

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skoliosis merupakan deformitas tulang belakang yang ditandai dengan lengkungan atau rotasi tulang belakang. Lengkungan dan rotasi pada skoliosis berbentuk seperti huruf "C" atau "S" (Pelealu, Angliadi, & Angliadi, 2014). Diagnosis skoliosis dapat dilakukan dengan pemeriksaan fisik, pemeriksaan postur, dan radiografi tulang belakang. Dokter melakukan diagnosa untuk menentukan jenis skoliosis, tingkat keparahan, dan perkembangan kondisi serta menentukan perawatan yang paling sesuai (Saras, 2023). Sekitar 15-20% kasus dari skoliosis tidak diketahui penyebab awalnya (idiopatik) dan 80% dialami pada anak-anak hingga remaja (Pelealu et al, 2014).

Jenis skoliosis yang paling umum adalah *Adolescent Idiopathic Scoliosis* (AIS). AIS dapat ditemukan pada anak sejak usia 10 tahun hingga kematangan pertumbuhan tulang. (Addai, Zarkos, & Bowey, 2020). Prevalensi AIS sebanyak 0.47-5.2% di dunia yang berkembang dari usia 11-18 tahun. Perbandingan antara perempuan dan laki-laki berkisar antara 1.5:1 hingga 3:1. Perempuan lebih memiliki kecenderungan kurva skoliosis bertambah dari 10 derajat hingga lebih besar dari 40 derajat daripada laki-laki (Konieczny, 2013).

Pada tahun 2018 di Solo, Jawa Tengah dilakukan *skrining* pada 1100 siswa Sekolah Menengah Pertama di seluruh Solo dan 1% ditemukan memiliki skoliosis. Laporan jumlah kasus dari Rumah Sakit Ortopedi Prof. DR. R. Soeharso Surakarta, Solo, Jawa Tengah memiliki kunjungan pasien skoliosis di poliklinik antara 300-400 pasien dengan tindakan operasi pada 95-150 pasien. Sementara itu, di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta memiliki sekitar 200-300 pasien dan operasi rekonstruksi skoliosis dilakukan tindakan operasi pada 40-60 kasus per tahunnya (Kemkes, 2021). *Skrining* skoliosis saat ini masih kurang dilakukan dan belum menjadi kebijakan sehingga menjadi salah satu faktor belum adanya angka prevalensi dan angka tingginya keterlambatan diagnosis untuk kasus skoliosis di Indonesia. Pada usia 9-12 tahun kurva skoliosis dapat berubah pesat hingga 5-10 derajat, sehingga dilakukannya skrining di usia remaja awal dapat mencegah keterlambatan diagnosis dan keparahan kelengkungan skoliosis (Aisyah, Andriane, & Bhatara, 2020).

Kelengkungan tulang belakang dari skoliosis dapat memengaruhi postur tubuh individu. *Body image* merupakan persepsi, pemikiran dan perasaan individu terkait bentuk tubuhnya (Grogan, 2021). *Body image* merupakan faktor yang paling memiliki pengaruh terhadap kualitas hidup individu dengan skoliosis (Mitsiaki, Thirios, Panagouli, Bacopoulou, Pasparakis, & Tsitsika, 2022). Hal ini dikarenakan perubahan fisik tubuh individu yang tampak melengkung atau tidak seimbang. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Schwieger, Campo, Weinstein, Dolan, Ashida, & Steuber (2016) juga mendukung bahwa *body image* yang lebih rendah pada pasien skoliosis secara signifikan berkorelasi pada kualitas hidup yang lebih rendah. Pasien skoliosis dengan kurva lebih dari 40 derajat dan menjalani jenis perawatan yang berbeda-beda memiliki *body image* yang lebih rendah dibandingkan pada pasien dengan kurva kurang dari 40 derajat.

Proses perawatan skoliosis menggunakan *bracing* melibatkan semakin buruknya *body image* yang dimiliki dan kualitas hidup individu (Cheung, Law, Yip & Cheung, 2022).

Hal ini didukung penelitian oleh Mitsiaki et al., 2022 bahwa *body image* yang dimiliki pasien skoliosis perempuan membuat individu perasaan tidak menerima kondisinya, malu, dan kesulitan untuk berinteraksi di lingkungan sosial. Proses perawatan skoliosis menggunakan brace juga meningkatkan perilaku neurotik (perasaan cemas atau sedih berlebih sebagai respon stres) pada pasien dikarenakan rasa insekuritas dan ketakutannya akan hasil perawatannya. Dampak ini juga memengaruhi perilaku interaksi pasien dengan anggota keluarganya. Penelitian yang dilakukan Rachmat (2019) mendukung bahwa ketika menggunakan brace pasien tidak dapat bergerak bebas dan ketika tidak menggunakan individu merasa malu karena bentuk tubuhnya yang terlihat tidak seimbang. Sehingga dampak dari skoliosis tidak hanya mengganggu dari segi penyakitnya, tetapi juga dari proses perawatannya.

Gejala-gejala indikasi psikologis dan fisik juga dirasakan oleh individu dewasa yang memiliki skoliosis (Freidel, Petermann, Reichel, Steiner, Warschburger, & Weiss, 2002). Hal ini didukung penelitian yang dilakukan oleh Tones et al. (2006) bahwa individu dewasa dengan skoliosis memiliki *body image* yang lebih negatif dibandingkan dengan individu dewasa tanpa skoliosis. Ditemukan bahwa individu dengan skoliosis lebih sering mengambil izin sakit dikarenakan rasa nyeri yang dirasakan pada tulang belakang. Dampak lain skoliosis seperti disabilitas, nyeri, deformitas, masalah pada paru-paru, dan gejala-gejala psikologis yang menyebabkan penurunan kualitas hidup bagi pasien (Peale et al., 2014). Penelitian Asher & Lai (2007) mendukung fakta tersebut bahwa skoliosis dapat memengaruhi kualitas hidup individu, dengan indikasi muncul perasaan cemas, depresi, dan ketidaknyamanan fisik, yang secara langsung juga memengaruhi aspek-aspek kesejahteraan sosial, fungsi fisik, dan emosi. Kualitas hidup seringkali juga disebut dengan *Quality of Life*.

Quality of Life (QoL) didefinisikan sebagai penilaian individu terkait seberapa puas atau bahagia dengan kehidupan yang dimiliki. QoL meliputi penilaian objektif dan subjektif terkait fisik, materi, sosial dan *emotional well-being*. Faktor yang memengaruhi kesehatan terhadap QoL disebut juga sebagai *Health Related Quality of Life* (HRQoL) (Lee, Chaboyer, & Wallis, 2008). *Health related quality of life* merupakan penilaian kualitas hidup dengan kesehatan dan status fungsional individu. HRQoL mencakup kesehatan fisik individu, fungsi fisik, sosial, psikologis, dan kualitas hidup. Domain utama dari penilaian HRQoL meliputi kehidupan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual (WHOQOL, 1998). Hasil penelitian yang dilakukan Tones et al. (2006) menunjukkan bahwa remaja yang mengalami skoliosis memiliki tingkat *body image* dan HRQoL yang lebih rendah dibandingkan sebayanya yang tidak mengalami skoliosis.

Model HRQoL yang dikembangkan oleh Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson (2005) menyebutkan bahwa HRQoL dipengaruhi oleh lingkungan dan faktor internal. Pengaruh lingkungan meliputi hubungan sosial dengan kerabat, keluarga, atau teman serta kenyamanan lingkungan sekitar secara fisik. Pengaruh internal yaitu *intrapersonal factors* meliputi persepsi, perasaan, dan motivasi. Hasil penelitian yang dilakukan Blascovich, Mendes, Tomaka, Salomon, & Seery (2003) mendukung bahwa faktor persepsi dan pemaknaan individu dapat memengaruhi HRQoL. Persepsi negatif individu dapat menurunkan kualitas hidupnya karena memaknakan hubungan penyakitnya dengan ancaman dan gangguan. Sebaliknya, persepsi positif yang melihat sebagai tantangan dan bertindak sebagai pendorong individu.

Persepsi dan perasaan yang dimiliki individu akan penyakit yang diderita disebut juga dengan *illness representation*. *Illness representation* mencakup kepercayaan individu terhadap penyakitnya terkait *identity*, *timeline*, *cause*, *consequences*, *controllability*, *illness coherence*, *emotion*, dan *causal representation*. *Illness representation* merupakan faktor penting dalam memprediksi kualitas hidup individu (Leventhal, Yu, & Leventhal, 2015). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Fall, Chakroun-baggioni, Bohme, Maqdasy, Izaute & Tauveron (2021) bahwa persepsi individu terkait penyakit yang diderita memiliki pengaruh pada kualitas hidupnya. Individu yang memiliki persepsi akan kontrol yang kuat merasa dapat mengatasi penyakitnya dan meningkatkan kualitas hidupnya. Hal ini juga didukung Arif (2020) yang menjelaskan dalam penelitiannya bahwa *illness representation* yang dimiliki oleh individu dapat memberikan motivasi bagi dirinya untuk berperilaku positif dalam mengelola penyakitnya dan membangun kesehatannya.

Illness representation dikembangkan oleh Leventhal dalam (Diefenbach, 1996) memiliki dua level, yaitu *cognitive level* dan *emotional level*. Pada *cognitive level*, *illness representation* individu dipengaruhi oleh pengetahuan yang baik mengenai gejala atau penyakit yang diderita. Pengetahuan kognitif tersebut menjadi faktor individu memilih cara menangani penyakit yang tepat namun, jika individu memiliki pengetahuan yang kurang terhadap penyakit yang diderita maka hal tersebut dapat menimbulkan pengambilan keputusan akan penanganan yang tidak tepat. *Illness representation* pada *emotional level* akan memengaruhi jangka waktu untuk melakukan *coping strategies*. Perasaan takut, cemas, atau depresi terhadap penyakit dapat memengaruhi cepat atau lambat individu menangani penyakitnya. Individu akan cenderung lebih cepat mengambil tindakan atau mencari bantuan kesehatan ketika merasa takut atau cemas dibandingkan tidak munculnya perasaan tersebut (Ogden, 2007). Kognitif dan emosi individu membawanya untuk menentukan *action plans* terhadap penyakit yang dideritanya (Leventhal et al., 2015).

Individu memperoleh *illness representation* melalui tiga tahap, yaitu tahap pertama *interpretation*, tahap kedua *coping*, dan tahap ketiga *appraisal*. Pada tahap *interpretation*, individu memberikan label atas gejala yang dirasakan berdasarkan kognisi yang dimiliki. Kemudian pada tahap kedua yaitu *coping*, individu memilih *coping strategies* untuk mengatasi penyakit tersebut. Setelah melaksanakan *coping strategies*, individu masuk ke tahap *appraisal* yaitu mengevaluasi *coping strategies* untuk selanjutnya menentukan kelanjutan dari *coping strategies*. *Illness representation* penting dalam membantu individu beradaptasi dan menghadapi penyakitnya dengan melibatkan pencarian penyebab dari penyakit, kemampuan untuk mengontrol penyakit dan mengembangkan *self-esteem* (Ogden, 2007).

Individu yang mengembangkan *illness representation*, ketika mempersepsikan adanya ancaman terhadap kesehatannya maka akan memilih penanganan untuk ancaman tersebut. Sebaliknya, jika individu tidak mempersepsikan suatu keadaan sebagai ancaman maka tidak akan ada pengambilan keputusan dan tindakan, sehingga penting untuk individu memahami ancaman dari kondisi kesehatannya agar dapat mengambil tindakan dengan tepat dan cepat (Mora & McAndrew, 2013). Dalam penelitian lain ditemukan bahwa individu yang mengembangkan *illness representation* akan mengarahkan diri untuk melakukan *coping strategies*. Selanjutnya individu akan

menerapkan dan mengevaluasi *coping strategies* yang telah dilakukan ke berbagai bentuk, termasuk kualitas hidup individu (Leventhal, Brissette, & Leventhal, 2003).

Setelah munculnya persepsi atas penyakitnya, maka persepsi negatif atau positif akan dipandang sebagai tantangan atau ancaman sebagai pendorong individu dalam berperilaku. Dorongan ini dapat mengarahkan individu untuk melakukan *coping strategies* terkait penyakit yang diderita (Leventhal et al., 2015). *Coping strategies* terbagi menjadi *approach coping* dan *avoidance coping*. *Approach coping* merupakan cara individu secara aktif mencari tahu, menilai dan merencanakan cara individu mengatasi *stressor*. *Avoidance coping* mengarahkan individu untuk menunda, menyerah, dan menahan pemikiran mengenai *stressor* yang membuatnya gagal membuat rencana berikutnya untuk mengatasi *stressor* (Cohen & Lazarus, 1973). *Coping strategies* dapat menentukan tindakan individu untuk memilih langkah mengatasi penyakit yang diderita (Ogden, 2007). *Approach coping* dapat memberikan individu peluang untuk mengontrol masalah. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa *avoidance coping* dapat menunda pencarian diagnostik kanker payudara dan menurunkan efektivitas intervensi perawatannya. Selanjutnya individu dengan asma yang menerapkan *approach coping* memiliki tingkat serangan asma yang lebih rendah dibandingkan yang mengacuhkan penyakit asmanya (Roth & Cohen, 1986). Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa pemilihan *coping strategies* yang tepat dapat membantu perawatan penyakit yang diderita individu sehingga memberikan hasil yang lebih baik.

Representasi individu terkait penyakitnya dan usaha individu dalam melakukan *coping* dapat memengaruhi kualitas hidup individu baik secara fisik maupun secara psikis (Cheng, Yang, Inder & Chan, 2020). Sebagian besar pasien skoliosis memiliki miskonsepsi yang signifikan terkait kondisinya yang termasuk pengetahuan pasien tentang penyebab, gejala, pengobatan, dan teknik perawatan skoliosis. *Illness representation* menjadi penentu penting individu memilih *coping strategies* perawatan skoliosis (Cheng, Lau, Chan & Kwan, 2020). Penelitian yang dilakukan oleh Cheung et al., (2022) mendapatkan bahwa banyak dari pasien skoliosis secara psikologis tidak siap melakukan perawatan *brace* saat awal dikarenakan pasien mengakui pemahaman dan informasi yang dimiliki masih kurang, yang kemudian membuat pasien menjadi pasif dalam proses perawatan. Perawatan atau pengobatan skoliosis juga membutuhkan biaya dan fasilitas yang mahal dan sulit jika skoliosis tidak segera dideteksi, ditangani dan dilakukan tindakan yang tepat (Aisyah et al., 2020). Sehingga, mengatasi kesalahpahaman pasien skoliosis dapat dilakukan dengan meningkatkan kesadaran pasien untuk melakukan pengobatan dini dan menurunkan peluang untuk keparahan lengkuan tulang (Cheng et al., 2020).

Keputusan individu untuk mengatasi kondisinya baik dengan *approach coping* yaitu melakukan pengobatan secepatnya atau *avoidance coping* yaitu tidak mengacuhkan kondisinya. Penelitian dilakukan oleh Flynn, Wersch, Schaik, Saltikov & Papastefanou (2004) bahwa penderita skoliosis dengan *approach coping* memiliki aspek psikososial yang lebih positif. Hal ini juga didukung oleh penelitian Kuhl (2006) bahwa pasien skoliosis yang menggunakan *avoidance coping* memiliki *quality of life* yang lebih rendah.

Beberapa penelitian menunjukkan hubungan antara *illness representation*, HRQoL, dan *coping strategies*. Penelitian yang dilakukan oleh Marfuah, Sandy & Arifin (2022) menemukan bahwa tidak ada hubungan *coping strategies* sebagai mediator antara

illness representation terhadap HRQoL pada penderita obesitas, namun menemukan bahwa *coping strategies approach* dan *avoidant* memiliki pengaruh pada tingkat HRQoL. Pada penelitian yang dilakukan Fan, Eiser, Ho & Lin (2012) juga menemukan bahwa representasi penyakit yang positif memengaruhi *coping* yang lebih tepat dan HRQoL yang lebih tinggi. Sedangkan pada penelitian Cheng et al. (2020) menemukan bahwa HRQoL yang rendah dipengaruhi dari tingginya *illness representation* dan *avoidant coping strategies*. Dari penelitian-penelitian tersebut memperlihatkan bahwa ketiga variabel memiliki keterkaitan. *Illness representation* yang tepat mengarahkan individu membentuk *coping strategies* dan kemudian berpengaruh pada HRQoL.

Berdasarkan pemaparan di atas, *illness representation* memiliki peran penting dalam menentukan *health related quality of life* individu, *coping strategies* menjadi penghubung antara *illness representation* dengan *health related quality of life*. Tingkat *illness representation* individu terkait penyakitnya dapat menentukan *coping strategies* yang digunakan dan memengaruhi *health related quality of life* individu. Dampak dari skoliosis dapat menurunkan kualitas hidup baik dari segi fisik maupun sosial. *Illness representation* individu terkait penyakit skoliosis yang diderita dapat menentukan pilihan individu untuk penanganan yang tepat dalam meningkatkan kualitas hidup namun di sisi lain hingga saat ini belum banyak penelitian terkait hal tersebut. Oleh karena itu, peneliti ingin melakukan penelitian mengenai pengaruh *illness representation* terhadap *health related quality of life* dengan *coping strategies* sebagai mediator pada penderita skoliosis.

1.2 Manfaat Penelitian

Penelitian ini memiliki manfaat teoritis dan praktis, yaitu sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat dalam pengembangan sumber informasi dan kajian ilmu Psikologi, khususnya Psikologi Kesehatan dalam mengungkap *illness representation*, *health related quality of life*, dan *coping strategies* skoliosis.

2. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada beberapa pihak:

1. Bagi peneliti, diharapkan dapat memberikan pengetahuan dan *insight* yang lebih mendalam mengenai *illness representation* terhadap *health-related quality of life* yang dimediasi oleh *coping strategies* pada penderita skoliosis.
2. Bagi penderita skoliosis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai pentingnya untuk merepresentasikan penyakit diderita sebagai sesuatu yang dapat memengaruhi kualitas hidup individu sehingga penderita skoliosis dapat mengambil tindakan yang tepat untuk meringankan dampak dari skoliosis.
3. Bagi tenaga kesehatan, penelitian ini dapat memberikan gambaran pentingnya untuk memahami kondisi psikologis yang dialami penderita skoliosis agar dapat diberikan pendampingan yang tepat untuk menangani kondisi kesehatan yang sedang dialami.

BAB II METODE PENELITIAN

2.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif. Penelitian kuantitatif didefinisikan sebagai metode untuk menguji teori-teori tertentu atau lebih variabel. Variabel-variabel tersebut selanjutnya diukur menjadi data yang terdiri dari angka-angka yang kemudian dianalisis dengan menggunakan prosedur statistik (Creswell, 2014). Peneliti hendak mencari pengaruh *illness representation* terhadap *health related quality of life* dengan *coping strategies* sebagai mediator pada penderita skoliosis.

2.2 Desain Penelitian

Penelitian ini dirancang dengan menggunakan desain penelitian korelasi. Penelitian korelasi yaitu penelitian yang dirancang untuk mengetahui hubungan antara variabel sesuai dengan kerangka teoritis yang telah diusulkan oleh peneliti. Penelitian ini menguji secara empiris pengaruh antara variabel *illness representation* terhadap HRQoL dengan *coping strategies* sebagai mediator pada penderita skoliosis.

2.3 Variabel Penelitian

2.3.1 Variabel Independen

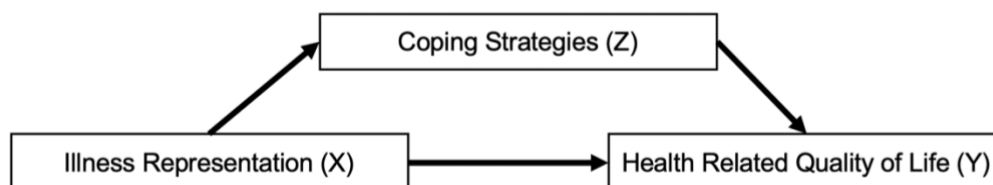
Variabel independen (X) merupakan variabel yang mempengaruhi atau sebab timbulnya variabel dependen. Variabel independen pada penelitian ini yaitu *illness representation*.

2.3.2 Variabel Dependen

Variabel dependen (Y) merupakan variabel yang dipengaruhi karena adanya variabel independen. Variabel dependen pada penelitian ini yaitu *health related quality of life*.

2.3.3 Variabel Mediator

Variabel mediator (Z) merupakan perantara hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Variabel mediator pada penelitian ini yaitu *coping strategies*, yang terbagi menjadi *approach* dan *avoidance coping*.



Gambar 1. Model hubungan variabel dalam penelitian

2.4 Definisi Operasional Variabel Penelitian

a. Variabel Independen: *Illness Representation*.

Illness representation merupakan gambaran kepercayaan individu terhadap skoliosis. Gambaran ini meliputi persepsi dan pengetahuan individu terkait skoliosis, seperti penyebab dari skoliosis, dampak dari skoliosis, kemampuan individu mengontrol, dan jangka waktu terkait penyakit skoliosis. *Illness representation* juga terkait reaksi emosional yang muncul akibat penyakit skoliosis, dapat berupa cemas, takut, marah, sedih, dan lain-lain. Semakin tinggi nilai yang diperoleh dari pengukuran skala *illness representation*, maka semakin tinggi juga *illness representation* yang dimiliki individu dan begitupun sebaliknya.

b. Variabel Dependen: *Health Related Quality of Life*

Health related quality of life pada penelitian ini merupakan gambaran kualitas hidup individu yang berkaitan dengan kondisi kesehatannya. Pada penelitian ini kondisi kesehatan yang diteliti merupakan individu dengan skoliosis. *Health related quality of life* individu diukur dari kemampuannya untuk melakukan aktivitas sehari-hari dengan kondisi kesehatan yang dimiliki. Individu dikatakan memiliki *health related quality of life* yang tinggi jika pengukuran skala *health*

related quality of life menunjukkan total skor yang tinggi, sebaliknya individu memiliki *health related quality of life* yang rendah jika memperoleh skor yang rendah.

c. Variabel Mediator: *Coping Strategies*

Coping strategies dalam penelitian ini merupakan gambaran upaya dan usaha individu dalam menghadapi penyakit skoliosis yang dimiliki. *Coping strategies* dalam penelitian ini terbagi menjadi *approach coping* dan *avoidance coping*. *Approach coping* diartikan sebagai upaya individu mengambil langkah untuk mengatasi penyakit skoliosis yang dimiliki. Sebaliknya, *avoidance coping* didefinisikan sebagai kecenderungan individu untuk menghindari dan tidak mengambil langkah untuk mengatasi penyakit skoliosis yang dimiliki. Kecendrungan *coping strategies* yang dilakukan individu dapat dilihat dari total skor 14 aspek *coping* dan dibandingkan untuk menentukan individu melakukan *approach* atau *avoidance coping strategies*.

2.5 Subjek Penelitian

2.5.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari objek maupun subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti. Hal ini dilakukan peneliti untuk mempelajari dan selanjutnya ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2017). Populasi yang digunakan pada penelitian ini adalah individu dengan penyakit skoliosis.

2.5.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini yaitu teknik *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* merupakan metode non random sampling untuk menentukan identitas sampel yang tepat dengan tujuan penelitian. Teknik ini bertujuan untuk memperoleh informasi yang dapat lebih representatif (Lenaini, 2021). Jika populasi tidak diketahui jumlahnya, maka pengambilan sampel dapat dilakukan menggunakan rumus Lemeshow (Riduwan & Akdon, 2010):

$$n = \frac{Z^2 \cdot P(1 - P)}{d^2} \quad n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5(1 - 0,5)}{0,1^2} \quad n = 96,04$$

Ket: n = Jumlah sampel

Z = Skor Z pada kepercayaan 95% = 1,96

P = Maksimal estimasi = 0,5

D = alpha (0,10) atau sampling error = 10%

Dari rumus di atas bahwa jumlah sampel yang dibutuhkan untuk penelitian ini yaitu sebanyak 97 orang. Adapun kriteria sampel pada penelitian ini sebagai berikut:

1. Individu dengan skoliosis.
2. Usia minimal 15 tahun.

2.6 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan menggunakan skala yang terdiri dari beberapa item yang diberikan kepada responden. Metode skala merupakan metode pengumpulan data yang dilakukan dengan menggunakan daftar pertanyaan (Sugiyono, 2017). Skala yang digunakan dalam penelitian ini adalah skala *Brief-Illness Perception Questionnaire* (B-IPQ), skala *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref), dan *Brief Coping Orientation to Problem Experienced* (Brief COPE). Skala akan disebar melalui *Google Form* kepada sampel melalui *link google form* yang berisi tiga alat ukur pada bagian yang berbeda.

2.6.1 Instrumen Penelitian

2.6.1.1 Skala Brief-Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)

Skala ini di konstruk dari teori Leventhal common sense model of self-regulatory. Alat ukur B-IPQ (Brief-Illness Perception Questionnaire) ditranslasi ke Bahasa Indonesia oleh Siaputra, Rasydia, Ramadhanty, & Triwijati (2014). B-IPQ digunakan untuk memperoleh persepsi, pengetahuan dan representasi emosional individu terkait penyakitnya. Alat ukur ini memuat 8 aitem dengan skala *semantic diferensial* dan 1 item kasual. Semakin tinggi hasil skor individu, maka semakin tinggi juga *illness representation* yang dimiliki individu dan begitupun sebaliknya.

Tabel 1. *Blueprint Skala Brief-Illness Perception Questionnaire*

No	Aspek	Item	Soal
1	<i>Consequence</i>	1	1
2	<i>Timeline</i>	2	1
3	<i>Personal control</i>	3	1
4	<i>Treatment control</i>	4	1
5	<i>Identity</i>	5	1
6	<i>Concern</i>	6	1
7	<i>Emotions</i>	8	1
8	<i>Illness coherence</i>	7	1
9	<i>Causal representations</i>	9	1
Total			9

2.6.1.2 Skala World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) merupakan skala yang disusun dari konsep teori quality of life WHO. Skala ini ditranslasi ke bahasa indonesia dan direvisi oleh Frederick Dermawan Purba. Alat ukur ini memuat 26 aitem yang mewakili setiap dimensi dengan bentuk skala likert. Hasil skor dari skala ini menentukan tinggi dan rendahnya kualitas hidup individu.

Tabel 2. *Blueprint Skala World Health Organization Quality of Life*

No	Aspek	Item	Soal
1	Penilaian tentang kualitas hidup secara keseluruhan	1, 2	2
2	Aktivitas sehari-hari	17	1
3	Ketergantungan obat-obatan atau pengobatan tertentu	4	1
4	Energi dan kelelahan	10	1
5	Pergerakan tubuh	15	1
6	Rasa sakit dan ketidaknyamanan	3	1
7	Kualitas tidur dan istirahat	16	1
8	Kemampuan bekerja	18	1
9	Perasaan positif	5	1
10	Proses berpikir, belajar, daya ingat dan konsentrasi	7	1
11	<i>Self-esteem</i>	19	1
12	<i>Body image</i> dan penampilan	11	1
13	Kebermaknaan hidup	6	1
14	Perasaan negatif	26	1
15	Hubungan dengan orang lain	20	1
16	Dukungan sosial	22	1
17	Aktivitas seksual	21	1
18	Rasa aman	8	1
19	Lingkungan rumah	23	1
20	Sumber keuangan	12	1

21	Ketersediaan dan kualitas layanan kesehatan	24	1
22	Kesempatan mendapatkan skill dan informasi baru	13	1
23	Partisipasi dalam kegiatan santai/rekreasional	14	1
24	Polusi	9	1
25	Transportasi	25	1
Total			26

2.6.1.3 Skala Brief Coping Orientation to Problem Experienced (Brief COPE)

Brief Coping Orientation to Problem Experienced (Brief COPE) yang ditranslasi oleh Siaputra et al. (2023). Brief COPE dikonstruksi berdasarkan teori *coping strategies* Lazarus & Folkman (1984). Alat ukur ini memuat 28 aitem untuk memperoleh *coping strategies* individu dengan empat pilihan jawaban, yaitu Tidak Pernah (TP), Kadang-kadang (KD), Cukup Sering (CS), dan Sangat Sering (SS). Hasil total skor dari skala ini akan dibandingkan untuk melihat kecenderungan *coping strategies* yang digunakan individu termasuk dalam *approach coping* atau *avoidant coping*.

Tabel 3. *Blueprint Skala Brief COPE*

No	Aspek	Item	Soal
1	<i>Active coping</i>	2, 7	2
2	<i>Planning</i>	14, 25	2
3	<i>Use of Instrumental support</i>	10, 23	2
4	<i>Acceptance</i>	20, 24	2
5	<i>Humor</i>	18, 28	2
6	<i>Religion</i>	22, 27	2
7	<i>Using emotional support</i>	5, 15	2
8	<i>Positive reframing</i>	12, 17	2
9	<i>Self distraction</i>	1, 19	2
10	<i>Denial</i>	3, 8	2
11	<i>Venting</i>	9, 21	2
12	<i>Substance use</i>	4, 11	2
13	<i>Behavioral disengagement</i>	6, 16	2
14	<i>Self-blame</i>	13, 26	2
Total			28

2.6.2 Validitas dan Reliabilitas Instrumen Penelitian

2.6.2.1 Validitas Alat Ukur

Uji validitas merupakan uji untuk mengukur ketepatan skala psikologi terhadap variabel yang diukur. Uji validitas konstruk model *confirmatory factor analysis* (CFA) untuk menguji kesesuaian antara teori sebagai dasar pengembangan konstruk skala dengan data empirik di lapangan (Azwar, 2017). Dari penelitian terdahulu skala B-IPQ memiliki nilai RMSEA 0.09 (Rias, Abiddin, Huda, Handayani, Sirait, Pien, Weng & Tsai, 2021). Kemudian skala WHOQOL-Bref setiap nilai RMSEA item bergerak diantara kisaran 0.621 - 0.753 (Handayani, 2021). Sedangkan skala Brief COPE memiliki validitas yang baik dengan nilai RMSEA 0.075 (Huda, Lin, Shaw, Hsu & Chang, 2022).

Adapun setelah melakukan uji validitas dengan data penelitian ini, diperoleh nilai validitas dari ketiga alat ukur yang digunakan. Validitas alat ukur B-IPQ memiliki nilai item yang bergerak antara 0.222 - 0.740. Validitas alat ukur WHOQOL-Bref memiliki nilai item yang bergerak antara 0.363 - 1.000. Validitas alat ukur Brief COPE memiliki nilai item yang bergerak antara 0.242 - 0.567. Dari seluruh item ketiga alat ukur yang digunakan memiliki nilai yang lebih besar daripada nilai 0,195 sehingga dapat disimpulkan bahwa setiap item valid dalam mengukur variabel.

2.6.2.2 Reliabilitas Instrumen Penelitian

Reliabilitas merupakan tolak ukur konsistensi skala dalam mengukur domain ukur dengan kriteria kelompok responden yang sama. Reliabilitas menunjukkan seberapa tinggi keakuratan pengukuran dalam memberikan hasil yang konsisten. (Azwar, 2017). Skala B-IPQ memiliki nilai *Cronbach's Alpha* 0.74 dengan domain kognitif bergerak di 0.84 dan domain emosi bergerak di 0.81 yang berarti alat ukur ini termasuk reliabel (Rias et al., 2021). Kemudian dari penelitian terdahulu skala WHOQOL-BREF versi bahasa Indonesia memiliki nilai *Cronbach's Alpha* yaitu 0,914 yang termasuk alat ukur sangat reliabel (Handayani, 2021). Sedangkan skala Brief COPE Indonesia memiliki nilai *Cronbach's Alpha* 0.82 yang termasuk alat ukur reliabel (Huda et al., 2022).

Pada penelitian ini Reliabilitas alat ukur B-IPQ memiliki nilai *Cronbach's Alpha* 0.62, alat ukur HRQOL memiliki nilai *Cronbach's Alpha* 0.87 dan alat ukur Brief COPE memiliki nilai *Cronbach's Alpha* 0.82. Alat ukur dapat dikatakan reliabel jika memiliki nilai koefisien berada pada rentang 0 - 1, semakin mendekati angka 1 maka semakin tinggi reliabilitas alat ukur tersebut (Azwar, 2017). Dari uji reliabilitas ketiga alat ukur tersebut dapat disimpulkan bahwa semua alat ukur dapat dipercaya.

2.7 Teknik Analisis Data

2.7.1 Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif digunakan untuk dapat memberikan gambaran mengenai suatu keadaan, peristiwa atau gejala tertentu dengan teratur, ringkas dan jelas. Teknik ini dapat mengukur variabel dari penelitian, sehingga dapat ditarik gambaran atau deskripsi karakteristik tertentu (Husnul, Prasetya, Sadewa, Ajimat, & Purnomo, 2020). Pada penelitian ini, variabel *illness representation* dan *health-related quality of life* menggunakan analisis deskriptif untuk mendapatkan penormaan rendah-tinggi dimensi tiap variabel. Pada variabel *coping strategies* analisis deskriptif dilakukan untuk melihat *coping strategies* yang digunakan responden. Analisis deskriptif juga digunakan untuk melihat distribusi frekuensi responden dari kelompok usia, demografi, jenis kelamin, suku, tingkat pendidikan dan status perkawinan.

2.7.2 Uji Hipotesis Penelitian

Uji hipotesis pada penelitian ini menggunakan uji *process analysis by Andrew F. Hayes*. Metode analisis ini dapat menghasilkan *output* untuk efek tidak langsung atau mediasi dari variabel serta hubungan antar variabel. Metode uji *process* dapat mengukur *indirect effect*, *direct effect*, *total effect* dan *effect size* dari variabel penelitian dengan satu kali analisis (Hayes, 2013). *Path analysis* juga dilakukan untuk mengevaluasi hasil dan memperoleh nilai besaran pengaruh.

Pada penelitian ini, uji hipotesis pertama dilakukan untuk melihat pengaruh langsung *illness representation* pada *health-related quality of life*, dan uji hipotesis kedua dilakukan untuk melihat pengaruh *illness representation* terhadap *health-related quality of life* dengan *coping strategies* sebagai mediator. Uji hipotesis *hayes process analysis* dan *path analysis* akan dilakukan menggunakan aplikasi SPSS Version 25.

Sebelum dilakukan uji hipotesis, perlu memenuhi empat uji asumsi yaitu:

1. Uji Normalitas

Sebelum melanjutkan pada analisis regresi perlu dilakukan uji normalitas. Pengujian normalitas dilakukan untuk melihat normal tidaknya suatu distribusi data. Syarat uji statistik parametrik bahwa data harus berdistribusi normal (Ghodang, 2020).

2. Uji Linearitas

Setelah uji normalitas, uji asumsi selanjutnya yang perlu dipenuhi yaitu uji linearitas. Pengujian kelinieran regresi dilakukan untuk menguji model persamaan regresi variabel Y atas variabel X (Ghodang, 2020). Hubungan linear yang dimaksudkan yaitu setiap perubahan yang terjadi pada suatu variabel maka akan terdapat perubahan yang sejajar dengan variabel lainnya (Nurgiyantoro, Gunawan, & Marzuki, 2015).

3. Uji Heteroskedastitas

Pada uji regresi linear berganda perlu terlebih dahulu memenuhi uji heteroskedastisitas. Uji heteroskedastisitas dilakukan untuk melihat bahwa varians residu perbedaan skor hasil pengukuran dan hasil prediksi tidak memiliki perbedaan (Nurgiyantoro et al., 2015)

4. Uji Multikolinieritas

Pengujian multikolineritas digunakan untuk melihat ada atau tidaknya penyimpangan asumsi klasik multikolineritas, yaitu adanya hubungan antara variabel linear dengan variabel bebas. Untuk mengetahui terjadinya multikolineritas di antara variabel bebas dapat dilakukan dengan menguji nilai VIF (*Variance Inflation Factor* atau nilai Tol (Tolerance)). Jika nilai Tol kurang dari atau sama dengan 0,1 atau nilai VIF lebih dari atau sama dengan 10, maka dikatakan terjadi multikolineritas (Ghodang, 2020). Apabila terdapat korelasi antar variabel independen—mencapai 0,8 atau lebih—hal tersebut akan menyebabkan prediksi terhadap variabel dependen menjadi bias dan lebih tidak stabil. Maka dari itu, pada analisis regresi seharusnya tidak terjadi masalah multikolineritas (Clark-Carter, 2019).

2.8 Rancangan Jadwal Penelitian

Prosedur kerja yang akan dilaksanakan dalam penelitian terdiri dari beberapa tahap, yaitu tahap persiapan, tahap pelaksanaan, tahap pengolahan data, dan tahap penyusunan laporan.

2.8.1 Tahap Persiapan

Tahap persiapan dimulai dari proses pengerjaan proposal dan persiapan instrumen penelitian. Pada tahap persiapan, peneliti melakukan bimbingan, revisi, dan mencari literatur terkait variabel penelitian. Tahapan ini peneliti juga mencari dan menyiapkan instrumen penelitian. Setelah itu, peneliti menyusun proposal dan melaksanakan seminar proposal.

2.8.2 Tahap Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan, peneliti menyebarkan skala penelitian kepada sampel untuk pengambilan data. Penyebaran data ditargetkan sesuai dengan kriteria penelitian, yaitu individu yang memiliki skoliosis. Penyebaran skala dilakukan secara *online* menggunakan *google form* dan pengisian skala dibuka dari tanggal 27 Mei - 3 Juli 2024.

2.8.3 Tahap Pengolahan Data

Tahap pengolahan data, peneliti mengolah data yang telah dikumpulkan menggunakan teknik analisis *hayes process*. Setelah itu, hasil analisis dibahas menggunakan teori-teori terkait.

2.8.4 Tahap Penyusunan Laporan

Pada tahap penyusunan laporan, peneliti menyusun laporan hasil penelitian setelah menganalisis dan menyimpulkan data. Peneliti merampungkan semua hal selama proses penelitian, melakukan pemeriksaan kembali, dan melakukan revisi sesuai arahan dosen pembimbing. Setelah itu peneliti akan memaparkan hasil penelitian kepada dosen penguji.

Tabel 4. Timeline Rancangan Jadwal Penelitian

No	Tahapan Kerja	Mei	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb
1	Tahapan Penyusunan Proposal										
2	Pengumpulan Data										
3	Pengolahan Data										
4	Penyusunan Laporan										
5	Pelaporan Hasil Penelitian										