

**LAPORAN AKHIR
KEGIATAN PENELITIAN UNGGULAN FAKULTAS
TAHUN ANGGARAN 2013**



**Pengembangan Pedoman konseling
pada pasien yang pertama kali terdiagnosa kanker**

Ketua : Ida maryati. SKp Mkep SpMater

Anggota : **Suryani SKp MHSc PhD.**

Citra Windani ambangsari Mkep

Yuyun Rahayu SKp. Mkes

Anastasia Ana SKp Mkes

Iker nurhidayah Mkep Sp Kep anak

Efri Widianti, S.Kep., Ners., M.Kep., SpKepJ.

Dibiayai oleh dana DIPA UNPAD

No. 023.3.2/189726/2013

Tanggal: 5 Desember 2012

LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT

UNIVERSITAS PADJADJARAN

NOPEMBER 2013

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit yang sudah tidak asing bagi masyarakat. Penyakit ini terkenal sebagai salah satu penyebab utama kematian di dunia. Menurut *World Health Organization* (WHO), kanker menyebabkan sebanyak 7,6 juta kematian pada tahun 2008 dan akan terus meningkat hingga 11 juta pada tahun 2030 (WHO, 2011). WHO juga menyatakan bahwa lebih dari 70% kematian akibat kanker terjadi di negara berpendapatan rendah dan menengah. Indonesia merupakan salah satu negara berkembang, berpendapatan rendah atau menengah. Dari hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007, prevalensi kanker di Indonesia adalah 4,3 per seribu penduduk. (Menteri Kesehatan, 2011).

Menurut *National Cancer Institute* atau NCI (2012), diperkirakan terdapat lebih dari enam juta penderita baru penyakit kanker setiap tahun. NCI (2012) juga memperkirakan dalam dekade ini terjadi sembilan juta kematian akibat kanker per tahun. Kanker dapat menyerang seluruh rentang usia, mulai dari usia anak sampai lansia. Dari seluruh kasus kanker yang ada, NCI (2012) memperkirakan empat persen (4%) diantaranya adalah kanker pada anak. Pada tahun 2009 saja insidensi kanker anak meningkat 11,2% dibandingkan tahun sebelumnya, dengan jenis kanker yang terbanyak adalah leukemia (NCI, 2012). Kanker juga menjadi penyakit serius pada usia dewasa baik pada laki-laki maupun wanita. NCI (2012) memperkirakan sekitar 436 per 100.000 orang akan terkena kanker dengan insidensi mortalitas cukup besar yaitu sekitar 176 per 100.000 orang. Pada wanita jenis kanker terbanyak adalah kanker payudara dan kanker serviks sedangkan pada laki-laki jenis kanker terbanyak adalah kanker prostat dan kanker paru-paru (NCI, 2012; Cancer Research UK, 2010).

Pada saat seseorang terdiagnosa kanker pada umumnya penderita akan merasakan distress emosional yang sangat berat antara lain merasakan *shock*, cemas,

distress dan depresi yang akan membaik setelah beberapa waktu kemudian, namun pada beberapa pasien kondisi distress ini dapat menetap (Grimsbø, Ruland, & Finset, 2012)(Lei, Har, & Abdullah, 2011). Menurut Meleis, et al (2000) perubahan dalam kesehatan pada diri seseorang dapat menciptakan sebuah proses transisi, dan seseorang yang berada dalam proses ini dapat menjadi sangat rentan (*vulnerable*). Hal ini diperkuat oleh pernyataan Grimsbø et al (2012) bahwa proses transisi ini dapat menjadi sumber stress, dan pada sebagian kecil penderita namun dengan hasil yang signifikan, kondisi stress atau distress psikologi ini dapat meningkat pada saat dimulai sampai berakhirnya *treatment*.

Keluarga merupakan orang yang terdekat dari pasien kanker. Menurut penelitian Lewis (1996) ada 11 respon dari keluarga terhadap kanker yang diderita pasien yaitu ketegangan emosional, pemenuhan kebutuhan fisik, ketidakpastian, ketakutan kematian pasien, perubahan gaya hidup dan peran, keuangan, cara memberikan kenyamanan pada pasien, persepsi ketidakseimbangan pelayanan yang diberikan, dan seksualitas. Respon keluarga terdekat pada pasien kanker, bahwa pasien kanker butuh dukungan, keinginan yang dalam untuk membangun hubungan dengan teman, pertemanan (Sjolander & Ahlstrom, 2012). Berdasarkan hasil penelitian Pehlivan et al (2010), dukungan sosial yang menurun berkaitan dengan meningkatnya kesepian dan kepasrahan

Pasien yang mengalami distress yaitu pengalaman emosional, psikologis, sosial ataupun spiritual yang tidak menyenangkan akan mempengaruhi kemampuan adaptasi/koping pasien terhadap pengobatan. (Pascoe et al. 2004). Selain dari beberapa aspek tersebut, informasi yang cukup bagi pasien juga dapat memfasilitasi kemampuan koping dan pengambilan keputusan mengenai pengobatan kanker. (Cassileth et al. 1980; Viha, et al. 2002; dalam Ankem, 2005)

Pada kondisi yang berat, distress dapat menyebabkan masalah seperti gangguan ansietas, depresi, panik, dan perasaan terisolasi atau krisis spiritual.(ASOPBOA, 2002; dalam Pascoe et al. 2004). Pasien kanker juga harus berjuang dalam menghadapi perubahan kehidupan domestik dan pekerjaannya. Beberapa pasien mengalami masalah aktivitas hidup sehari-hari, masalah finansial beserta masalah pekerjaan. (Strommel et al. 1993; Malone et al. 1994; Schulz et al. 1995; Van Tulder 1994; dalam Pascoe et al. 2004).

Oleh karena dampak emosional, spiritual, sosial, dan ekonomi tersebut, pemberian konseling dan perawatan paliatif berdasarkan kebutuhan pasien dan keluarganya sejak diagnosis itu sangat penting untuk dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan kemampuan copingnya (WHO, 2007). Oleh karena itu perlu adanya pedoman konseling pada pasien yang pertama kali terdiagnosa kanker, supaya para tenaga kesehatan dapat mengembangkan intervensi yang sesuai dan tepat sasaran dalam menangani pasien kanker.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Hasan Sadikin sebagai salah satu rumah sakit rujukan di provinsi Jawa Barat didapatkan bahwa pasien kanker terbesar di RSHS adalah Ca Mammae sebanyak 492 orang (Januari – Desember 2012) diikuti dengan jumlah pasien Ca Servik yaitu 151 kasus (periode 1 Januari- 31 Desember 2010) dan Ca paru sebanyak 111 pasien (periode 1 Januari – 31 Desember 2011). Kejadian kanker servik terbanyak didapatkan pada usia 46-50 tahun yaitu sebesar 19.87%, dan pada saat pertama kali didiagnosa sebagian besar pasien berada pada stadium IIIB. Pada pasien dengan Ca paru perbandingan jenis kelamin laki – laki dan perempuan 3:1. Insidensi kanker paru terbanyak terjadi pada usia 50-59 tahun yaitu sebanyak 40 orang yaitu 36.04%. berdasarkan histopatologisnya pasien dengan kanker paru diperoleh 97 orang (87.4%) menderita NSCLC (Non Small Cell Lung Cancer). Berdasarkan stadium penyakit kanker paru, sebagian besar pasien pertama kali diagnosa kanker paru pada stadium 4 (76.4%). Keluhan utama yang membuat pasien datang berobat adalah sebagian besar karena sesak nafas yaitu 63.9%. Berdasarkan wawancara terhadap 10 orang pasien kanker diketahui bahwa perawat belum pernah memberikan konseling secara terstruktur pada pasien dengan kanker sehingga pasien yang di diagnosa kanker merasa sendiri, tidak berdaya, putus asa, bingung dan tidak tahu apa yang harus dilakukan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang sudah diuraikan di atas, dianggap penting untuk menyusun model konseling pada pasien kanker, maka peneliti membuat suatu rumusan masalah: ” Bagaimana pedoman konseling bagi pasien yang pertama kali terdiagnosa Kanker ?” .

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengembangkan pedoman konseling pasien yang pertama kali terdiagnosa Kanker

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kebutuhan konseling pasien yang pertama kali terdiagnosa Kanker
2. Mengembangkan prosedur konseling pasien yang pertama kali terdiagnosa Kanker
3. Mengujicobakan prosedur konseling pasien yang pertama kali terdiagnosa Kanker
4. Mengevaluasi prosedur konseling pasien yang pertama kali terdiagnosa Kanker

1.4 Luaran dan manfaat penelitian

Luaran dari penelitian ini adalah terciptanya pedoman konseling bagi pasien yang pertama kali terdiagnosa Kanker. Pedoman konseling ini dapat membantu pasien kanker. Selain itu, luaran dari penelitian ini menjadikan pedoman konseling bagi pasien yang pertama kali terdiagnosa kanker sebagai Hak Kekayaan Intelektual (HKI) dan melaksanakan publikasi hasil penelitian di jurnal internasional.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

Pada bab kajian pustaka ini akan dibahas konsep dan teori tentang kanker, yang meliputi pengertian dan gambaran umum kanker, kanker di sepanjang rentang usia, dampak kanker, dan intervensi holistik pada pasien kanker. Kemudian akan dibahas pula tentang Konseling, yang meliputi pengertian, teori model konseling, faktor yang mempengaruhi konseling serta bentuk dan konseling pada orang dewasa. Terakhir akan dibahas adalah konseling pada pasien kanker.

2.1 KANKER

2.1.1 Pengertian Kanker

Kanker merupakan keadaan dimana terdapat pertumbuhan sel yang berlebihan secara abnormal. Hal ini berkembang karena terjadi suatu perubahan dalam DNA (deoxyribonucleic acid). Sel kanker tumbuh lebih cepat dibanding sel normal, sehingga sel kanker mengejar sel normal dan akhirnya menimbulkan gejala-gejala. (Howell DL, 2008).

Secara umum kanker dibagi menjadi lima tipe berdasarkan jenis jaringan yang terkena, yaitu (1) carcinoma, kanker yang terjadi pada jaringan kulit dan system organ seperti saluran pencernaan, pernafasan dan saluran reproduksi, (2) melanomas, kanker pada kulit khususnya yang menghasilkan pigmen kulit atau melanin, (3) lymphoma, yaitu kanker pada system limfe atau kelenjar getah bening, (4) sarcoma, yaitu kanker ganas pada tulang, otot dan jaringan penyokong lainnya, (5) Leukemia, yaitu kanker pada organ pembentuk darah seperti sumsum tulang belakang, yang akan mencetuskan pada pembelahan sel darah putih yang ekstrim.

2.1.2 Gambaran Umum tentang Kanker

Gejala fisik yang sering dikeluhkan oleh pasien dengan kanker serviks adalah anemia, nyeri, penurunan berat badan, edema tungkai, nyeri panggul atau tungkai bawah, perdarahan pervagina, sesak dan pembesaran kelenjar getah bening. (Nursing & Source, 2005). Data dari National Health Interview Survey (NHIS) mengenai aktivitas fisik pada klien yang bertahan dari kanker ginekologi, seperti kanker leher rahim, endometrium, dan ovarium menunjukkan 26% penderita kanker serviks memiliki aktivitas fisik yang rendah dan 6% aktivitas fisiknya lebih rendah dari penderita kanker payudara (Kwon, Hou, & Wang, 2012).

2.1.3 Kanker di Sepanjang Rentang Usia

Kanker pada seluruh rentang usia sangat bergantung pada lokasi, stadium, dan kondisi dari individu itu sendiri. Terdapat kecenderungan anak dengan usia 14 tahun kebawah mengalami peningkatan insidensi dari seluruh neoplasma maligna rata-rata sebesar 1% setiap tahunnya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Gurney, *et al* (1998) terjadi peningkatan rata-rata 2% atau lebih pada kejadian tumor astroglial, rhabdomyosarcoma, germ cell tumor, dan osteosarcoma. Tumor astroglial dan rhabdomyosarcoma banyak terjadi pada anak usia dibawah 3 tahun, dan retinoblastoma juga neuroblastoma terjadi pada anak pada tahun pertama kehidupan. Peningkatan persentase pada acute lymphoid leukemia tidak secara spesifik dihubungkan dengan usia, meskipun banyak terjadi pada usia anak dibawah 2 tahun. Selain itu, didapatkan insidensi yang kecil juga pada kejadian Wilms' tumor, primitive neuroectodermal tumor atau hematopoietic neoplasma disamping acute lymphoid leukemia.

Jenis kanker pada usia remaja dan dewasa sangat bervariasi. *American Cancer Society* (2013) menyatakan terjadi peningkatan jumlah kanker selama 10 tahun terakhir (2000-2009) yaitu chronic myeloid leukemia (8,4%), kanker pada abdomen (3,1%), dan colorectal (3%). Selain itu, berdasarkan penelitian Siegel, Naishadham, Jemal (2013) terjadi peningkatan pula pada kanker usia ini baik pria dan wanita seperti kanker hati, payudara, dan prostat.

Angka kesakitan pada usia lanjut sangat berkaitan erat dengan dengan kejadian kanker paru, colorectal, dan prostat. Penelitian Jogersen, Hallas, Friis,

Herrstedt (2012) mengungkapkan bahwa kesakitan yang berat pada usia lanjut dihubungkan dengan angka kematian pada pasien kanker paru, colorectal, prostat dengan ratio 1,51:1.41:2,14. Angka kesakitan ini tidak mempengaruhi kematian kanker yang spesifik pada usia lanjut.

2.1.4 Dampak Sosial dan Spiritual pada Pasien Kanker

Burish (1987) dalam Sarafino (2006) mengungkapkan bahwa kanker merupakan penyakit yang dapat memunculkan banyak emosi negatif (respon psikologis negatif), karena dampak yang tidak menyenangkan terhadap fisik maupun akibat pengobatan yang diberikan, serta memerlukan waktu pengobatan yang lama. Selanjutnya kanker juga sering dianggap penyakit yang menakutkan bagi semua orang, serta sering dihubungkan dengan kematian. Respon psikologis yang dapat muncul pada penderita kanker menurut Grimsbø, Ruland, dan Finset(2012) antara lain berupa, *shock*, mati rasa (*emotional numbness*), cemas, dan atau depresi. Lebih lanjut disebutkan bahwa ada banyak faktor yang mempengaruhi respon psikologis pada penderita kanker diantaranya adalah *stage* penyakit, pilihan *treatment* (seperti pembedahan, radiasi dan atau kemoterapi), efek samping *treatment*, coping, umur, kepercayaan spiritual, respon terhadap stress, serta ada atau tidak adanya dukungan interpersonal. Selain itu, diagnosa kanker itu sendiri dapat menjadi faktor utama yang menyebabkan penurunan kualitas hidup pada penderita kanker yang baru terdiagnosa, meliputi penurunan kualitas hidup dalam fisik, psikologis, sosial dan material (lingkungan rumah, finansial dll) (Lu et al., 2007).

Dalam dimensi spiritual kanker dapat mengakibatkan *spiritual distress* atau *spiritual pain*. Menurut Mcgrath (2004) pada fase awal seseorang didiagnosa menderita penyakit yang mengancam jiwanya kemudian menjalani berbagai *treatment* pengobatan yang menyakitkan dan menghadapi resiko yang besar dengan tindakan medis yang dijalannya akan mengakibatkan timbulnya *distress spiritual*. Distress ini bahkan dapat membuat seseorang berpikir untuk melakukan bunuh diri karena mereka menganggap bahwa hidupnya sudah tidak memiliki arti. Seiring dengan perjalanan spiritualnya menurut Mcgrath (2004), kondisi ini akan mendorong seseorang untuk dapat mengeksplorasi kehidupannya dan menyadari betapa rapuhnya dirinya dan ini akan mendorong seseorang untuk

berpikir lebih jauh lagi tentang arti dan tujuan hidup mereka. Jika coping yang dilakukan berhasil maka perjalanan ini akan berakhir pada ditemukannya “*spiritual comfort*”.

2.1.5 Intervensi holistik bagi pasien kanker

Prognosis kanker bervariasi pada tiap individu, tergantung pada saat diagnosis, artinya terdiagnosis secara dini atau tidak, serta tergantung pada lokasi kanker itu sendiri. Namun demikian intervensi pada pasien kanker secara umum harus meliputi aspek fisiologis klinis dan psikologis, sehingga intervensi secara holistik dapat diberikan dalam upaya mencapai tujuan umum pengobatan kanker yaitu agar pasien dapat bertahan hidup (*survive*).

Intervensi kesehatan klinis bertujuan untuk mengobati penyakit dan mengatasi dampak terhadap berbagai sistem tubuh. Pada dasarnya ada tiga jenis treatment untuk kanker yaitu pembedahan, radiasi dan kemoterapi.

Selain intervensi kesehatan klinis, intervensi psikologis berperan penting dalam upaya mencapai survival pasien kanker. Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa terdapat hubungan positif antara aspek psikologis dan aspek fisik, artinya kondisi psikologis yang positif dapat meningkatkan kondisi fisik seseorang. Fawzy, Cousins et al, (1990), serta Fawzy, Kemeny et.al, (1990), menunjukkan bahwa pasien kanker yang mendapat intervensi psikologis memiliki usia 18 bulan lebih lama hidupnya dibanding yang tidak mendapatkan intervensi. Kemudian juga menurut Fawzy (1993) pasien kanker setelah mendapatkan intervensi psikologis yang kemudian dilakukan assesment setelah 6 bulan, ternyata pasien mempunyai fungsi imun yang lebih baik, memiliki perilaku coping yang lebih baik, dan tingkat depresi yang lebih rendah dibanding kelompok kontrol. Namun demikian, Cunningham et.al (1998) dan Edelman et al (1999) menunjukkan melalui penelitiannya bahwa intervensi psikososial tidak menunjukkan hasil. Kemudian menurut Chow, Tsao & Harth (2004) menemukan bahwa intervensi psikososial tidak memperpanjang usia pasien kanker. Walaupun terdapat perbedaan hasil, jika intervensi psikososial diberikan dan meningkatkan survival pasien kanker, hal itu disebabkan oleh terjadinya peningkatan fungsi imun dan mengurangi reaksi stress (Andersen, Farrar et.al., 1998; Cruess et.al. 2000).

Pendekatan psikologis untuk membantu kemampuan coping positif pasien dapat dimulai sejak tahap diagnostik oleh tim medis (Roberts et.al yang dikutip oleh Sarafino, 2008). Selanjutnya berbagai intervensi psikososial yang terbukti telah dapat membantu pasien kanker dalam menjalani hari-harinya selama masa kesulitan. Diantara intervensi tersebut diantaranya adalah treatment yang berbasis pada perilaku dan kognitif yang dapat meliputi relaksasi dan training penyelesaian masalah / problem-solving training (Dalton, 2003). Selain itu, ada juga intervensi berupa program manajemen stress berdasarkan aspek perilaku dan kognitif, yang meningkatkan penyesuaian dengan dua cara yaitu mengurangi prevalensi depresi dan meningkatkan strategi penilaian positif terhadap masalah (*positive reappraisal strategies*), misalnya melihat kanker dari sudut pandang positif (Antoni, et.al., 2001; Mc Gregor et.al., 2004).

Bila dilihat dari berbagai intervensi psikologis yang ada, keberhasilan intervensi tersebut tidak lepas dari keterlibatan pasien kanker sendiri. Pasien perlu berperan aktif secara kognitif dan perilaku. Metode yang tepat untuk meningkatkan dan menggali potensi diri pasien adalah dengan konseling yang baik.

2.2 KONSELING

2.2.1 Pengertian

Menurut *American Counseling Association* (ACA), konseling adalah aplikasi dari prinsip-prinsip kesehatan mental, psikologi, atau perkembangan manusia melalui intervensi kognitif, afektif, behavioral atau sistemik, strategi yang memperhatikan kesejahteraan (*wellness*), pertumbuhan pribadi, atau pengembangan karier, tetapi juga patologi. Istilah konseling (*counseling*) sering disamaartikan dengan istilah penyuluhan (*guidance*) dan terapi (*psychotherapy*). Gladding (2004) berpendapat bahwa terdapat perbedaan antara konseling, penyuluhan dan terapi. Perbedaan tersebut adalah sebagai berikut :

a. Konseling

Terkait dengan definisi konseling dari ACA yang disebutkan diatas, maka konseling berkaitan dengan hal-hal :

- Keprihatinan pada kesejahteraan, pertumbuhan pribadi, karier dan juga patologi. Artinya, konseling berkaitan dengan bidang-bidang yang

melibatkan hubungan antar manusia dan hubungan dengan dirinya sendiri, penemuan makna hidup dan penyesuaian dalam berbagai situasi.

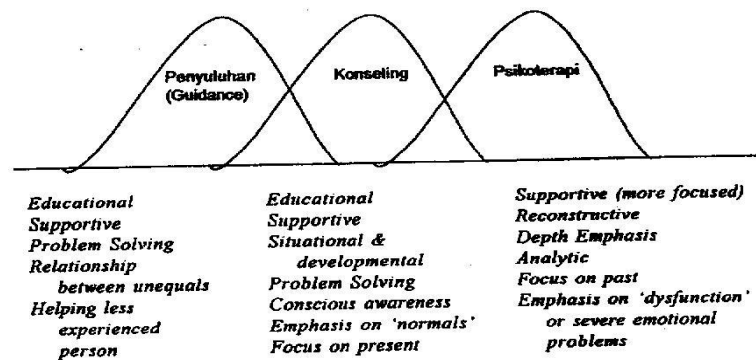
- Untuk orang-orang yang dianggap masih berfungsi normal (*within the "normal range of function"*)
- Berdasar teori dan berlangsung dalam setting (tatanan) yang terstruktur
- Proses dimana klien belajar bagaimana membuat keputusan dan memformulasikan cara baru untuk bertindak laku, merasa dan berpikir (berhubungan dengan pilihan dan perubahan).

b. *Guidance* (Penyuluhan) terkait dengan:

- Membantu individu untuk memilih apa yang mereka anggap paling penting – *what they value most*
- Adanya hubungan antara orang-orang yang tidak setara (*unequals*) seperti misalnya antara guru-murid, orangtua-anak, ulama – pendeta - pastor dengan umatnya, pembina pramuka dengan anak didiknya dan lain-lain.
- Membantu orang yang kurang mempunyai pengalaman untuk menemukan arah dalam hidupnya.

c. Psikoterapi terkait dengan hal berikut :

- Berhubungan dengan masalah gangguan jiwa yang lebih serius
- Lebih menekankan pada yang lalu daripada yang sekarang
- Lebih menekankan pada insight daripada perubahan (*change*)
- Terapis menyembunyikan dan tidak memberikan nilai-nilai dan perasaan
- Peran therapist lebih sebagai ahli dan bukan sebagai *sharing partner*
- Perubahan-perubahan rekonstruktif
- Hubungan jangka panjang (20 – 40 sesi)



Gambar 1. Guidance, Konseling dan Psikoterapi (Modifikasi dari Brammer, Abergó & Shostrom, 1993, dikutip dari Lesmana, 2008)

2.2.2 Teori Model Konseling

Terdapat berbagai teori yang dapat digunakan sebagai landasan dan pendekatan oleh seorang konselor yang melakukan konseling (Lesmana, 2008). Teori-teori tersebut diantaranya adalah pendekatan psikoanalitik, humanistik, behavioral, kognitif dan behavioral, serta pendekatan sistem.

2.2.2.1 Pendekatan Psikoanalitik

Pendekatan psikoanalitik menekankan pentingnya riwayat hidup klien (perkembangan psikoseksual), pengaruh dari impuls-impuls genetik (instink), energi hidup (libido), pengaruh dari pengalaman dini kepada kepribadian individu, serta irrasionalitas dan sumber-sumber tak sadar dari tingkah laku manusia. Konsep psikoanalitik mengenai taraf kesadaran merupakan kontribusi yang sangat signifikan. Menurut Freud, yang tidak disadari merupakan bagian terbesar dari kepribadian dan mempunyai pengaruh yang sangat kuat pada tingkah laku individu. Esensi dari pendekatan teori ini adalah analisis terhadap perasaan-perasaan klien. Perasaan klien dianggap sebagai produk dari perasaan yang diasosiasikan dengan orang-orang penting lain dalam masa lalunya. Salah satu fungsi sentral analisis adalah membantu klien memperoleh kesadaran diri, kejujuran dan hubungan pribadi yang lebih efektif, dapat mengendalikan anxietas

dengan cara realistik, dan dapat mengendalikan tingkah laku impulsif dan irrasional.

2.2.2.2 Pendekatan Humanistik

Pendekatan humanistik memfokuskan pada potensi individu untuk secara aktif memilih dan membuat keputusan tentang hal-hal yang berkaitan dengan dirinya sendiri dan lingkungannya. Peran konselor pada pendekatan ini bersifat holistik dan berakar pada cara mereka berada dan sikap-sikap mereka, tidak pada teknik-teknik yang dirancang agar klien melakukan sesuatu. Sikap terapis memfasilitasi perubahan pada klien dan bukan pengetahuan, teori, atau teknik-teknik yang mereka miliki. Artinya, kualitas hubungan konseling jauh lebih penting daripada teknik. Konselor adalah fasilitator dan kesabaran adalah esensial. Rogers dalam Lesmana (2008) menyatakan bahwa ada tiga kondisi yang perlu dan sudah cukup untuk konseling, yaitu empathy, positive regard (acceptance), dan congruence (genuineness).

2.2.2.3 Pendekatan Behavioral

Pendekatan behavioral merupakan pilihan untuk membantu klien yang mempunyai masalah spesifik seperti gangguan makan, penyalahgunaan zat dan disfungsi psikoseksual. Juga bermanfaat untuk membantu gangguan yang diasosiasikan dengan anxietas, stress, asertivitas, berfungsi sebagai orangtua dan interaksi sosial (Gladding, 2004). Pada umumnya konselor yang mempunyai orientasi behavioral bersikap aktif dalam sesi-sesi konseling. Konselor berfungsi sebagai konsultan, guru, penasihat, pemberi dukungan dan fasilitator.

Konseling Kognitif dan Kognitif Behavioral

Pendekatan behavioral menekankan pada perubahan tingkah laku. Teknik-tekniknya ditujukan untuk mengubah tingkah laku seseorang. Pendekatan kognitif, memfokuskan pada kognisi, teknik-tekniknya pun berusaha mengubah kognisi yang salah.

2.2.2.4 Pendekatan Sistem

Pendekatan sistem menekankan cara yang lebih kontekstual dalam memandang tingkah laku, berbeda dengan pendekatan sebelumnya yang lebih

menekankan pada asumsi-asumsi individu. Menurut teori sistem, setiap organisme yang hidup terdiri dari komponen-komponen yang saling berinteraksi, komponen yang saling memengaruhi satu sama lain. Maka, fokus teori sistem umum adalah bagaimana interaksi dari bagian-bagian ini memengaruhi kerja sistem sebagai keseluruhan.

2.2.3.Faktor-faktor yang Memengaruhi Proses Konseling

Menurut Gladding (1992, 2004), terdapat 5 faktor yang mendukung konseling, yaitu : struktur, inisiatif, tatanan (setting) fisik, kualitas klien dan kualitas konselor.

2.2.3.1 Struktur

Struktur merupakan pemahaman bersama antara konselor dan klien mengenai karakteristik, kondisi, prosedur dan parameter konseling. Struktur membantu memperjelas hubungan antara konselor dan klien, memberinya arah, melindungi hak masing-masing, peran dan obligasi-obligasi baik dari konselor maupun klien dan menjamin konseling yang sukses. Struktur ada sepanjang konseling, tetapi yang paling penting adalah pada bagian awal. Terlalu banyak struktur bisa sama menghambatnya seperti kalau tidak ada struktur. Brammer (1993) mengatakan bahwa memberi struktur sama dengan memberi orientasi kerangka kerja untuk terapi. Dengan struktur, klien merasakan adanya rencana yang rasional, merupakan peta jalan konseling, menjelaskan tanggungjawab dalam penggunaan peta tersebut, dan mengurangi ambiguitas dalam hubungan tersebut.

Pedoman Praktis struktur mencakup :

- Time limits (misalnya lamanya sesi 50 menit)
- Action limits (untuk mencegah tingkah laku destruktif)
- Role limits (apa yang diharapkan dari masing-masing pelaku)
- Procedural limits (dimana klien diberi tanggungjawab untuk menghadapi suatu sasaran atau kebutuhan spesifik)
- Fee schedules (terkait pembayaran)

2.2.3.2 Inisiatif

Inisiatif dilihat sebagai motivasi untuk berubah. Latar belakang motivasi klien dalam melakukan konseling sangat bervariasi. Secara umum mereka terdiri dari klien yang enggan (reluctant) yaitu yang melakukan konseling atas dorongan atau rujukan orang lain atau pihak ketiga, serta klien yang lainnya adalah yang dikenal dengan istilah resistan, yaitu klien yang menolak perubahan. Individu resistan ini mungkin mereka sendiri yang menghendaki konseling, walaupun mungkin mereka sendiri tidak mengambil keputusan untuk menyelesaikan masalah.

2.2.3.3 Setting (Tatanan) Fisik

Konseling dapat terjadi dimana saja, tetapi tatanan (setting) fisik yang nyaman dapat meningkatkan proses menjadi lebih baik. Salah satu hal yang dapat membantu atau merugikan proses konseling adalah tempat dimana konseling itu berlangsung. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam mengatur setting ini misalnya penerangan yang lembut, warna ruangan yang menenangkan, tidak berantakan, erabatan nyaman, suhu tidak terlalu panas atau dingin, tidak ribut, jarak antara konselor – klien yang nyaman (sekitar 30 – 39 inchi). Selain itu, tidak boleh ada interupsi bila konselor sedang ada dalam sesi, termasuk telepon. Tatanan fisik ini perlu diperhatikan, karena dapat membantu menciptakan iklim psikologis yang kondusif untuk konseling.

2.2.3.4 Kualitas Klien

Cara konselor dan klien saling mempersepsi adalah sesuatu yang vital untuk membentuk hubungan yang produktif. Selain peran konselor, kualitas klien penting dalam menentukan hubungan produktif. Kualitas klien bisa dilihat dari aspek karakteristik klien. Secara tradisional, jenis klien yang dianggap akan sukses dalam konseling adalah yang mempunyai ciri yang disingkat dengan YAVIS

(Young, Attractive, Verbal, Intelligent, Successful). Selain itu, faktor lain yang memegang peran penting adalah kesiapan klien untuk berubah.

2.2.3.5 Kualitas Konselor

Konselor yang berkualitas sangat mendukung berhasilnya konseling. Beberapa karakteristik yang harus dipenuhi oleh seorang konselor supaya dapat membantu terjadinya perubahan dalam diri klien adalah empati, ahli, menarik, dapat dipercaya, self-awareness, kejujuran, kongruensi, kemampuan untuk berkomunikasi dan pengetahuan (Rogers, 1971; Gladding, 1992; Lesmana, 2008).

2.2.4 Bentuk dan Cara Konseling pada orang dewasa

Bentuk dan cara konseling dapat berbeda penerapannya pada individu berdasarkan tingkat usia. Pada umumnya bentuk konseling pada orang dewasa adalah dengan menggunakan komunikasi verbal langsung dalam kelompok atau secara individual, karena perkembangan orang dewasa sudah sedemikian rupa sehingga bahasa adalah sarana komunikasi yang efektif. Menurut Lesmana (2008), orang dewasa datang untuk konseling karena ingin mendapatkan bantuan dalam hal berikut :

- Pemecahan masalah dan pengambilan keputusan (misalnya masalah perkawinan, keluarga, masalah dalam pekerjaan)
- Pertumbuhan yang maksimum (mengoptimalkan potensi yang dimiliki)
- Adaptasi terhadap perubahan (misalnya perceraian, usia tua, menurunnya potensi)
- Hubungan interpersonal yang efektif (misalnya menjalin hubungan intim dengan orang lain, dengan atasan, bawahan, sejawat).

2. 3 Konseling bagi Pasien Kanker

Sebagaimana telah dibahas pada bagian sebelumnya, konseling merupakan komponen yang sangat penting sebagai upaya memberikan edukasi dan mendampingi pasien dengan kanker melewati masa – masa krisis dan *depressive*. Terdapat beberapa manfaat konseling dalam perawatan pasien diantaranya adalah konseling dapat memperbaiki coping pada pasien dengan

penyakit kronis (Gifford, Laurent, Gonzalez, Chesney & Loring, 1998; Kurlowicz, 1998 dalam (Lev & Owen, 2000). Selain hal tersebut sebagian besar pasien yang mendapatkan konseling (biopsikososial) dari petugas kesehatan dapat meningkatkan kemandirian dan kesadaran dalam menjalani proses rehabilitasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (Lev & Owen, 2000).

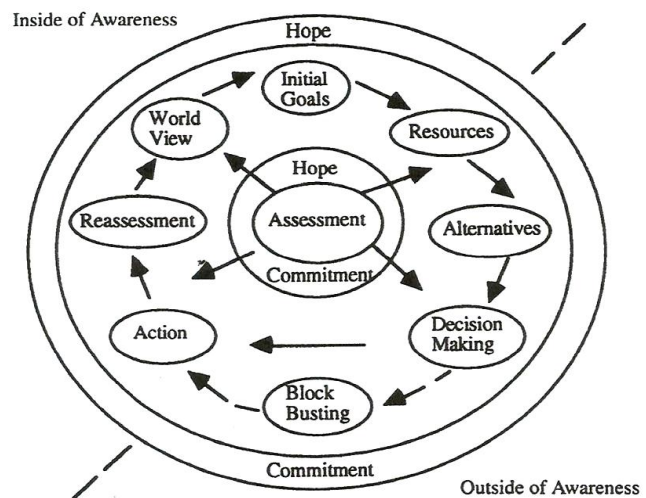
Idealnya, pasien yang baru didiagnosis kanker perlu dilakukan skrining kesehatan mental (goodtherapy.org/therapy-for-cancer). Hal ini dapat bermanfaat untuk mengidentifikasi area potensial pasien dan juga membiasakan pasien dan keluarga untuk terlibat sejak awal mengelola aspek psikologis secara sehat. Konseling dapat membantu dan memberi kesempatan pada pasien untuk mengungkap semua masalah yang dirasakan dan menemukan cara mengatasi masalah tersebut (www.cancerqld.org.au).

D'Zurilla (1986) dalam Jevne et al (1998) mengusung konseling pada pasien kanker dengan menggunakan pendekatan yang berorientasi pada masalah (*problem-oriented framework*). Pendekatan yang hanya berorientasi pada masalah dianggap model tradisional. Berbeda dengan D'Zurilla, Jevne et. al (1998) mengembangkan model konseling bagi pasien kanker dengan mengintegrasikan suatu pendekatan problem solving (*problem-solving approach*) yang berpusat pada manusia (*person-centered*) - dalam hal ini pasien kanker nya itu sendiri, dan berada dalam kerangka biopsikososial. Jadi, dengan model ini, dapat membuat mind set yang diharapkan dengan mengaitkan mereka dengan pengalamannya yang menyakitkan dan menyulitkan.

Model konseling yang dikembangkan oleh Jevne pada pasien dengan kanker ini terdiri dari 9 fase antara lain :

- a. menggali harapan dan komitmen pasien terhadap masalah yang dihadapi (*exploration and enhancement of the patient's level of hope and commitment*)
- b. mengkaji pemahaman pasien tentang masalah yang dihadapi (*assessment of the patient's world view*)
- c. mengidentifikasi tujuan (*identification of initial goal*)
- d. mengumpulkan sumber referensi (*compilation of a resource inventory*)
- e. mengembangkan alternatif penyelesaian (*development of a repertoire of alternatives*)

- f. mengambil keputusan (*decision-making*)
- g. memblokir penghalang (*block-busting*)
- h. pelaksanaan konseling (*action planning*)
- i. evaluasi tujuan awal (*reassessment*).



Gambar 2 Model konseling berpusat pada pasien kanker (A patient-centred counselling model within the context of cancer, diakutip dari Jevne, 1998)

BAB III

METODE PENELITIAN

Padabab ini akan dibahas bagaimana metode dalam melakukan penelitian tentang pengembangan pedoman konseling pada pasien yang pertama kali terdiagnosa kanker. Penelitian ini merupakan tahap pertama dari 2 tahap yang direncanakan. Tahap pertama adalah tahap pengembangan pedoman. Sedangkan tahap kedua yang rencana akan dilakukan pada tahun kedua adalah tahap uji coba atau *pilot project* dan evaluasi. Maka dalam bab ini hanya akan dibahas metode penelitian yang telah dilakukan pada tahap I. Pembahasan metode ini meliputi lima aspek yaitu rancangan penelitian, partisipan, prosedur penelitian, analisa data dan etika penelitian.

3.1 RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian tahap satu ini bertujuan untuk menggali kebutuhan konseling pada penderita kanker, maka jenis penelitian pada tahap ini menggunakan metode deskriptif kualitatif. Penelitian kualitatif bertujuan untuk menjelaskan apa yang dialami oleh seseorang dalam kehidupan kesehariannya (Liamputong & Ezzy, 2005).

Selain itu, Poerwandari (2007) menyatakan bahwa pendekatan kualitatif adalah penelitian yang menghasilkan dan mengolah data yang bersifat deskriptif. Hasil penelitian nantinya dideskripsikan untuk menjawab pertanyaan permasalahan yang diteliti. Penelitian kualitatif juga mengutamakan kekuatan narasi, bersifat alamiah, berorientasi logika induktif dan eksploratif, menggunakan lapangan sebagai aktivitas sentral. Penelitian kualitatif menggunakan pendekatan holistik agar diperoleh pemahaman menyeluruh dan utuh tentang fenomena yang diteliti serta menampilkan kedalaman dan detail karena fokusnya pada penyelidikan mendalam pada sejumlah kasus kecil.

Pendekatan kualitatif yang digunakan dalam penelitian ini adalah untuk menggali kebutuhan konseling pada pasien kanker waktu pertama kali mengetahui bahwa mereka menderita kanker. Penelitian ini menggunakan metode pengambilan

data dengan teknik *focus group discussion* (FGD) atau diskusi kelompok terfokus. Terdapat unsur penting dalam FGD yaitu :

1. Partisipan

Partisipan dalam FGD terdiri dari 6 – 8 orang untuk tiap sessinya.

2. Data kualitatif

Diskusi kelompok terfokus menghasilkan data kualitatif yang terkait dengan persepsi, pengalaman, harapan dan opini peserta tentang konseling yang dibutuhkan bagi pasien kanker sewaktu pertama kali mengetahui bahwa mereka menderita kanker. Pada proses ini peneliti berperan sebagai moderator.

3. Diskusi terfokus

Kegiatan FGD berjalan sesuai panduan yang mengikuti teori Richard Krueger dalam buku *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*, yang diterbitkan Sage Publishing, edisi revisi ke-4, tahun 2009.

4. Voice recorder

Pelaksanaan FGD direkam dengan menggunakan perekam suara atau voice recorder. Sebelumnya informan diberitahu bahwa FGD akan direkam, dan alat perekam dipastikan ready untuk merekam.

3.2 SUBYEK PENELITIAN

3.2.1 Karakteristik Subyek

Dengan focus pada kedalaman proses, penelitian kualitatif cenderung dilakukan dalam jumlah yang sedikit. Menurut Poerwandari (2007) tidak terdapat aturan yang pasti mengenai jumlah responden dalam studi kualitatif. Sesuai dengan permasalahan dan tujuan penelitian, maka subyek yang dipilih adalah pasien yang baru pertama kali didiagnosa kanker. Jenis kanker yang dipilih berdasarkan jumlah kanker terbanyak yaitu kanker cervix dan kanker payudara (*ca mammae*). Berdasarkan data rekam medik di rumah sakit terdapat kasus Ca Mammae sebanyak 492 orang (Januari – Desember 2012), pasien Ca Servik yaitu 151 kasus (periode 1 Januari- 31 Desember 2010).

3.2.2 Cara Pengambilan Subyek

Perbedaan penelitian kualitatif dan kuantitatif sangat jelas terlihat pada cara pengambilan sampelnya (Patton, 2002). Dalam penelitian ini peneliti mengambil sampel berdasarkan focus pada intensitas yaitu mengambil data yang kaya akan fenomena tertentu dan sampel yang diambil diperkirakan dapat mewakili fenomena tersebut dengan intens (Purwandari,2007)

3.2.3 Jumlah Subyek

Purwandari (2007) menyebutkan bahwa didalam penelitian kualitatif tidak ada aturan yang pasti mengenai jumlah sampel. Jumlah sampel ini tergantung pada apa yang ingin diketahui peneliti, tujuan penelitian, konteks penelitian, apa yang dianggap bermanfaat dan dapat dilakukan sesuai dengan waktu serta sumber daya yang tersedia.

Hal-hal yang berkaitan dengan validitas , kedalaman arti dan pemahaman yang dimunculkan melalui penelitian kualitatif lebih berhubungan dengan kekayaan informasi dari kasus dan sampel yang dipilih daripada tergantung pada jumlah sampel (Patton 2002). Berdasarkan pertimbangan tersebut, peneliti mendapatkan 12 orang subyek yang terdiri dari 6 orang pasien Kanker Cervix dan 6 orang Kanker Payudara (Ca Mammae).

Subjek penelitian dalam penelitian kualitatif disebut partisipan atau informan (Liampotong & Ezzy, 2005).Informan pada penelitian ini adalah penderita kanker yang dirawat di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Pemilihan teknis informan dilakukan dengan *carapurposive sampling* yaitu pengambilan informan yang didasari pada pertimbangan yang dibuat oleh peneliti. Adapun pertimbangan informan ditetapkan dengan kriteria inklusi.Adapun kriteria khusus dalam pemilihan sampel ini adalah :

- 1) Penderita kanker yang dirawat di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung
- 2) Usia Dewasa
- 3) Baru mengetahui kankernya sejak tiga bulan yang lalu sebelum diwawancarai
- 4) Bersedia membagi pengalaman dan kebutuhan konseling.

3.3 PROSEDUR PENELITIAN

3.3.1 Prosedur Administratif

Sebelum pengumpulan data, di lakukan pengurusan ijin penelitian dan akan dimintai untuk uji etik penelitian dari Bagian Komite Etik Penelitian Kesehatan Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung untuk mendapatkan keterangan Persetujuan Etik. Selain itu, peneliti juga melakukan persiapan dan pendekatan di ruang perawatan dan poliklinik yang merawat pasien kanker cervix dan payudara untuk mengidentifikasi pasien berdasarkan kriteria inklusi yang sudah ditetapkan.

3.3.2 Prosedur Pengambilan Data

Pengumpulan data melalui FGD dilakukan dalam dua kelompok, yaitu satu kelompok pasien kanker cervix dan satu kelompok lagi kanker payudara. Tahapan FGD yang dilakukan mengacu pada Polit dan Beck (2006), yang dilakukan dalam tiga tahapan :

1. Tahap Orientasi, dimana peneliti mendeskripsikan apa yang disampaikan oleh partisipan.
2. Tahap eksplorasi yaitu tahap menggali pengalaman dan harapan serta opini dari informan.
3. Tahap konfirmasi dan penutup, dimana peneliti melakukan upaya-upaya untuk membuat penemuannya dapat dipercaya. Hal ini dilakukan peneliti dengan mendiskusikan kembali data yang didapatkan dengan peserta FGD pada beberap kali kesempatan bertemu dengan partisipan pasca pelaksanaan FGD.

3.4 ANALISIS DATA

Analisa data dilakukan dengan pendekatan Krueger. Menurut Krueger (2002), dalam analisis dan penyajian hasil harus menggunakan analisis sistematis (*systematic analysis*), prosedur yang dapat dibuktikan (*verifiable procedures*) dan penyajian hasil yang tepat (*appropriate reporting*). Hal – hal penting yang harus diperhatikan dalam melakukan analisis data FGD adalah:

1. Kata

Peneliti memikirkan kata-kata yang digunakan oleh peserta dan makna dari setiap kata-kata tersebut. Konteks (*Context*). Tanggapan peserta dipicu oleh stimulus berupa pertanyaan yang diajukan oleh peneliti atau komentar dari peserta lain. Peneliti memeriksa konteks dengan mencari stimulus pemicu dan kemudian menginterpretasikan komentar yang berhubungan dengan lingkungan tersebut. Tanggapan peserta dihubungkan dengan pembahasan sebelumnya dengan melihat nada bicara maupun intensitas dalam memberikan komentar.

2. Konsistensi internal

Penelusuran aliran percakapan untuk menentukan petunjuk yang dapat menjelaskan perubahan tersebut.

3. Frekuensi atau penekanan

Ada beberapa topik yang dibahas lebih banyak oleh peserta (*extensiveness*) dan juga beberapa komentar yang dibuat lebih sering (frekuensi) daripada yang lain. Topik-topik ini menjadi panduan peneliti dalam menetapkan interest atau minat khusus peserta.

4. Intensitas

Seberapa sering informan membicarakan tentang topik tertentu

5. Hal-hal spesifik

Tanggapan yang spesifik yang didasarkan pada pengalaman tertentu diberikan perhatian secara khusus.

6. Menemukan ide utama

Merupakan ide yang secara umum diungkapkan oleh informan

3.5 ETIKA PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip etika selama proses penelitian berlangsung. Manusia merupakan sumber data atau informasi dalam pendekatan metode kualitatif sehingga pertimbangan etika menjadi hal yang sangat penting dalam penelitian ini. Menurut John W. Cresswell (dalam Patilima, 2011) peneliti memiliki kewajiban untuk menghormati hak, kebutuhan, nilai, dan keinginan partisipan.

Sebelum dimulainya penelitian, peneliti telah mendapatkan *ethical clearance* (kajian etik) dari Komite Etik dari institusi terkait dalam hal ini Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung. Adapun yang menjadi pertimbangan etik dalam penelitian ini yaitu dilaksanakan dengan memenuhi *The Five Right of Human Subjects in Research* (dalam Polit & Beck, 2006), lima hak tersebut meliputi :

1) *Self determination*

Partisipan memiliki hak untuk membuat keputusan secara sadar, oleh karena itu peneliti menjelaskan bahwa partisipan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak atau pun mengundurkan diri dari penelitian ini.

2) *Privacy dan dignity*

Partisipan memiliki hak untuk dihargai tentang apa yang mereka lakukan dan apa yang dilakukan terhadap mereka serta untuk mengontrol kapan dan bagaimana informasi tentang mereka dibagi dengan orang lain. Untuk memenuhi hak ini, peneliti hanya melakukan wawancara pada waktu yang telah dipilih partisipan. Setting wawancara dibuat atas dasar pertimbangan terciptanya kesan santai, tenang dan kondusif serta tidak diketahui oleh orang lain, kecuali keluarga partisipan dan petugas terkait. Selain itu peneliti menanyakan kesediaan partisipan untuk direkam.

3) *Anonymity dan confidentiality*

Untuk menjamin kerahasiaan (*confidentiality*), peneliti menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya dapat diakses oleh peneliti. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis sampai penyusunan laporan penelitian. Dalam menyusun penelitian, peneliti menguraikan data tanpa mengungkap identitas partisipan.

4) *Justice (penanganan yang adil)*

Semua partisipan mempunyai kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipan diberikan kebebasan dalam menentukan waktu wawancara, dan lamanya wawancara dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi partisipan ataupun atas permintaan partisipan.

5) *Mendapatkan perlindungan dari ketidaknyamanan*

Sebelum dimulainya pengumpulan data peneliti terlebih dahulu menjelaskan tujuan penelitian baik secara lisan maupun tertulis sehingga dapat dipahami dengan jelas oleh partisipan termasuk penjelasan bagaimana data tersebut dipergunakan nantinya. Semua perangkat dan kegiatan pengumpulan data yaitu alat perekam serta catatan diberitahukan kepada partisipan.

Setelah calon partisipan memahami tujuan dari penelitian yang akan dilakukan dan memahami hak-hak mereka sebagai partisipan, selanjutnya peneliti meminta partisipan untuk menandatangani surat kesediaan berpartisipasi atau informed consent. Kemudian peneliti membuat kontrak mengenai waktu pelaksanaan wawancara yang disesuaikan dengan kondisi dan kesediaan klien. Apabila terjadi sesuatu hal menyangkut kondisi kesehatan partisipan pada saat proses pengumpulan data berlangsung maka pengumpulan data akan dihentikan, kemudian peneliti lapor kepada pihak ruangan dan ikut membantu partisipan.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disajikan mengenai hasil penelitian yang diawali dengan pemaparan gambaran karakteristik partisipan dan dilanjutkan dengan pemaparan tema tentang kebutuhan konseling pada klien kanker yang baru terdiagnosa di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, dilanjutkan pembahasan berdasarkan literatur terkait dan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.

4.1 Karakteristik Partisipan

4.1.1 Partisipan Kanker Serviks

1) Partisipan I

Ny. Lberusia 61 tahun, suku sunda, beragama Islam dan tinggal di Bandung. Pendidikan terakhirnya tidak tamat SD dan saat ini bekerja sebagai buruh tani. Klien saat ini sedang menjalani perawatan di ruang rawat inap.

Focus grup discussion (FGD) dilakukan pada hari Selasa tanggal 24 September 2014 di ruang pertemuan lantai 6 gedung kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama wawancara Ny. N menunjukkan sikap sangat terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan.

2) Partisipan II

Ny. E berusia 55 tahun, berasal dari suku sunda, beragama Islam dan tinggal di Kabupaten Majalengka. Pendidikan terakhirnya Sekolah Dasar (SD). Klien sedang menjalani perawatan di Ruang Rawat Inap, setelah di rujuk dari Rumah Sakit Umum Daerah Majalengka.

FGD dilakukan pada hari Selasa tanggal 24 September 2014 di ruang pertemuan lantai 6 gedung kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama wawancara Ny. E menunjukkan sikap sangat terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan.

3) Partisipan III

Ny. A berusia 53 tahun, berasal dari suku Sunda, beragama Islam dan tinggal di Kota Banjar. Pendidikan terakhirnya Sekolah Dasar (SD) saat ini bekerja sebagai pedagang barang kebutuhan sehari hari di Kota Banjar. Ny. A sudah menikah dan

memiliki tiga orang anak, semua anaknya sudah menikah dan tinggal di luar kota, jauh dari kedua orangtuanya. Ny. A didiagnosa menderita Kanker Rahim sejak tahun 2010. Saat dilakukan FGD klien sedang menjalani rawat jalan untuk pelaksanaan kemoterapi.

FGD dilakukan pada hari Selasa tanggal 24 September 2014 di ruang pertemuan lantai 6 gedung kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama wawancara Ny. A menunjukkan sikap sangat terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan.

4) Partisipan IV

Ny. N berusia 54 tahun, beragama Islam, berasal dari suku Sunda dan tinggal di Kota Karawang. Pendidikan terakhirnya adalah lulusan Sekolah Dasar (SD). Ny. N didiagnosa menderita kanker rahim sejak 3 bulan sebelum pelaksanaan FGD.

FGD dilakukan pada hari Selasa tanggal 24 September 2014 di ruang pertemuan lantai 6 gedung Kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama wawancara Ny. N menunjukkan sikap sangat terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan.

5) Partisipan V

Ny. M berusia 36 tahun, beragama Islam, berasal dari suku Sunda dan tinggal di Kabupaten Cianjur. Pendidikan terakhirnya Sekolah Dasar (SD). Ny. M adalah seorang ibu rumah tangga dengan 2 orang anak. Saat ini Ny. M tinggal bersamasuami dan anak anaknya di Kabupaten Cianjur

Transkrip didapatkan berdasarkan hasil FGD dilakukan pada hari Selasa tanggal 24 September 2014 di ruang pertemuan lantai 6 gedung kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama wawancara Ny. M menunjukkan sikap sangat terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan.

6) Partisipan VI

Ny. D berusia 29 tahun, beragama Islam, berasal dari suku Sunda dan tinggal di Kota Bandung. Pendidikan terakhirnya Diploma (D3). Ny. D bekerja sebagai seorang bidan di sebuah Rumah Sakit, sudah menikah akan tetapi belum dikaruniai anak dari

pernikahannya. Saat ini Ny. D tinggal sendiri di rumah. Suaminya bekerja di luar kota Bandung

Transkrip di dapatkan berdasarkan hasilFGDdilakukan pada hari Selasa tanggal 24 September 2014 di ruang pertemuan lantai 6 gedung kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama wawancara Ny. D menunjukkan sikap sangat terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan.

Tabel 4.1 Ringkasan Karakteristik Partisipan yang Mengalami Kanker Serviks
(n = 6)

No	Karakteristik Partisipan	Jumlah
1	Usia :	
	- < 50 tahun	3
	- ≥ 50 tahun	3
3	Pendidikan :	
	- Dasar	5
	- Tinggi	1
4	Agama :	
	- Islam	6
5	Suku Bangsa :	
	- Sunda	6
6	Pekerjaan :	
	- Tidak bekerja	3
	- Bekerja	3

4.1.2 Partisipan Kanker Payudara

1) Partisipan I

Ny. Z berusia 61 tahun, berasal dari suku Sunda, beragama Islam dan tinggal di Garut. Pendidikan terakhirnya adalah lulusan Sekolah Dasar. Pada saat dilakukan *Focus*

Group Discussion (FGD) Ny. Z sedang menunggu jadwal pelaksanaan kemoterapi dan selama menunggu jadwal tersebut Ny. Z tinggal di rumah singgah.

FGD pada pasien kanker payudara ini, dilakukan pada hari Jum'at tanggal 8 November 2013 di ruang pertemuan lantai 6 gedung Kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama FGD, Ny. Z menunjukkan sikap sangat terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan.

2) Partisipan II

Ny. SM (48 tahun), berasal dari suku Sunda, beragama Islam dan tinggal di Kota Bandung. Pendidikan terakhirnya adalah lulusan Sekolah Dasar. Pada saat dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD), Ny. SM sedang menunggu jadwal pelaksanaan kemoterapi dan selama menunggu jadwal tersebut Ny. SM tinggal di rumah singgah.

FGD pada pasien kanker payudara ini, dilakukan pada hari Jum'at tanggal 8 November 2013 di ruang pertemuan lantai 6 gedung kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama FGD, Ny. SM menunjukkan sikap sangat terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan.

3) Partisipan III

Ny. C berasal dari suku Sunda, usia 49 tahun, beragama Islam dan tinggal di Kota Tasik. Ny. C merupakan ibu rumahtangga dan memiliki dua orang anak. Pendidikan terakhirnya Sekolah Menengah Atas (SMA). Pada saat dilakukan FGD, Ny. C sedang menunggu giliran pelaksanaan kemotherapy.

FGD pada pasien kanker payudara ini, dilakukan pada hari Jum'at tanggal 8 November 2013 di ruang pertemuan lantai 6 gedung kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama FGD, Ny. C menunjukkan sikap sangat terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan, akan tetapi raut wajah Ny. C masih menampakkan kesedihan.

4) Partisipan IV

Ny. H berasal dari suku Sunda, usia 47 tahun, beragama Islam dan tinggal di Kota Cirebon. Ny. H merupakan ibu rumahtangga dan memiliki tiga orang anak. Pendidikan terakhirnya Sekolah Menengah Pertama (SMP). Pada saat dilakukan FGD, Ny. H sedang menunggu giliran pelaksanaan kemotherapy.

FGD dilakukan pada hari Jum'at tanggal 8 November 2013 di ruang pertemuan lantai 6 gedung kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama FGD, Ny. H menunjukkan sikap sangat terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan.

5) Partisipan V

Oma A berasal dari suku Batak, usia 60 tahun beragama Katolik dan tinggal di Kota Bekasi. Oma A merupakan ibu rumahtangga dan memiliki dua orang anak dan 4 orang cucu. Pendidikan terakhirnya Sekolah Menengah Atas (SMA). Pada saat dilakukan FGD, Oma A sedang menunggu giliran pelaksanaan kemotherapy sama seperti partisipan yang lain

FGD pada pasien kanker payudara ini, dilakukan pada hari Jum'at tanggal 8 November 2013 di ruang pertemuan lantai 6 gedung kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama FGD, Oma A menunjukkan sikap yang cukup kooperatif. Hal ini ditunjukkan dengan sikap terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan.

6) Partisipan VI

Ny. T berasal dari suku Sunda, usia 49 tahun, beragama Islam dan tinggal di Kota Bandung. Ny. C merupakan ibu rumahtangga dan memiliki dua orang anak. Pendidikan terakhirnya Diploma. Pada saat dilakukan FGD, Ny. T yang juga merupakan karyawan RS sedang menjalankan pekerjaannya dan merasa tertarik untuk berbagi pengalamannya dalam menghadapi kanker payudara dengan peserta FGD yang lain.

FGD pada pasien kanker payudara ini, dilakukan pada hari Jum'at tanggal 8 November 2013 di ruang pertemuan lantai 6 gedung kemuning RSHS dan berlangsung selama kurang lebih satu setengah jam. Selama FGD, Ny.T menunjukkan sikap sangat terbuka, hangat dan bersedia menjawab seluruh pertanyaan yang diberikan, akan tetapi Ny. T tampak lebih dominan dibandingkan peserta yang lain

Tabel 4.2 Ringkasan Karakteristik Partisipan yang Mengalami Kanker Payudara
(n = 6)

No	Karakteristik Partisipan	Jumlah
1	Jenis Kelamin :	
	- Perempuan	6
2	Usia :	
	- < 50 tahun	4
	- ≥ 50 tahun	2
3	Pendidikan :	
	- Dasar	3
	- Menengah	2
	- Tinggi	1
4	Agama :	
	- Islam	5
	- Katolik	1
5	Suku Bangsa :	
	- Sunda	5
	- Batak	1
6	Pekerjaan :	
	- Bekerja	1
	- Tidak bekerja	5

4.2 Hasil Penelitian

Berdasarkan *Focus Group Discussion* yang telah dilakukan maka didapatkan beberapa tema terkait dengan kebutuhan klien yang baru terdiagnosa kanker, sehingga dengan diketahuinya kebutuhan klien yang baru terdiagnosa kanker maka pedoman pelaksanaan konseling terhadap klien dengan kanker bisa lebih terarah sesuai dengan kebutuhan yang telah ditemukan.

Kebutuhan Klien Yang Baru Terdiagnosa Kanker :

4.2.1 Kebutuhan dukungan sosial

Kebutuhan dukungan sosial meliputi kebutuhan dukungan pasangan, anak dan keluarga/kerabat, profesional kesehatan, dan tetangga. Dukungan sosial merupakan kebutuhan yang diungkapkan oleh semua partisipan baik partisipan dengan kanker serviks maupun partisipan dengan kanker payudara.

4.2.1.1 Kebutuhan dukungan pasangan

Peran penting keluarga dalam memberikan dukungan terhadap klien dengan kanker serviks dapat dilihat dari beberapa pernyataan partisipan mengenai hal ini :

Partisipan 6.

“... setelah ngeliat suami juga support yah.. memberikan dukungan.. keluarga juga gitu.. “

Bentuk dukungan yang dapat diberikan oleh keluarga berupa motivasi, dukungan doa, dukungan emosi, penerimaan terhadap perubahan fisik yang terjadi pada pasangan

Partisipan kanker serviks 5 :

“Kalo suami bilang ya maksudnya harus sabar gitu, dikasih cobaan seperti ini. Suami Cuma bisa mendoakan aja katanya walaupun kita ninggalin anak kecil cuman – anter – anter aja katanya. Kita yang – ngga tau mau digimanain sama dokter yang penting kita sehat seperti biasa katanya, begitu aja dukungan dari suami”

Partisipan kanker serviks 6 :

“Saya nomer 6, dukungan suami luar biasa, emm..saya kira kalo suami saya ngga mendukung, saya ngga bisa kuat...”

”...takut yaa jadi pikiran jadi suami itu yang betul betul untuk kebutuhan biologisnya saja saya tidak bisa memenuhi gitu Bu. Ini luar biasa gitu ya, e... mendukung e... ya dari segi semua bu... e... spiritualnya, ya selalu ngasi tau ‘ saya... i.. kalo Saya sabar... gitu, Allah tambah sayang sama Saya,’ katanya gitu ‘banyak – banyakin doa ya biar sembuh’ ceunah gitu ‘harus panjang umurnya’ selalu support, kalo Saya udah mulai ngelamun, ngga boleh ngelamun ‘jangan ngelamun, baca Quran’ gitu. Jadi, Saya juga sempet bilang ‘Uda, kan emang kita baru nikah ya waktu itu ya (sambil menahan tangis) kita masih belum punya keturunan ‘Da kalo ini ngga apa – apa, Uda nikah lagi aja’ kata Dain (sambil nangis) suami Saya kan kerja di Lampung, e..Saya masih belum bisa ngajuin pindah, tapi kalo Saya sakit gini, Saya ngga bisa ke Lampung kata Saya, Saya pengen di Hasan Sadikin (sambil menangis) Saya pengen berobat di sini kata Saya, kalo Uda mau cari istri lagi, boleh.. kata Saya gitu... Saya tau diri Bu... suami Saya masih muda gitu ya, bisi pengen punya anak, kata Saya, biar ada juga yang ngurusin di Lampung. Ngga apa – apa kata

Saya, kalopun nikah lagi, mau cari lagi, Saya ikhlas kata Saya gitu, kalo Uda mau pisah sama Saya juga Saya ikhlas, kata Saya gitu Bu..”

“Saya tau diri sekali (sambil menangis) karena suami Saya the soleeeh, soleh banget, makanya Saya nya malu, tapi luar biasa, engga, ngga pernah ada kata – kata Uda, malah Uda yang suka marah kalo Saya bilang begitu, ngga boleh katanya ngomong kayak gitu, gitu katanya..”

“Suami saya itu masih muda, masih panjang katanya, umurnya katanya, sekarang cuman lagi sakit aja, nanti berobat juga sembuh Insyaalloh, support gitu. Jadi kalo tanpa suami Saya ya yang selalu nemenin Saya berobat, ehm..walaupun dengan kesibukannya di Lampung bulak balik ke Bandung gitu (sambil emangis)”

“kalo saya mau kemo, kuret, operasi apa suami selalu ngedampingin saya”

“Tapi kalo tanpa dukungan dari suami yang paling besar ya, itu kan yang paling dekat sama kita, Saya ngga sanggup ngejalaninnya kayaknya Bu. Jadi sangat dibutuhkan sekali orang yang paling dekat sama kita yang kasih support, yang menguatkan”

Partisipan kanker payudara 6 :

“... kalo suami saya memberikan dukungan jangan takut mamah.. percaya saja sama Allah, itu yang bikin saya kuat, tadinyamah saya sedih bingung, ya sedih, bingung, inget anak-anak, anak saya masih kecil-kecil, ya seandainya bagaimana kalo saya ini.. kata suami “ ya udah serahin aja semua sama Alloh, jangan takut, jangan ini, yang pentingmah berjuang aja semua demi anak-anak, itu yang bisa bikin saya kuat, kalo tadinya saya stress, bingung punya penyakit ini”.

Partisipan kanker payudara 3 :

“..dari keluarga yaa katanya mama harus berjuang,, harus semangat katanya, mama jangan menyerah penyakit itu pasti ada obatnya.. terus kata suami juga gitu.. mama jangan telat makan, harus banyak makan.. biar cepet sembuh..biar sehat katanya. Biar kuat katanya melawan penyakit katanya..”

4.2.1.2 Kebutuhan dukungan anak

Partisipan kanker serviks 3 menyatakan bahwa dukungan dari keluarga tidak hanya didapatkan dari suami akan tetapi juga didapatkan dari anak. Hal ini sesuai dengan pernyataan dari partisipan kanker serviks 3.

“...Anak saya semuanya mendukung..mendukung semuanya.. maupun suami udah tua juga.. mendukung..”

Partisipan kanker serviks 2 :

“...udah deh ini numbuh mulu meningan mama mati aja deh udah ngga sanggup lagi”, nahan sakitnya itu yang ngga tahan kan, jadi akh “meningan mati aja deh”, udah putus asa gitu, nah anak-anak itu bilang, kita masih butuh mama mah jangan begitu kasih tinggal kita, akhirnya jadi jiwa besar lagi, “iyaa saya hidup untuk anak, mati untuk cucu yaa,

untuk apa saya tanggung jawab orang tua belum selesai, cucu-cucu saya masih butuh saya” yaa anak-anak saya kan sudah kawin semua, tapi kan cucu-cucu yang masih kecil, masih perlu bimbingan dari saya gitu kan, akhirnya jadi besar hati lagi, udah deh dibawa ke panti mau kerumah sakit terus karena kami kabupaten jadi dirujuk ke daerah, langsung di rujuk ke sini, yaudah kesini langsung jadi penghuni sini...”

Partisipan kanker serviks2 :

“Kalo saya dari support keluarga memang mau kalau saya sehat..mama harus kuat, semangat.. tapi harus makan.. karena kesembuhan itu datangnya dari mama sendiri.. kita keluarga hanya bisanya support aja, tapi kalau mamanya ngga semangat.. ngga ada usaha.. mamah mana bisa mau sembuh..”

Partisipan kanker payudara 6

“... Sedih ya bu yah pasti,, apalagi kan anak saya kecil-kecil, saya inget itu kan anak saya masih kecil-kecil kata dokter ini, prognosinya begini..begini..(sambil menangis). Saya yang di ingat anak kecil ya bu yah, anak saya masih kecil-kecil gimana?”

4.2.1.3 Kebutuhan dukungan keluarga/kerabat

Partisipan kanker serviks 6 :

“Keluarga dari suami juga baik banget, mertua juga, ngga papa ngga punya anak juga banyak keponakan, katanya gitu. Terus pelan – pelan Saya kasih tau orang tua Saya, Alhamdulillah sih ya, mama sama bapak ngga pernah ngeliatin yang gimana sama Saya gitu, selalu bikin Saya tu ngga papa gitu, Saya tu ngga ngga sakit, ‘oh Saya mau dikemo lagi ya? Sama siapa? Saya mau ini itu lagi ya”

4.2.1.4 Kebutuhan dukungan tetangga dan lingkungan

Partisipan kanker payudara 3 :

“...ada anak kost saya baik bu.. ada anak sekolah.. ada anak yang sudah kerja udah biarin saya dianter ku dia walaupun bapa ngga nganter..”

Partisipan kanker payudara 2 :

“..Tetangga saya pada ngga ngerti, Maunya sehat terus gitu kan... kalo kita sehat, mereka gunakan kita, gitu..., Sekarang kita udah sakit, tetangga bilang ‘ibu sakit melulu’ gitu, ‘benjol benjol katanya mau dioperasi ngga dioperasi sih, masih dibawa sana sini’. Udah deh masuk sini, ngga mau pulang – pulang, Biar ngga dikatain lagi deh, hehhee..”

Partisipan kanker payudara3 :

“Banyak yang bilang kalau tumor ganas ya bisa mematikan katanya gitu, tapi terus ada pak RT sama pak RW ngasih tau ibu jangan menyerah katanya saya udah punya jamkesmas ya bu...”

Partisipan kanker payudara 4 :

“Kalo --- ke sini, dikemo, semua pada nangis, sehat ya bu, ya, jangan minder, pasti bisa sembuh. Pak RT pak RW ke rumah, pada main, ngasih semangat lah ‘Ibu berjuang, semangat’ gitu kata tetangga”

Partisipan kanker payudara5 :

“Ya tetangga kan ada yang sakit kayak gini, Alhamdulillah sampai sekarang sudah berapa tahun gitu ‘--- dmn’ di sini katanya, di rumah sakit hasan sadikin, dirawatnya”

4.2.1.5 Kebutuhan dukungan profesional kesehatan

Partisipan kanker serviks 6

“tapi makin kesini makin banyak yang saya lihat eeegghh dokter juga selalu gitu ngasih perhatian “saya bisa ko sembuh apalagi saya masih stadium awal katanya asal mau menjalani ini itu, heumm pengobatan” yaaaa.. mau saya mah ngejalanin.. eegghhh sampe kemotherapi.. sampai hasilnya bagus..”

“ehm.. kalo menurut pengalaman Saya sih, pada saat pertama kali itu ya yang kita butuhkan itu dokter yang mendengarkan kita , perawat yang dengerin aja gitu, dengerin aja dulu, kita pengen ngeluarin gitu,e.. udah didengerin nanti e.. dia nenangin gitu Bu..emang kayaknya kata – katanya sepele ya tapi ‘sabar ya’ itu teh luar biasa gitu ya kalo kita bisa di posisi seperti itu”

“ehm.. ngga, ngga semua lah, juju raja ya Saya, ngga semua dokter perawat tu bener – bener tulus gitu ya. Kerasa gitu kalo dari hati, nyampe lagi, gitu.Jadi yang bener – bener tulus gitu ke kita teh”

“ehm.. kalo dia nya care, kerasa ke kita nya menenangkan gitu bu, terus kita juga berusaha ya bu ya, tau gitu penyakit kita mematikan, kita berusaha pengen gimana caranya keluar dari sini gitu. Jadi gimana sih caranya biar saya tu e..bisa bertahan di sini, malah ada harapan bisa sembuh gitu ya,. Kata ‘sembuh’ aja masih percaya ngga percaya gitu. Setidaknya saya bisa bertahan aja ngelaluin ini gitu “

“ehm... dengan cara apa gitu ya.. ehm.. harus positif thinking gitu ya, terus harus selalu semangat, terus sabar, ikhlas, ada yang ngasih tau seperti itu, walaupun kita tau ya, kita harus sabar, tapi butuh, butuh orang yang ehm... ngasih tau.. iya gitu.. terus, ehm.. makannya juga, ehm... memang butuh orang yang merhatiin, ehm.. ngga kepikir ya kita buat nyari makan sendiri, buat buah sayur segala macem, butuh orang yang ‘Saya makan ini Yan’ gitu, seneng kalo ada orang yang ‘Saya ini makan ini’ udah disipain gitu. Karena rasanya dari pikiran juga udah cape ya bu ya”

Partisipan kanker payudara 1 :

“ehm.. sebetulnya memang saya juga denial ya bu yah, ee.. tapi karena dokter saya tuh yang aktif oke, jadi ee dia ngasih taunya betul-betul ngasih tau bahwa dengan jiwa besar penyakit.... bisa di disembuhkan, jadi saya pasrah aja tenang-tenang aja biarpun itu ada yang ngomong “ceu itumah ngga bisa disembuhkan” tapi kan sampai sekarang alloh kan bu yah yang menyembuhkan.

Partisipan kanker payudara 2

“Ya diperhatikan, ya, apa diusahakan gitu, gimana gitu biar o pasien ini biar e... sembuh gitu, diperhatikan gitu, masih bisa makan juga gitu”

Partisipan kanker payudara 2

“Kalo yang kita kan nggak tau gitu, pokoknya dikasih tau begini begini begini gitu, yang kita nggak tau gitu ya, masalah kesehatan – kesehatan kan, kalo kayak saya gitu ya, orang kampung kan banyak yang nggak tau, gitu, pengen dikasih tau, iya gitu..”

Partisipan kanker payudara 1 :

“Heh..emang sih bu... nggak semua perawat yang ini ya yang ngomongnya ceplas ceplos ya kadang – kadang suka nyeplos gitu‘Geuning ceu Resp 1mah masih hidup’, ..”

Dukungan dari profesional kesehatan dapat berupa motivasi, nasihat, dan juga yang tidak kalah penting dibutuhkan oleh pasien kanker payudara yang baru didiagnosa adalah kebutuhan terkait informasi tentang penyakit yang dialami. Hal ini diungkapkan beberapa partisipan sebagai berikut :

Partisipan 4

“Yaaa..langsung kata dokter.. bu neneng disini nggak ada alatnya.. sabar aja yah harus pergi kebandung katanya.. disana di kemo disinar katanya.. langsung diambil jaringan itu hasilna 1 bulan bu di rumah sakit karawang baru ambil itu. Pan langsung ke sinih ke bandung dikasih rujukannya sama dokter..alhamdulillah sampai sekarang udah di sinar sama dikemo.. sinar dalam”

Partisipan 6

“.. terus saya juga mencari second opinion.. terus gimana caranya biar eeegghhh..eeegghhh.. berusaha untuk inihh.. eegghhh menerima gitu yah,.. bagaimana dok harus kemana lagi saya harus kuret lagi tau gimana lagi saya mau deh.. diapain aja saya mau gituhh.. pokoknyasaya pengen yakin inih teh bener apa engga.. takut salah.. takut ketuker gimana itu perasaan gitu yah masih berharap kalau dokter teh salah... eegghhh..”

Partisipan 5

“Iya, saya mau itu, ya pengen tau, saya itu mau diapain, apakah mau dikemo, apakah mau di operasi, saya jadinya pengen tau.Iya, Cuma jadinya si ya ---- ya minder, mondar mandir ke sana, ya saya tu apa jadinya hari apa gitu, apa saya, butuh keputusannya tuh, apakah kondisi saya masih rendah, apa gimana gitu, jadi saying pengen tau gitu maksudnya, mau diapain, e... ya saya belum diapa – apain gitu maksudnya,hehe..”

Partisipan 6

“Itu bu, penjelasan yang detail, termasuk dengan itu nutrisinya, e... e..luar biasa ya rasanya dikemo itu, jangankan makanan, air putih aja bikin mual, gitu, gimana caranya pasien tu biar termotivasi dia mau, mau e.. minum, mau makan apapun, gitu, e... terus, yang bisa diajak konsultasi ya kalo misalnya ada keluhan, baiknya sih dijawab, kita dijawab, memberikan solusi, kalo pasien ngeluh ya e... kita kok ditanyain lagi ditanyain lagi, tapi ya betul mungkin butuh informasi itu gitu bu, jadi jawab sesuai kebutuhan pasien ya, e.. tentang makanan biasanya sih, saya pengen obat nafsu makan, biasanya, banyaknya gitu, rata – rata, pengen bisa makan, muntah lagi, mual ga ada , ngga ada kepengen makan apa gitu, saya sih kalo lagi gitu pernah konsultasi ya, ke dokter, bukan dokter onkologi, saya piker lebih enak ngomong sama dokter itu, dokternya bilang, ‘Saya, makan ya, yang bagus, apa aja yang Saya mau, boleh’ katanya, terus, dia ngomong sama suami Saya juga ‘Kalo Saya pengen makan apa, diturutin aja’ katanya, Jadi pada saat kemo itu memang kita harusnya makannya yang ngga pedes yang ngga gimana, tapi kadang kayak orang ngidam Bu jadi pengen, pengen pengen lotek yang di sana, di Antapani,gitu yang kebayang itu kayaknya yang masuk”

4.2.2 Kebutuhan akan kemampuan koping yang adaptif

Bentuk koping yang dilakukan oleh partisipan adalah mendekati diri kepada Allah SWT. Hal ini diungkapkan oleh beberapa partisipan sebagai berikut :

Partisipan kanker serviks 6

“terus.. kalau memang usia saya ngga lama lagi saya ikhlas.. tapi saya pengen di sisa-sisa hidup saya ini.. saya maksimalin yaah.. eeuummh saya pengen maksimal ibadahnya semuanya lah sama orang tua, sama suami itu yang saya pikir.. umur mah ngga tahu sampai kapan yah?? Kita sehat ngga sakit kanker pun..misalnya saya jalan bawa motor saya ketabrak juga bisa meninggal kata saya gitu.. jadi pokoknya saya harus ikhlas.. harus nerima.. eegghh segini juga alhamdulillah bu masih diperingatkan sama alloh.. dari pada saya tiba-tiba meninggal, saya ngga tau ngga ada peringatan ya bu yah.. pokoknya saya sekarang dikasih kesempatan sama alloh buat taubat gitu.. jadi lebih ke nerima...”

Partisipan kanker serviks5 :

“Walaupun saya engga bisa sembahyang harus berdiri..saya masih bisa melaksanakan walaupun duduk.. yaa puasa juga saya laksanakan puasa tapi ya engga tau diterima atau engga kata saya tuh..”

Partisipan kanker payudara 1

“..saya pasrah aja tenang-tenang aja biarpun itu ada yang ngomong “ceu itumah ngga bisa disembuhkan” tapi kan sampai sekarang Alloh kan bu yah yang menyembuhkan”.

Partisipan kanker payudara 6 :

“ Kalau saya, ---- Alloh itu lebih sayung sama saya.Saya itu jadi lebih dekat sama Alloh. Saya ngerasa saya tu lagi disayang sama Alloh, diuji gitu, disayang”.

Selain dalam bentuk mendekatkan diri kepada Allah SWT, bentuk coping yang juga diungkapkan oleh partisipan adalah regulasi emosi. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

Partisipan kanker serviks 4

“Ya kenapa saya mempunyai penyakit seperti ini..”

Partisipan kanker payudara 4

“...ya sama kaget juga, ngga nyangka gitu punya penyakit seperti ini...”

Partisipan kanker payudara 3

“saya juga kaget.. kalau malam ngga bisa tidur, kadang-kadang mikirin penyakit bisa sembuh engga gitu, kalo dipikirin ngga bisa tidur,, gelisah gitu tidurnya..”

Partisipan 2 : Kalo saya banyak sekali deh masalahnya, pertama-tama yaa,, saya pengen bunuh diri aja deh dari pada menanggung penyakit ini, anak saya sudah nangis-nangis...”

4.2.3 Kebutuhan akan motivasi dari survivor kanker

Partisipan kanker serviks 6 :

“... ada yang kaya gitu yayaah bu.. kaya sedih.. yang depresi gitu.. saya seneng support mereka gitu.. “ibuu eeeummhh ibu jangan sedih, saya juga, saya juga sama dengan ibu.. saya sakit.. sampai yang ini..ni neng kepala botak, saya liatinn kepala saya bu liatin kepala saya juga botak saya masih bisa kerja, ibu juga pasti bisa kata saya ibu harus mau makan gitu...”

Partisipan kanker serviks 2

“Kapan kieu gena naroskeun ka pasien aya anu entos..aya nu yuswa 65 tahun cageur jadi rada bungah kitu.. heugh naroskeun kanu yuswa sareng sayuswa abdi di anu di anu cageur tos rada bungah deui kitu..”

4.2.4 Kebutuhan instrumental

Partisipan kanker serviks 2

“Macam saya semalam perdarahan, saya sendiri, saya suruh siapa bawa saya ke UGD, saya sendiri ya”.

Partisipan kanker serviks 1

“...Yaa..Saya yaa..alhamdulillah yaa---tiga bulan disini, cuman mau di kemo, kesini di Bandung, disini saya dianter suami saya...”

“...kalo mau dikemo, ada yang nganter kesini...dikemo satu kali sama suami, dikemo kedua kali disini sayater sama anak, yaa alhamdulillah suami atau anak saya meluangkan waktu nganter saya..”

Partisipan kanker serviks 2:

“...anak saya semua kerja di Bogor, kan ari bade kemo, datang gitu satu orang...kalo di sinar mah ngga, ngga ada yang anterin..”

Partisipan kanker serviks 4:

‘...yaa..misalkan sekarang mau control ya,, berangkat aja disana... ya misalkan sekarang dikontrol ya, berangkat aja di sana jam 3, dari Karawang langsung kesini, udah ini uangnya..katanya buat kontrol..buat naik mobil..dari suami saya...mertuanya juga gitu..ngedukung..”

Partisipan kanker seviks 6

“...suami saya ya yang selalu nemenin saya berobat..ehm..walaupun dengan kesibukannya di Lampung bolak-balik ke Bandung gitu..(sambil menangis)...kalo Saya mau kemo, kuret, operasi apa selalu ngedampingin saya..”

Partisipan kanker serviks 4

“...suka biarin ngga anterin sewaktu di sinar, da jag-jag gitu..waras..ari dikemo ngga ada yang ombal ambil obat gitu...sedihnya..dibantu temen sekontrak...ngga ada keluarganya...”

Partisipan kanker payudara 3

“..saya kan tadinya jualan, usaha kecil-kecilan.. setelah itu punya penyakit ya ngga bisa jualan, jadi dirumah aja”.

4.2 Pembahasan

Penelitian ini merupakan bagian dari penelitian yang berjudul Pengembangan pedoman konseling pada pasien yang pertanma kali terdiagnosa kanker.Tujuan penelitian pada tahap ini adalah untuk mengidentifikasi kebutuhan konseling pasien yang pertama kali terdiagnosa kanker.Untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien pada saat pertama terdiagnosa kanker, terlebih dahulu perlu dilakukan identifikasi terhadap masalah yang dirasakan dan dialami pasien kanker tersebut. Maka pada bagian diskusi ini akan dibahas tentang esensi dari konseling dan model yang ada, masalah yang dialami pasien, kemudian kebutuhan pasien dan kaitannya dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.

Dalam berbagai literatur, intervensi psikologis pada pasien kanker umumnya terdiri dari empat kategori, yaitu : pendidikan, pelatihan perilaku, psikoterapi secara individu dan intervensi terhadap kelompok (Fawzy, Fawzy, Arndt, & Pasnau, 1995).

Konseling bagi pasien kanker merupakan bagian dari intervensi tersebut terutama pelatihan perilaku (*behavioural training*) yang dapat diberikan agar pasien dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal dan tidak memerlukan biaya yang terlalu mahal jika dibandingkan dengan intervensi biomedic, dengan mengoptimalkan kapasitas dirinya sendiri (Strachtchenko, 1990; Sobel, 1995). Konseling pada hakikatnya adalah suatu metode penyelesaian masalah yang memiliki pendekatan atau yang diintegrasikan dengan aspek biopsikologis pasien, artinya tujuan konseling bukan hanya menyelesaikan masalah tetapi bagaimana individu (dalam hal ini pasien) mampu secara mandiri menemukan cara dalam menjalani hambatan yang dihadapi sesuai kondisi yang dialaminya.

Suatu model konseling bagi pasien kanker telah dibuat dengan pendekatan tersebut melalui penelitian yang mendalam (Jevne, Nikolaichuk, Wiliamson, 1998). Model tersebut didasarkan pada pengalaman yang dihadapi pasien dalam menjalani kanker, sehingga model ini memiliki karakteristik menempatkan pasien sebagai *center* nya, bukan masalah (*problem*). Selain karakteristik tersebut, model ini juga memperlakukan pasien sebagai individu yang normal dan sehat, tidak sebagai individu dengan berbagai masalah patologis, sehingga konselor berperan menciptakan lingkungan yang optimis dan penuh harap, dan tidak berfokus pada pengalaman negatif masa lalu. Karakteristik selanjutnya adalah penerapan bentuk kolaboratif antara konselor dan pasien, tidak berbentuk komando atau nasehat satu arah, sehingga pasien dapat mengoptimalkan kapasitas dalam dirinya untuk mengembangkan keterampilan menyelesaikan masalah yang unik sesuai masalah dirinya sendiri. Berdasarkan karakteristik konseling yang menekankan atau berfokus pada pasien, maka perlu difahami perspektif pasien dalam melihat masalah yang dihadapi terkait kanker yang dialaminya.

Berdasarkan hasil penelitian ini yang telah disebutkan pada bagian sebelumnya, pengalaman individu saat pertama kali didiagnosis kanker dapat menimbulkan perubahan dan masalah aktual maupun potensial dalam berbagai aspek. Masalah yang muncul dapat berupa aspek fisik maupun psikologis. Masalah yang terkait dengan aspek fisik dapat berupa keluhan terkait penyakitnya seperti nyeri, perdarahan, sulit tidur, ketidaknyamanan fisik, dan keterbatasan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Sedangkan masalah-masalah yang terkait dengan aspek psikologis dapat berupa

munculnya emosi negatif seperti kaget, sedih, takut, dan marah, kemudian juga muncul rasa putus asa bahkan sampai pada keinginan bunuh diri. Selain itu ada pula masalah terkait perubahan finansial dan pekerjaan. Hal ini sesuai pula dengan hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa pada saat pertama didiagnosa, pasien akan mengalami masalah aktivitas hidup sehari-hari, masalah finansial beserta masalah pekerjaan, disamping masalah terkait fisiknya (Strommel et al. 1993; Malone et al. 1994; Schulz et al. 1995; Van Tulder 1994; dalam Pascoe et al. 2004). Kemudian menurut The Royal Marsden (2014), orang yang menyandang kanker bisa mengalami satu atau lebih masalah berikut :

- Kecemasan
- Ketidakjelasan tentang masa depan
- Marah
- Kesulitan penyesuaian diri
- Masalah komunikasi keluarga
- Perubahan body image
- Depresi
- Kesulitan membuat keputusan
- Tantangan untuk menyeimbangkan tuntutan kondisi sakitnya dan treatment selama menjadi pasien.

Berbagai masalah yang dirasakan oleh pasien mendasari mereka untuk mencari jalan keluar dari masalah tersebut. Untuk mendapatkan solusi tersebut, pasien membutuhkan berbagai aspek dukungan. Dalam penelitian ini teridentifikasi berbagai kebutuhan pasien terkait upaya mereka dalam menyelesaikan masalahnya. Kebutuhan itu berupa : dukungan keluarga, dukungan lingkungan sosial, dukungan profesional kesehatan, kebutuhan akan informasi terkait penyakit, keinginan untuk mampu dalam meregulasi emosi yang ada, kebutuhan instrumental, kebutuhan spiritual, dan tanggungjawab peran.

Aspek spiritual merupakan domain yang dianggap penting dan menjadi sumber kekuatan yang paling sering disebutkan oleh subyek dalam penelitian ini. Gockel (2007) menyatakan bahwa aspek spiritual merupakan bagian penting dari dimensi konseling. Kemudian Gockel (2007) juga menyatakan bahwa pasien kanker memandang aspek spiritual dapat meningkatkan pemulihan dan memperbaiki kondisi kanker dengan 7

tahap. Tahap itu meliputi : (1) keterbukaan, (2) merubah /shifting perspektif spiritual, (3) menerima kondisi/ going within (4) menghubungkan kepada spirit (5) memperjelas (6) mensetting intensi penyembuhan dan (7) mengikuti suatu panduan untuk pemulihan terhadap kondisi.

Koping pasien terhadap masalah yang dihadapi juga disebutkan oleh pasien kanker. Koping yang dilakukan oleh pasien berbeda-beda, namun tampak pula ada beberapa kesamaan. Schetter, Feinstein dan Taylor (1992) menyatakan bahwa coping yang dilakukan pasien kanker akan berbeda tergantung dari masalah atau kondisi kanker yang dialaminya. Misalnya jika pasien mengalami keluhan atau ketidaknyamanan fisik, maka koping yang adaptif lebih kepada jenis koping yang berfokus pada problem (*problem-focused*), sedangkan untuk masalah yang terkait dengan ambiguitas terhadap masa depan, koping yang adaptif adalah koping yang berfokus pada emosi dengan meregulasi emosi seperti mengalihkan atau menghindari pemikiran negatif.

Ada dua faktor yang menjadi determinan utama dalam pemilihan koping oleh pasien kanker, yaitu faktor situasi kanker yang dialami dan faktor persepsi pasien terhadap stress yang dihadapi. Maka, makin banyak situasi yang dialami, makin banyak bentuk koping yang dilakukan oleh pasien kanker (Schetter, Feinstein dan Taylor, 1992). Selain itu, ada pula beberapa faktor yang dapat menentukan koping yang diambil pasien seperti tingkat sosial ekonomi, jenis kelamin, usia, dan keyakinan keagamaan (Billings & Moos, 1981; Holahan & Moos, 1987; Menaghan, 1983; Pearlin & Schooler, 1978). Tingkat sosial ekonomi yang tinggi berhubungan secara kuat dan konsisten terhadap metode koping tertentu yang diambil, mereka cenderung memilih koping yang berfokus pada masalah (*problem-focused coping*) daripada menghindari masalah sehari-hari. Pada penelitian ini, mayoritas responden berasal dari tingkat sosial ekonomi dan pendidikan yang rendah. Pada kelompok ini, mereka cenderung lebih mudah menerima kondisi yang ada tanpa menggali lebih dalam variasi koping yang bisa diambil.

Kemudian dalam penelitian ini juga, responden merupakan individu yang hidup dalam komunitas keluarga, dimana melekat pada mereka peran sebagai istri atau pasangan bagi suami dan sebagai ibu dari anak-anak yang usianya bervariasi. Peran sebagai pasangan dan ibu juga memberi dampak bagi kehidupan individu kanker. Dukungan pasangan, anak dan keluarga lainnya dapat memperkuat pasien dalam menghadapi kondisi kanker nya. Responden banyak mengatakan bahwa dukungan

pasangan sangat berarti dan memberi kekuatan untuk terus menjalani kehidupan dengan kanker dan treatment nya yang sering membuat mereka lelah dan menyakitkan. Hagedoorn, Sanderman, Bolks, Tuinstra & Coyne (2008) dalam penelitiannya menyatakan bahwa pasangan bisa menjadi peran kunci dalam membantu mengambil keputusan terkait treatment yang harus dilakukan, memberi dukungan emosi dan instrumental, selain itu pasangan juga mempengaruhi penyesuaian diri pasien terhadap kondisi kankernya. McClure, Nezu, Nezu, O'Hea & McMahon (2012) menyatakan bahwa pasien kanker walau bagaimanapun pada awal diagnosa akan mengalami depresi karena penyakit yang dimilikinya, namun jika individu yang mengidap kanker itu mempunyai pasangan yang memiliki keyakinan positif dalam penyelesaian masalah, maka pasien kanker itu cenderung memiliki tingkat depresi yang sangat rendah. Selain peran pasangan terhadap pasien kanker, sebaliknya pasien juga dapat mempengaruhi kehidupan emosional dan juga kesejahteraan pasangannya. Jadi pasien dan pasangannya akan saling mempengaruhi dalam menghadapi dampak kanker pada kehidupan mereka baik secara emosional maupun kegiatan praktis sehari-hari.

Selain implikasi terhadap pasangan, sosok anak juga berperan penting bagi pasien kanker. Ada beberapa responden dalam penelitian ini yang sudah tidak punya pasangan, mereka memandang peran kunci ada pada anak dan suport system yang lain seperti keluarga dekat atau relasi lain yang sudah dianggap keluarga seperti anak kost yang tinggal di rumah kost milik pasien. Terkait dampak pada anak, kondisi kanker dapat berdampak pada kesejahteraan anak. Faktor utama yang menyebabkan dampak pada anak adalah usia dan jenis kelamin anak (Ohayon & Braun, 2010). Dampak yang sangat potensial muncul adalah distress psikologis (Thastum, 2009), kecemasan (Nelson & While, 2001), kesepian, kurang mendapat bantuan, dan merasa bersalah (Christ dkk, 1994), serta beberapa anak cenderung untuk tidak menyatakan perhatiannya langsung tapi mengekspresikannya melalui perilaku mereka berupa kesulitan di sekolah dan masalah dengan teman (Hilton & Elfert, 1996; Visser et al., 2004).

Selanjutnya responden pada umumnya mengungkapkan pula bahwa mereka merasa mempunyai harapan lagi setelah mendengar pengalaman pasien lain yang mengalami kanker yang sama dan berhasil bertahan hidup dan menjalani kehidupan sehari-hari dengan baik. Kelompok pasien yang memiliki pengalaman kanker yang sama dapat menjadi dorongan yang besar untuk terus optimis menjalani pengobatan karena

kelompok itu memberi gambaran nyata akan keberhasilan treatment kanker. Sparks (1988) menyatakan bahwa dukungan kelompok sosial informal maupun formal merupakan kekuatan yang paling mempengaruhi adaptasi pasien terhadap diagnosis dan treatment kanker. Dukungan informal dari pasien lain yang memiliki peyakit yang sama, anggota keluarga dan tim kesehatan dapat memengaruhi adaptasi pasien terhadap kondisi kanker nya (Dunkel-Schetter, 1984; Willey & Silliman, 1990), terutama pada pasien dengan kanker payudara (Bloom & Spiegel, 1984; Levy & Schain, 1988; Neuling & Winefield, 1988; Northouse, 1988; Palsson & Norberg, 1995; Pistrang & Barker, 1995). Dukungan sosial informal antar pasien yang sama mengalami kanker payudara berpengaruh secara positif pada mobilitas setelah mastektomi dan dapat meningkatkan persepsi terhadap kesehatan dan body image serta telah terbukti dapat mengurangi perasaan negatif (Van denBorne, Pruyn, & Van Dam de May, 1986).Kemudian Spiegel dkk (1989) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa wanita yang mengikuti terapi kelompok secara formal dengan sesama pasien kanker ternyata dapat bertahan hidup lebih lama dibanding yang tidak mengikuti sesi terapi kelompok tersebut.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 SIMPULAN

Penelitian yang bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien kanker yang pertama kali didiagnosa kanker ini dilaksanakan di Rumah Sakit pemerintah rujukan propinsi Jawa Barat, Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung. Dalam penelitian ini ditemukan bahwa masalah yang muncul pada awal pasien didiagnosa kanker adalah masalah fisik dan psikologis. Masalah yang terkait dengan aspek fisik meliputi keluhan terkait penyakitnya seperti nyeri, perdarahan, sulit tidur, ketidaknyamanan fisik, dan keterbatasan dalam melakukan aktifitas sehari-hari. Sedangkan masalah-masalah yang

terkait dengan aspek psikologis meliputi munculnya emosi negatif seperti kaget, sedih, takut, dan marah, kemudian juga muncul masalah kesehatan mental seperti rasa putus asa bahkan sampai pada keinginan bunuh diri.

Penelitian terhadap pasien kanker leher rahim dan kanker payudara ini juga mengungkap bahwa pada saat awal-awal terdiagnosa kanker mereka membutuhkan berbagai aspek dukungan untuk bertahan (*survive*) dalam menghadapi kehidupan sehari-hari dan menjalani *treatment* kanker yang jika tidak dihadapi dengan tepat dapat membuat pasien menyerah dan tidak mau melanjutkan *treatment* nya. Kebutuhan yang terungkap dari para pasien tersebut adalah dukungan sosial dari pasangan, anak, keluarga/kerabat, tetangga dan lingkungan sekitar pasien; serta dukungan dari professional kesehatan; kebutuhan untuk mempunyai coping yang adaptif; kebutuhan mendapatkan motivasi dari survivor kanker; dan kebutuhan instrumental. Kebutuhan tersebut merupakan pedoman bagi peneliti untuk mengembangkan model pendampingan yang tepat pada pasien kanker yang baru terdiagnosa sesuai dengan karakteristik partisipan.

Model pendampingan yang dapat diberikan kepada pasien kanker perlu disesuaikan dengan karakteristik pasien seperti latar belakang lingkungan tempat tinggal (perkotaan atau desa), usia, dan tingkat pendidikan. Konseling bisa diberikan pada kelompok pasien yang sudah mempunyai kemampuan dasar untuk menyelesaikan masalah, sedangkan yang lain bisa dengan model pendampingan lain seperti *guidance* atau psikoterapi.

5.2 SARAN

1) Kepada Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung

Hasil penelitian dapat dijadikan masukan pihak manajemen Rumah Sakit untuk meningkatkan pelayanan terhadap pasien kanker berdasarkan kebutuhan yang telah diungkapkan, seperti peningkatan kemampuan professional kesehatan dalam membantu pemenuhan kebutuhan tersebut baik biopsikososial maupun spiritual melalui berbagai pelatihan terkait

2) Kepada Profesi Keperawatan

Hasil penelitian ini telah memberikan gambaran tentang kebutuhan pasien kanker yang baru didiagnosa sehingga perawat sebagai tenaga professional kesehatan yang mempunyai peran utama dalam memenuhi kebutuhan pasien dapat menggunakan hasil penelitian ini untuk merumuskan dan mengembangkan rumusan asuhan keperawatan terhadap pasien kanker yang baru didiagnosa

3) Kepada Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini merupakan penelitian dasar bagi penelitian lebih lanjut tentang predictor program pendampingan terhadap pasien kanker yang baru didiagnosa berdasarkan karakteristik pasien, serta pengembangan terapi terkait sebagai upaya pemenuhan kebutuhan pada pasien yang baru pertama kali didiagnosa kanker

DAFTAR PUSTAKA

- Baggot, R.B., Kelly, K.P., Fochtman, D., & Folley, G. (2001). *Nursing care of children and adolescent with cancer*. (3rd edition). Pennsylvania: W.B Saunders Company.
- Billings, A. G., Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioural medicine*, 4, 157-189
- Bloom, J.R., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science & Medicine*, 19, 831–837.
- Cancer Research UK. 2010. *Cancer Incidence for common cancer*. Diperoleh melalui www.cancerresearchuk.org tanggal 20 Mei 2013.
- Christ, G. H., Siegel, K., Sperber, D. (1994). Impact of parental terminal cancer on adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 604-613
- Christone (2012) *Gambaran Penderita Carcinoma Paru Di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung Pada Periode 1 Januari 2011 Sampai 31 Desember 2011*. Other thesis, Universitas Kristen Maranatha.
- Data rekam medik Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung

- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40, 77–98.
- Fauzi, Fadhli Firman (2012) *Gambaran Kanker Serviks Di Rumah Sakit Hasan Sadikin Kota Bandung Periode 1 Januari - 31 Desember 2010*. Other thesis, Universitas Kristen Maranatha. Yehezkiel
- Fawzy, F.I., Fawzy, N.W., Arndt, L.A., & Ps nau, R.O. (1995). Critical review of psychosocial intervention in cancer. *Archives of General Psychiatry*, 52, 100-12
- Gladding, S.T. (1992). *Counselling A comprehensive profession* 2nd ed. New York. Macmillan Pub.Co
- Gladding, S.T. (2004). *Counselling A comprehensive profession* 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson
- Gockel, A. (2007). How people draw on spirituality and utilize counselling to create experiences of healing and wellness. Disertasi. The University of British Columbia
- Gurney, J. G., *et al* .(1998). Trends in cancer incidence among children in the U.S. *CA Cancer J Clin, American Cancer Society*. Volume 78, Issue 3, pages 532-541.
- Grimsbø, G. H., Ruland, C. M., & Finset, A. (2012). Cancer patients' expressions of emotional cues and concerns and oncology nurses' responses, in an online patient-nurse communication service. *Patient education and counseling*, 88(1), 36–43. doi:10.1016/j.pec.2012.01.007
- Hagedoorn, M., Sanderman, R., Coyne, J. C. (2008). Distress in Couples Coping with Cancer : A meta-Analysis and Critical review of Role and Gender Effects. *Psychological Bulletin American Psychological Association*, 134, 1-30.
- Hilton, B. A., Elfert, H. (1996). Children's experience with mother's early breast cancer. *Cancer practice*, 4, 96-104
- Holahan, C. J., Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 946-955
- Jevne, R.F., Nekolaichuk, C.L., Williamson, F.H.A. (1998). A model for counselling cancer patients. *Canadian Journal of Counselling*. Vol.32:3
- Jorgensen, T.L., Hallas, J., Friis, S., Herrstedt, J. (2012). Comorbidity in elderly patients in relation to overall and cancer-specific mortality. *British Journal of Cancer* 106, 1353-1360.
- Kwon, S., Hou, N., & Wang, M. (2012). Comparison of physical activity levels between cancer survivors and non-cancer participants in the 2009 BRFSS, 54–62. doi:10.1007/s11764-011-0204-8
- Lesmana, J.M. (2008). *Dasar-dasar Konseling*. Penerbit Universitas Indonesia. Jakarta

- Lewis FM. 1996. The impact of cancer on the family : A critical analysis of the research literature
- Levy, S.M., & Schain, W.S. (1988). Psychologic response to breast cancer: Direct and indirect contributors to treatment outcome. In M.E. Lippman. (Ed.), *Diagnosis and management of breast cancer* (pp. 439–56). Philadelphia: Saunders.
- Lu, W., Cui, Y., Zheng, Y., Gu, K., Cai, H., Li, Q., Zheng, W., et al. (2007). Impact of newly diagnosed breast cancer on quality of life among Chinese women. *Breast cancer research and treatment*, 102(2), 201–10. doi:10.1007/s10549-006-9318-5
- Malone M, Harris AL, Luscombe DK. Assessment of the impact of cancer on work recreation, home management and sleep using a general health status measure. *J R Soc Med* 1994; 87: 386–389.
- McClure, K. S., Nezu, A. M., Nezu, C. M., O’Hea, E. L., Mc Mahon, C. (2012). *Journal Psycho Onchology*, 21: 11-12
- McGrath.(2004). Reflections on serious illness as spiritual journey by survivors of haematological malignancies.*European Journal of Cancer Care*, 13, 227 - 237.
- Menaghan, E. (1983). Individual coping efforts : Moderators of relationship between life stress and mental health outcomes. Dalam H.B. Kaplan (Ed), *Psychosocial stress : Trends in theory and research* (hal. 157-191). New York : Academic
- National Cancer Institute. 2012. *Surveillance Epidemiology End Results: Generate customs research from the cancer statistic review, 1975-2010*. Diperoleh melalui www.seer.cancer.gov tanggal 20 Mei 2013.
- Nelson, E., While, T. O. (2001). Children’s adjusment during the first year of parent cancer diagnosis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 29, 15-36
- Neuling, S.J., & Winefield, H.R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: Frequency and correlates of supportive behaviors by family, friends, and surgeon. *Journal of Social Science & Medicine*, 27, 385–392.
- Northouse, L.L. (1990). A longitudinal study of the adjustment of patients and husbands to breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 17 (Supplement), 39–43.
- Nursing, P., & Source, A. H. (2005). A Qualitative Study about Cervical Cancer Screening Among Latinas ...
- Ohayon, I. H., Braun, M. (2010). Being a parent and coping with cancer : Intervention development. *Journal of Palliative and Supportive Care*, 9, 149-152
- Palsson, M.B., & Norberg, A. (1995). Breast cancer patients’ experiences of nursing care with the focus on emotional support: The implementation of a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 277–285.
- Pascoe, S.W., Neal, R. D., Allgar, V. L., Selby, P. J., Wright, E. P., (2004). Psychosocial care for cancer patients in primary care ? Recognition of opportunities for cancer care. *Journal of Family Practise*, 2 (4) 437-442

- Pearlin, L. L., Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 2-21
- Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Journal of Social Science & Medicine*, 40, 789–797.
- Poerwandari, E.K. (2007). Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia. Lembaga Pengembangan sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi (LPSP3). Depok
- Price, S.A., & Wilson, L.M. (2005). *Patofisiologi: Konsep klinis proses-proses penyakit*. Jakarta: EGC.
- Peiretti, M., Zapardiel, I., Zanagnolo, V., Landoni, F., Morrow, C. P., & Maggioni, A. (2012). Management of recurrent cervical cancer: A review of the literature. *Surgical Oncology*, 21(2), e59-66.doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.suronc.2011.12.008
- Sarafino, E.P. (2006). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions* 5th ed. NJ:Wiley
- Schetter, C.D.,Feinstein, L.G., Taylor, S. E., Falke, R. L. (1992). Patterns of Coping With Cancer. *Journal of Health Psychology*. 11(2), 79 - 87
- Schulz R, Williamson GM, Knapp JE, Bookwala J, Lave J, Fello M. The psychological, social, and economic impact of illness among patients with recurrent cancer. *J Psychosoc Oncol* 1995 13: 21–45
- Sie, Sielvyana (2011) *Gambaran Penderita Rawat Inap Tumor Payudara Di Rumah Sakit Hasan Sadikin Periode Januari - Desember 2010*. Other thesis, Universitas Kristen Maranatha.
- Siegel, R., Naishadham, D., Jemal, A. (2012). Cancer statistics, 2012. *CA: A Cancer J Clin*. Volume 62, Issue 1, pages 10-29.
- Sobel, D. S. (1995). Rethinking medicine : Improving health outcomes with cost-effective psychosocial interventions. *Psychosomatic medicine*, 57 (3), 234-244
- Sparks, T.F. (1988). Coping with the psychosocial stresses of oncology care. *Journal of Psychosocial Oncology*, 6, 165-179
- Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., dan Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 2 (8668), 888-891
- Strachtchenko, S. (1990). Conceptual differences between prevention and health promotion : Research implications for community health program. *Canadian Journal of Public health*, 81, 53-59
- Stommel, M., Given, B.A., Given, C.W., Kalaian, H.A., Schulz, R. & McCorkle, R. (1993). Gender bias in the measurement properties of the center for epidemiologic studies depression scale (CES - D). *Psychiatry Research*, 49, 3 , 239 - 250.

- Thastum, M., Waston, M., Kienbacher, C. (2009). Prevalence and predictors of emotional and behavioral functioning of children where a parent has a cancer : A multinational study. *Cancer*, 115, 4030-4039
- The Royal Marsden. (2014). Psychosocial care and counselling for cancer patients and their families. Diunduh dari situs web Cancer care, tersedia pada [www.royalmarsden.nhs.uk/diagnosis-treatment/patient-support/psychological care](http://www.royalmarsden.nhs.uk/diagnosis-treatment/patient-support/psychological-care)
- Van den Borne, H., Pruyn, J.F., & Van Dam de May, K. (1986). Self help in cancer patients: A review of studies on the effects of contacts between fellow patients. *Patient Education & Counseling*, 8, 367–385.
- Van Tulder MW, Aaronson NK, Bruning PF. The quality of life of long-term survivors of Hodgkin's disease. *Ann Oncol* 1994; 5: 153–158.
- Visser, A., Huizinga, G. A., van der Graaf, W.T.A. (2004). The impact of parental cancer on children and the family: A review of the literature. *Cancer Treatment Reviews*, 30, 683-694.
- Wiley, C., Silliman, R. A. (1990). The impact of disease on the social support experiences of cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8, 367-385