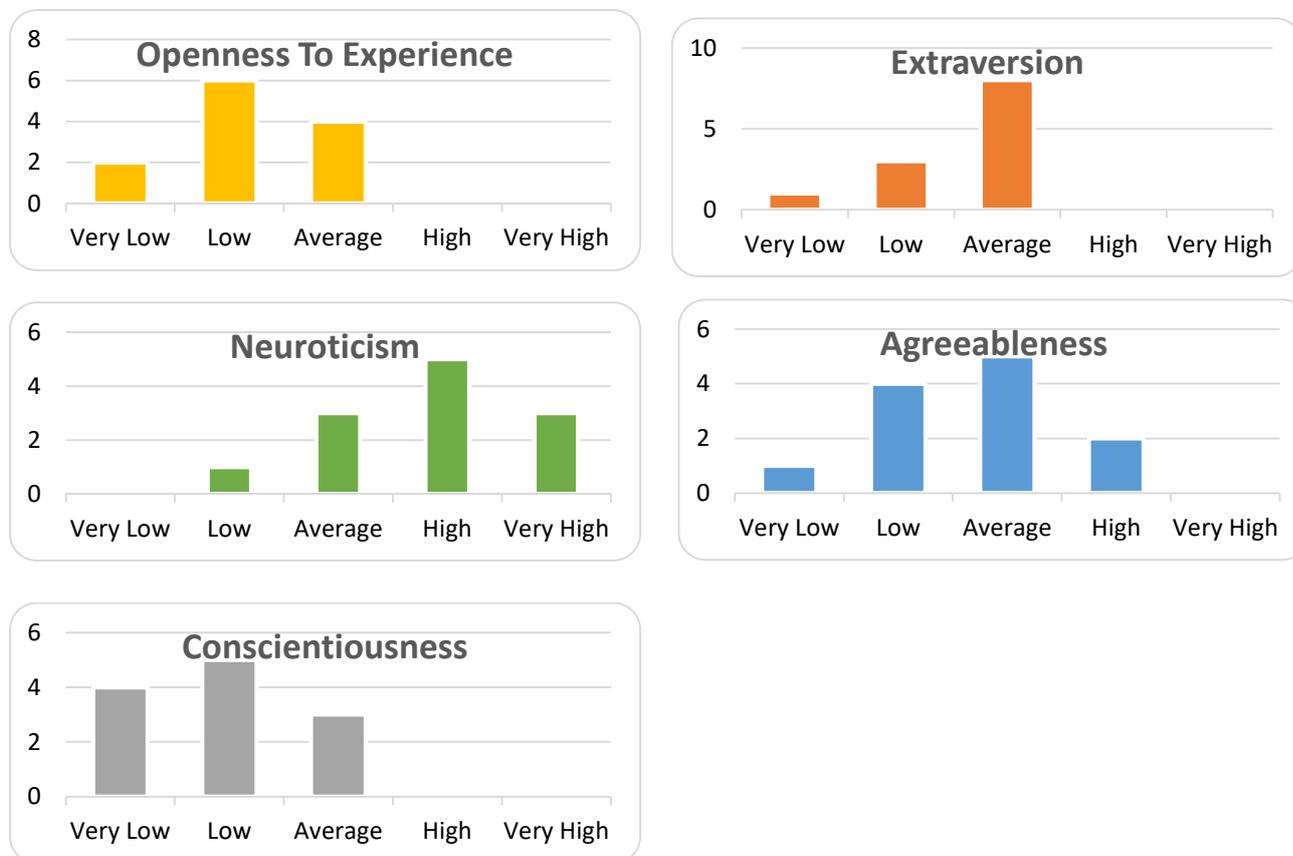
Partisipan dalam penelitian ini sebanyak 18 orang, yaitu pasien-pasien MDR TB yang ada di sebuah rumah sakit di Jakarta. Dengan karakteristik partisipan Pria/wanita yang didiagnosa menderita MDR TB (tidak terinfeksi dengan virus/bakteri yang lain), pria/wanita yang sedang menjalani pengobatan MDR TB, pria/wanita yang berdasarkan *screening* dari alat tes DASS memiliki hasil sedang atau tinggi pada skala *depression/anxiety/stress*, pendidikan terakhir minimal SMP (Sekolah Menengah Pertama), berdomisili di DKI Jakarta, dan bersedia mengikuti penelitian ini.

Umumnya partisipan berjenis kelamin laki-laki (12 orang), dengan sebagian besar partisipan berada pada kelompok usia dewasa awal (14 orang). Pendidikan terakhir yang dimiliki adalah SMA (9 orang) dengan sebagian besar pasien sedang tidak bekerja (7 orang). Jumlah pasien yang berstatus menikah dan belum menikah tidak cukup berbeda jauh yakni 9 orang untuk status menikah dan 8 orang untuk status belum menikah. Pasien yang berpartisipasi dalam penelitian ini lebih banyak yang sudah melakukan pengobatan lebih dari 12 bulan.

HASIL

Grafik 1

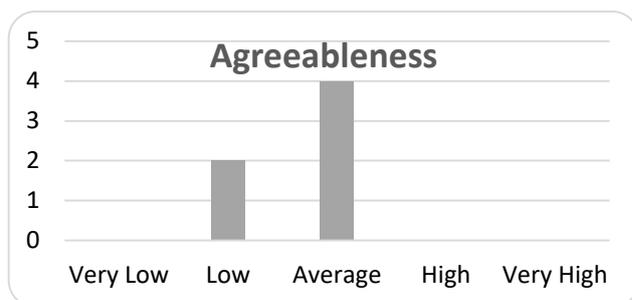
Gambaran Hasil NEO PI-R untuk Jenis Kelamin Laki-Laki



Grafik 2

Gambaran Hasil NEO PI-R untuk Jenis Kelamin Perempuan





Dari grafik 1 dan grafik 2 terlihat gambaran pasien berdasarkan skala DASS dan NEO PI-R. Sesuai dengan data pada Tabel 1, dapat dilihat bahwa seluruh pasien memiliki tingkat depresi, dan/atau kecemasan, dan/atau stres sedang dan

tinggi. Sedangkan hasil NEO PI-R menunjukkan bahwa baik laki-laki maupun perempuan memiliki tingkat *neuroticism* yang rata-rata tinggi. Sedangkan domain yang lain cenderung rendah baik pada laki-laki maupun perempuan.

Tabel 1
Hasil Uji Korelasi Spearman Kelompok Strategi Coping Emotion-Focused

		Trait Kepribadian				
		N	E	O	A	C
Strategi Coping	Use of Emotional Support	.150	.060	-.177	.148	-.105
	Venting	.517*	.505*	.329	-.205	-.163
	Behavioral Disengagement	.390	.006	.024	.175	-.082
	Positive Reframing	-.208	.370	.206	.537*	.460
	Denial	.424	.519*	.507*	-.322	-.397
	Acceptance	.207	.436	.442	.026	-.371
	Religion	.380	.627**	.454	-.110	-.052
	Self-Distraction	-.064	.493*	.169	-.283	-.105
	Substance Use	.023	.211	-.023	-.164	.257
	Humor	.487*	.403	.101	-.266	-.229
	Self-Blame	.402	.321	.493*	.080	.005

* : signifikan pada level 0.05

** : signifikan pada level 0.01

Ket: N= *Neuroticism*; E= *Extraversion*; O= *Openness to Experience*; A= *Agreeableness*; C= *Conscientiousness*.

Tabel 2

Hasil Uji Korelasi Spearman Kelompok Strategi Coping Problem-Focused

		Trait Kepribadian				
		N	E	O	A	C
Strategi Coping	Active Coping	-.131	-.071	-.198	.570	-.150
	Planning	.188	.335	.047	.047	.206
	Use of Instrumental Support	.294	.508*	.384	.142	.023

* : signifikan pada level 0.05

** : signifikan pada level 0.01

Ket: N= *Neuroticism*; E= *Extraversion*; O= *Openness to Experience*; A= *Agreeableness*; C= *Conscientiousness*.

Tabel 3

Hasil Perhitungan Effect Size

		Trait Kepribadian			
		N	E	O	A
Strategi Coping	Venting	.267	.255		
	Positive Reframing				.288
	Denial		.269	.257	
	Religion		.393		
	Self-Distracton		.243		
	Humor	.237			
	Self-Blame			.243	
	Use of Instrumental Support		.258		

Ket: N= *Neuroticism*; E= *Extraversion*; O= *Openness to Experience*; A= *Agreeableness*; C= *Conscientiousness*.

Dari tabel 2, 3, dan 4, dapat dilihat bahwa hasil yang signifikan didapat dari korelasi antara *venting* dengan *trait neuroticism* ($r=.517, p < .05$) dan *extraversion* ($r=.505, p < .05$) dengan effect size untuk *neuroticism* ($R^2=.267$) dan *extraversion* ($R^2=.255$),

positive reframing dengan *agreeableness* ($r=.537, p < .05$) dengan effect size ($R^2=.288$), *denial* dengan *trait extraversion* ($r=.519, p < .05$) dengan effect size ($R^2=.269$) dan *openness to experience* ($r=.507, p < .05$) dengan effect size

($R^2=.257$), *religion* dengan *trait extraversion* ($r=.627$, $p < .01$) dengan effect size ($R^2=.393$), *self-distraction* dengan *trait extraversion* ($r=.493$, $p < .05$) dengan effect size ($R^2=.243$), *humor* dengan *trait neuroticism* ($r=.487$, $p < .05$) dengan effect size ($R^2=.237$), *self-blame* dengan *trait openness* ($r=.493$, $p < .05$) dengan effect size ($R^2=.243$), *use of instrumental support* dengan *trait extraversion* ($r=.508$, $p < .05$) dengan effect size ($R^2=.258$).

Berdasarkan hasil uji korelasi tersebut, dapat terlihat bahwa semakin tinggi *neuroticism* maka semakin tinggi pula pemilihan strategi *coping venting* dan *humor*. Semakin tinggi *extraversion* maka semakin tinggi pemilihan strategi *coping venting*, *self-distraction*, *religion*, *denial*, dan *use instrumental support*. Semakin tinggi *openness*, semakin tinggi pula pemilihan strategi *coping denial*, dan *self blame*. Dan semakin tinggi *agreeableness* semakin tinggi pula pemilihan strategi *coping positive reframing*.

DISKUSI

Berdasarkan hasil penelitian ini, tidak semua domain dari *trait* kepribadian *five factor model* memiliki hubungan dengan keempat belas strategi *coping*. Dapat dilihat bahwa *neuroticism*, *extraversion*, *openness*, dan *agreeableness* adalah keempat domain yang paling sering terkonfirmasi berhubungan signifikan dengan beberapa domain dari strategi *coping*. Dalam penelitian ini domain *conscientiousness* tidak memiliki kaitan yang signifikan terhadap strategi *coping*. Ketidak terkaitan ini sesuai dengan hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya

yang mengatakan bahwa *conscientiousness* cenderung memprediksi paparan stres dengan level yang rendah, kemungkinan disebabkan karena individu dengan *conscientiousness* lebih memiliki perencanaan untuk memprediksi stres yang mungkin mereka hadapi dan menghindari perilaku-perilaku impulsif yang dapat berujung pada masalah-masalah lain (Carver & Connor-Smith, 2010).

Neuroticism berhubungan signifikan dengan *venting* dan *humor*. Vestre (dalam McCrae & Costa, 2003) menjelaskan bahwa *neuroticism* merepresentasikan kecenderungan individu untuk memiliki pengalaman tidak menyenangkan dan gangguan emosi yang mana gangguan-gangguan ini dapat menjadi stimulus lain bagi perilaku dan pikiran individu tersebut. *Neuroticism* memiliki enam *facet* yang mana dalam penelitian ini keenam *facet* tersebut cenderung memiliki skor tinggi pada pasien-pasien MDR khususnya *facet anxiety*, *depression*, dan *vulnerability*. Ketiga *facet* ini menunjukkan individu yang mudah cemas, mudah panik ketika ada masalah, mudah merasa sedih, tidak berdaya, dan cenderung menggantungkan diri kepada bantuan orang lain untuk keluar dari masalahnya.

Berdasarkan definisinya, *venting* merupakan strategi *coping* yang cenderung untuk berfokus pada kondisi stres yang terjadi dan meluapkan emosi yang dirasakan karena kondisi stres tersebut (Scheff dalam Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Kondisi ini dianggap dapat berfungsi cukup baik karena dapat menjadi salah satu katarsis bagi individu dalam menghadapi kondisi stres yang dihadapinya namun dapat juga menjadi

penghambat proses penyesuaian pada diri individu dan keinginan untuk melakukan *active coping* atau melakukan aktivitas-aktivitas yang sebenarnya dapat mereduksi stres tersebut (Carver, Scheir, & Weintraub, 1989). Dalam hal ini, pasien-pasien MDR TB memang sering terlihat membutuhkan bantuan orang lain untuk mendengarkan keluh kesah mereka terkait dengan kondisi yang mereka alami. Keluh kesah ini sangat kental didasari oleh kecemasan dan ketakutan mereka bahwa pengobatan ini belum tentu berhasil bahkan malah dapat berdampak fatal jika kondisi tubuh tidak kuat akan reaksi obat. Proses lamanya pengobatan juga dianggap menjadi faktor yang mencemaskan. Munculnya perasaan bosan dan ke-tidak yakin-an bahwa mereka mampu mengalahkan perasaan bosan tersebut menjadi faktor lain yang diungkapkan ketika mereka sedang berkeluh kesah.

Selain itu *Humor*, yang juga menjadi salah satu strategi yang berkorelasi signifikan dengan *neuroticism*, merupakan strategi *coping* yang membuat masalah atau kondisi stres menjadi bahan candaan yang dapat ditertawakan namun bukan dengan tujuan untuk meremehkan masalah, melainkan hal ini menjadi salah satu bentuk penurunan ketegangan yang biasanya dialami individu ketika menghadapi stres. Pada dasarnya *humor* sangat erat kaitannya dengan budaya dari suatu tempat dan sebagai salah satu alat untuk diterima oleh lingkungan sosial dan memunculkan persepsi “normal” karena dapat menertawakan suatu candaan yang dilontarkan oleh lingkungan sosial (Berger dalam Lin, & Tan, 2010). Tujuannya untuk mengeksternalisasi pikiran dan cara untuk melakukan konseptualisasi. Eksternalisasi

pikiran sendiri memiliki beberapa tujuan yaitu sebagai outlet untuk mengekspresikan emosi tertentu, sebagai alat untuk dapat diterima lingkungan sosial, dan sebagai tempat meningkatkan intelektualitas (Cisneros, Alexanian, Begay, & Goldberg, t.th). Critchley (dalam Lin, & Tan, 2010) menyebutkan bahwa terdapat dua poin penting dalam *humor* yaitu memahami objek apa yang dianggap lucu dapat membantu individu untuk lebih memahami dunia atau hal-hal apa yang terkandung dalam budaya tertentu. Sedangkan poin kedua adalah membantu individu untuk memahami elemen non rasional yang terjadi pada diri individu tersebut dan setelah memahaminya, individu memperbaiki diri. Penjelasan-penjelasan di atas berkaitan dengan fungsi *humor* sebagai strategi *coping* pada pasien MDR TB. Dalam kondisi menjalani pengobatan yang dinilai sebagai kondisi yang *stressful* serta memunculkan banyak perasaan takut dan cemas, pasien-pasien MDR TB menggunakan *humor* sebagai alat untuk mengekspresikan emosi dan menurunkan ketegangan yang mereka hadapi. Bagi pasien-pasien lama, *humor* cenderung berguna untuk semakin memahami dan mengambil manfaat dari proses pengobatan yang sedang dihadapinya termasuk didalamnya memunculkan refleksi diri bahwa di masa lalu pernah ada kesalahan yang dibuat sehingga saat ini harus menjalani pengobatan MDR TB. Sedangkan bagi pasien-pasien baru, *humor* dinilai membantu mereka untuk dapat masuk ke dalam lingkungan baru yaitu lingkungan pasien-pasien MDR TB di RS Persahabatan. Adanya kebutuhan untuk dianggap “normal” (bukan orang yang sakit) oleh lingkungan juga terlihat muncul

dalam diri pasien MDR TB, hal ini membuat mereka merasa tidak dijauhkan dari lingkungan sosial mereka.

Domain selanjutnya yang berkorelasi adalah *extraversion* yang mengukur tentang preferensi dalam interaksi sosial dan aktivitas yang aktif dan penuh semangat. Pada penelitian ini, skor *extraversion* yang dimiliki oleh pasien-pasien MDR TB cenderung berada pada level rata-rata, dan rendah. Hal ini berlaku juga pada *facet-facetnya*. Dalam kaitannya dengan strategi *coping*, *extraversion* memiliki hubungan yang signifikan dengan lima strategi *coping* yaitu *venting* (strategi *coping* yang cenderung untuk fokus pada kondisi stres yang terjadi dan meluapkan emosi yang dirasakan karena kondisi stres tersebut (Scheff dalam Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)), *denial* (penolakan untuk mempercayai bahwa sumber stres tersebut benar-benar ada/terjadi atau mencoba untuk berperilaku seolah-olah sumber stres itu tidak pernah ada/terjadi (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)), *religion* (cara menghadapi masalah dengan menggunakan kepercayaan (*faith*) pada sesuatu, dalam hal ini Tuhan, untuk mendapatkan dukungan (Litman, 2006)), *self-distraction* (salah satu strategi *coping* yang disarankan untuk dilakukan untuk mencegah terjadinya *helplessness* pada individu. Strategi ini mengizinkan individu untuk melakukan kegiatan lain yang dapat mengalihkan fokus pada masalah yang sesungguhnya, dapat berupa hal yang sederhana seperti tidur atau menonton TV (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)), dan *use of instrumental support* (cara *coping* dengan mencari saran dan masukan dari orang lain (Litman, 2006; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989)).

Dilihat dari korelasi strategi *coping* yang muncul, tiga (*venting*, *religion*, dan *use of instrumental support*) dari lima merupakan bentuk strategi *coping* yang melibatkan orang lain untuk melakukannya. Hal ini sebenarnya konsisten dengan *extraversion* yang dipercaya memiliki hubungan dengan hal-hal yang berkaitan dengan dukungan sosial (Jackson, & Schneider, 2014). Namun lain halnya jika *extraversion* memiliki skor yang relatif rata-rata bahkan rendah. Peneliti menganggap bahwa ada faktor lain yang berpengaruh pada kaitan *extraversion* dengan strategi-strategi *coping* yang muncul. Faktor tersebut adalah dinamika antar kelompok pada pasien MDR TB. Menurut Aronson (2013), kelompok merupakan tiga atau lebih individu yang berinteraksi dan saling membutuhkan dengan berlandaskan kesamaan kebutuhan dan tujuan yang saling mempengaruhi satu sama lain. Tujuan individu masuk kedalam suatu kelompok adalah untuk mencari informasi tertentu, atau dapat juga untuk memiliki identitas sosial sebagai suatu kelompok. Dalam hal ini, pasien-pasien MDR TB diajak masuk kedalam kelompok pasien yang terlebih dulu berobat di sana. Tujuannya bisa bermacam-macam mulai dari mencari informasi tentang penyakit MDR TB hingga menemukan teman untuk minum obat bersama sehingga mendapatkan dukungan dari sesama pasien agar pengobatan berjalan terasa lebih ringan.

Trait ketiga yang berkorelasi signifikan adalah *openness*. McCrae & Costa (dalam McCrae & Costa, 2003) menjelaskan *trait* ini sebagai keinginan untuk mempertimbangkan atau mencoba hal-hal baru seperti ide, pendekatan atau

metode, termasuk merasakan pengalaman baru. Seperti halnya dengan *trait* kepribadian *five factor model* yang lain, *trait* ini memiliki enam *facet* yang menjelaskan *openness* dengan lebih detail. Pada penelitian ini, level *openness* yang dimiliki oleh para pasien MDR TB cenderung rata-rata, dan rendah. Hal ini juga sejalan dengan *facet-facet openness*. *Openness* terbukti memiliki korelasi signifikan dengan *denial* dan *self-blaming*.

Denial didefinisikan sebagai penolakan untuk mempercayai bahwa sumber stres tersebut benar-benar ada/terjadi atau mencoba untuk berperilaku seolah-olah sumber stres itu tidak pernah ada/terjadi (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Konsep *denial* sebenarnya dilekatkan dengan adanya kondisi yang mengancam diri individu. Salah satu kondisi yang dapat mengancam diri individu adalah adanya stereotipe yang muncul. Stereotipe sering kali juga dipersepsi sebagai stimulus yang menyakitkan (*aversive*) (Hippel et al., 2005). Dengan adanya stereotipe yang melekat pada kondisi individu, *denial* muncul sebagai strategi *coping* sederhana yang digunakan individu agar tetap mempertahankan integritas diri di lingkungan sosial. Terkait dengan konsep ini, stereotipe yang muncul pada pasien MDR TB dapat dikatakan sangat banyak dan memunculkan berbagai konsekuensi seperti dikeluarkan dari pekerjaan, atau dijauhi oleh teman-teman. Ke-tidak inginan untuk dijauhi dan tidak produktif membuat seseorang sulit menerima diagnosa MDR TB. Selain itu, kombinasi *neuroticism* yang tinggi dan *agreeableness* yang rendah menggambarkan temperamen individu yang cenderung mudah marah dan

agresif (McCrae & Costa, 2003). Kondisi ini dapat memperburuk situasi yang dialami pasien MDR TB dan memungkinkan pasien untuk melakukan *denial* sebagai bentuk amarah mereka karena menerima diagnosa.

Strategi *coping* kedua yang berhubungan dengan *openness* adalah *self-blaming*. *Self-blaming* diterjemahkan sebagai perasaan bertanggung jawab pada masalah yang sedang dihadapi (Vitaliano, Russo, Carr, Mauro, & Becker, 1985) namun rasa tanggung jawab yang dimaksud adalah perasaan cenderung menyalahkan diri sendiri atas kejadian yang dihadapi saat ini. Perasaan ini sendiri muncul jika individu gagal untuk melakukan *coping* yang bertujuan untuk meregulasi emosi, dari emosi/afek yang negatif menjadi emosi/afek yang positif dengan melakukan aktivitas tertentu (Smith, Saklofske, Keefer, & Tremblay, 2016). Preokupasi terhadap emosi negatif tanpa diiringi dengan pembentukan regulasi emosi yang positif dapat menggiring individu ke kondisi psikologis seperti depresi, cemas, dan selalu merasakan afek negatif (Smith, Saklofske, Keefer, & Tremblay, 2016). Terkait dengan kedua strategi *coping* ini, individu dengan pola *trait openness* yang rendah dan *neuroticism* yang tinggi cenderung memiliki pola *defense* yang maladaptif dan cenderung tidak efektif seperti represi, reaksi formasi, dan *denial*. Mereka cenderung untuk kurang memiliki *insight* dari setiap pengalaman *distress* yang mereka alami (McCrae & Costa, 2003).

Trait terakhir yang berkorelasi dengan strategi *coping* adalah *agreeableness*. *Agreeableness* dipandang sebagai *trait* yang lebih memperhatikan dan peduli terhadap sesama melebihi

kepedulian individu tersebut pada diri sendiri serta dapat dipercaya dan dermawan kepada orang lain (McCrae, & Costa, 2003). Dalam penelitian ini, skor *agreeableness* pada pasien MDR TB cenderung berada di level rata-rata, dan rendah. Hal ini juga sejalan sebagian besar *facet-facet* yang dimilikinya kecuali dua *facet* yaitu *compliance* dan *tender-mindedness*. Hasil *facet compliance* terlihat terbagi dalam dua kelompok, untuk jenis kelamin laki-laki, berada pada level tinggi dan rendah. Sedangkan untuk jenis kelamin perempuan cenderung ada pada level rata-rata, dan rendah. Hasil *facet tender-mindedness* menunjukkan hasil yang cenderung rata-rata, dan tinggi baik pada kelompok laki-laki maupun perempuan.

Pembahasan mengenai kepribadian sebenarnya tidak dapat dilepaskan dari faktor kontributor yang mempengaruhi kepribadian itu sendiri. Studi tentang teori *five factor* menjelaskan bahwa faktor biologis dan budaya berinteraksi membentuk *habits, values, attitudes, dan relationships*, yang mana hal ini merupakan integrasi dari diri individu dan lingkungan (Phan, 2013). McCrae & Costa (dalam Phan, 2013) menjelaskan bahwa hal-hal tersebut merupakan interaksi antara kepribadian dan faktor eksternal, dalam hal ini budaya. Dengan mempertimbangkan faktor budaya, dalam hal ini secara spesifik mengarah pada *values* dan *belief* yang dipegang oleh individu, *agreeableness* didukung dengan kedua *facet* yang memiliki skor cenderung rata-rata, dan tinggi dapat memfasilitasi keharmonisan dinamika sosial yang terjadi dalam suatu kelompok tertentu.

Positive reframing dalam hal ini dijelaskan sebagai usaha mengkonstruksi

kondisi stres yang negatif ke dalam bentuk yang lebih positif (Lazarus & Folkman dalam Carver, Scheier, & Weintraub, 1989) dianggap menjadi strategi yang dipilih untuk dapat mengatur emosi negatif yang dirasakan. Hal ini cukup jelas dirasakan ketika melihat interaksi antar pasien dimana mereka sering menyebutkan bahwa kondisi ini merupakan peluru dosa, atau minum obat dan berinteraksi dengan sesama pasien dapat menambah saudara, atau beberapa pasien secara pasti mengajak pasien lain untuk melihat sakit dan proses pengobatan ini dari sisi positif.

Terkait dengan perilaku rajin berobat (*medical adherence*), ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mempelajari perilaku yang dilakukan oleh pasien-pasien MDR TB. Dilihat dari *trait* kepribadian, pasien-pasien MDR TB memiliki *trust* yang relatif rendah yang menunjukkan bahwa para pasien cenderung sinis dan skeptis (McCrae & Costa, 2003). Faktor lain yang mempengaruhi perilaku ini adalah karakteristik pasien, pengobatan yang dijalani (terkait dengan *treatment regimen* yang dikonsumsi), dan hubungan pasien dengan penyedia kesehatan (Kazarian & Evans, 2001). Berdasarkan interaksi dengan pasien, mereka mengaku tidak termotivasi untuk berkonsultasi dengan petugas kesehatan karena merasa sikap dan saran yang diberikan terkesan tidak acuh walaupun hal ini tidak ditujukan untuk semua petugas. Dari interaksi dengan pasien, diketahui juga bahwa pasien akan tetap melakukan konsultasi jika keluhannya sudah sangat mengganggu atau tidak ada pihak lain lagi yang dapat ditanya. Rendahnya *trust* dari para pasien ini sebenarnya tidak sepenuhnya membuat mereka putus berobat karena hingga saat ini

mereka masih tetap melakukan pengobatan yang disarankan. Dapat diambil kesimpulan bahwa kepercayaan pasien terhadap pengobatan ini masih cukup baik karena mereka masih tetap mau berobat, namun kepercayaan pasien terhadap petugas kesehatan perlu dievaluasi lebih lanjut mengingat pasien enggan untuk berkonsultasi terkait keluhan-keluhannya. Selain hal-hal di atas, melihat ulang bahwa *active coping* tidak muncul sebagai salah satu strategi *coping* yang muncul signifikan dalam penelitian ini, membuat peneliti mempertimbangkan bahwa dukungan dari orang-orang sekitar (*caregiver*) dapat menjadi salah satu faktor yang membuat pasien MDR TB berobat dan meminum obatnya.

KESIMPULAN

Dapat disimpulkan bahwa empat dari lima domain *trait* kepribadian *five factor model* memiliki korelasi yang signifikan dengan strategi *coping*, keempat domain tersebut adalah *neuroticism*, *extraversion*, *openness*, dan *agreeableness* dimana *extraversion* paling sering muncul sebagai domain yang memiliki hubungan signifikan dengan strategi *coping*. Selain itu, dari keempat belas strategi *coping*, delapan strategi memiliki korelasi signifikan dengan *trait* kepribadian yaitu *denial*, *use of instrumental support*, *venting*, *religion*, *humor*, *self-destruction*, *positive reframing*, dan *self-blame*.

SARAN

Beberapa saran dapat diberikan agar pemahaman terhadap pasien MDR TB

semakin mendalam. Selama berinteraksi dengan pasien, diketahui bahwa pasien membutuhkan pendampingan secara psikologis khususnya selama menjalani pengobatan. Efek obat yang berdampak pada fisik seringkali juga berdampak pada aspek psikologis pasien sehingga jika tidak ditangani dapat menyebabkan pasien mundur dari pengobatan. Selain itu perlu juga diberikan pelatihan seperti cara berkomunikasi kepada pasien, kemampuan mendengar secara aktif (*active listening*), atau pemahaman terhadap stres dan bagaimana cara mengatasi stres kepada para anggota PETA sehingga mereka dapat membantu pasien lebih optimal khususnya dalam mendampingi pasien selama masa pengobatan.

Dukungan dari keluarga atau orang-orang terdekat pasien sangatlah penting bagi kelancaran proses pengobatan. Namun tidak dapat dipungkiri, peran *caregiver* pada pasien MDR TB juga tidak mudah karena mereka juga rentan terhadap stres yang dapat berakibat pada terhambatnya pemberian dukungan kepada pasien. Oleh karenanya, perlu adanya penelitian lanjutan kepada *caregiver* pasien MDR TB agar dukungan yang dibutuhkan pasien tetap dapat berjalan sesuai kebutuhan pasien namun kesehatan mental *caregiver* juga tetap dapat terjaga dengan baik. Selain itu, jika dilihat dari metode yang digunakan, ditemukan bahwa pasien-pasien lebih ingin untuk bercerita dibandingkan mengisi kuesioner. Mereka terkesan lebih nyaman bercerita sehingga bisa mencurahkan isi hati selama proses pengobatan. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian lanjutan terkait MDR TB dengan metode kualitatif sehingga dapat menggali dan melihat perbedaan setiap individu. Dalam

penelitian ini, belum secara rinci menjelaskan tentang kaitan etnis dengan *coping* namun dari penelitian ini peneliti memiliki dugaan bahwa faktor etnis juga mempengaruhi pemilihan *coping* dari setiap individu. Dalam penelitian terlihat, beberapa pasien yang berasal dari etnis Jawa lebih sering mengutarakan perasaannya walaupun masih dengan malu dan lebih sering mengaitkannya ke ranah agama.

DAFTAR PUSTAKA

- Aronson, E., Wilson, T.D., & Akert, R.M. (2013). *Social psychology*. (8th ed.) NJ: Pearson Education, Inc.
- Burhan, E. (2010). Tuberkulosis multi drug resistance (TB MDR). *Maj kedokt indon*. 60(12). 535 – 536
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocols too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1), 92 – 100. Abstrak diunduh dari www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/abstracts/AbBrCOPE
- Carver, C.S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review Psychology*. 61: 679 – 704 DOI: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 2667 – 283
- Cisneros, R.E., Alexanian, J., Begay, J., & Goldberg, M. (t.th). The language of humor: Navajo.
- Costa Jr, P.T., & Widiger, T.A. (2002). *Personality disorder and the five-factor model of personality*. (2nd ed.). Washington D.C.: APA
- Folkman, S. (2011). *The oxford handbook of stress, health, and coping*. NY: Oxford university press, Inc.
- Guilford, J.P., & Fruchter, B. (1978). *Fundamental statistics in psychology and education*. (6th ed.). Tokyo: McGraw-Hill, Inc.
- Halim, M.S., Derksen, J.J.L., & van der Staak, C.P.F. (2004). Development of the revised NEO personality inventory for Indonesia: A preliminary study. Dalam B.N. Setiadi, A. Supratiknya, W.J. Lonner, & Y.H. Poortinga (eds). *Ongoing themes in psychology and culture* [Versi Elektronik]. Melbourne: International Associationm for Cross-Cultural Psychology
- Hippel van, W., et al. (2005). Coping with stereotype threat: denial as an impression management strategy. *Journal of Personality and Psychology*. 89(1), 22-35
- Jackson, S.M., & Schneider, T.R. (2014). Extraversion and stress. *Psychology of Extraversion*.
- John, O.P., & Srivastava, S. (1999). The big five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of Personality: Theory and Research*. 2, 102-138
- Kasi, P.M., et al., (2008). Coping styles in patients with anxiety and

- depression. *ISRN Psychiatry*. 2012
DOI:10.5402/2012/128672
- Kanabus, A. (2017). Information about tuberculosis. *Global Health Education*. Diunduh dari <https://www.tbfacts.org/tb-hiv/>
- Kazarian, S.S., & Evans, D.R. (2001). *Handbook of cultural health psychology*. CA: Academic Press
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). *Tuberkulosis*. Diunduh dari http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin_tb.pdf
- Kementrian Kesehatan RI. (2014). *Pedoman nasional pengendalian tuberculosis*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Kumar, R., (2005). *Research methodology: A step-by-step guide for beginners*. (2nd ed.). London: SAGE Publication Ltd.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. NY: Springer Publishing Company, Inc
- Lin, T.T.C., & Tan, P.S.W. (2010). How cultural and linguistic pluralism shape humor: social construction of Singapore's humor industry. *Intercultural Communication Studies*. XIX:1
- Litman, J.A. (2006). The COPE inventory: dimensionality & relationship with approach-and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*.41. 273-284 DOI: 10.1016/j.paid.2005.11.032
- Lonner, W.J., Dinnel, D.L., Hayes, S.A., & Sattler, D.N. (Eds.). (t.th.). *Online reading in psychology and culture*. McCrae, R.R., Costa Jr, P.T., Pilar, G.H., Rolland, J.P., Parker, W.D. (1998). Cross-cultural assessment of the five factor model: The revised NEO personality inventory. *Journal of Cross-cultural Psychology*. 29, 171-188
- McCrae, R.R., & Costa Jr, P.T. (2003). *Personality in adulthood*. (2nd ed.). NY: The Guilford Press
- Pawłowski, A., Jansson, M., Skold, M., Rottenberg, M.E., Kallenius, G. (2012). Tuberculosis and HIV co-infection. *PLoS Pathog*. 8(2):e1002464
DOI:10.1371/journal.ppat.1002464
- Phan, D., (2013). *Integrating personality and coping styles in predicting well-being across cultures* (Doctoral Dissertasion). Diunduh dari https://research.wsulibs.wsu.edu/xmloi/bitstream/handle/2376/4929/Phan_ws_u_0251E_10801.pdf?sequence=1
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. (2015). *Pedoman diagnosis dan penatalaksanaan tuberculosis di Indonesia*. Diunduh dari <http://klikpdpi.com/konsensus/Xsisp/tb.pdf>
- Smith, M.M., Saklofske, D.H., Keefer, K.V., & Tremblay, P.F., (2016). Coping strategies and psychological outcomes: the moderating effects of personal resiliency. *The journal of psychology*. 150(3). 318-332
- The Australian Psychological Society. (2010). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorder: a literature review*. (3rd ed.). Victoria:

- The Australian Psychological Society Ltd.
- Thomas, B.E., et al. (2016). Psycho-socio-economic issues challenging multidrug-resistance tuberculosis patients: A systematic review. *PLOS One*, 1-15
DOI:10.1371/journal.pone.0147397
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Mauro, R.D., & Becker, J. (1985). The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26
DOI:10.1207/15327906mbr2001_1
- World Health Organization. (2012). WHO policy on collaborative TB/HIV activities: Guidelines for national programmes and other stakeholders. Diunduh dari http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44789/1/9789241503006_eng.pdf
- World Health Organization. (2015). *Global tuberculosis report*. Diunduh dari http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- World Health Organization. (2016). *Tuberculosis*. Diunduh dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>