



UNIVERSITAS INDONESIA

PENGALAMAN PASIEN DENGAN *COLOSTOMY*
DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN KANKER
KOLOREKTAL DI WILAYAH DKI JAKARTA

TESIS

Diajukan Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar Magister
Ilmu Keperawatan Medikal Bedah

Oleh

UMI ISTIANAH
NPM. 0606027474

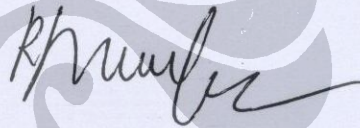
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008

LEMBAR PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui, dan dipertahankan dalam ujian sidang tesis
pada Program Pascasarjana Fakultas Keperawatan
Universitas Indonesia

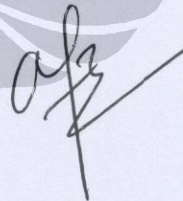
Depok, 16 Juli 2008

Pembimbing I



DR. Ratna Sitorus, SKp, MApp, Sc.

Pembimbing II

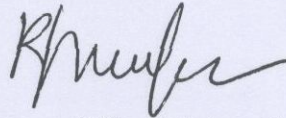


Yati Afiyanti, SKp, MN

LEMBAR NAMA ANGGOTA PENGUJI TESIS

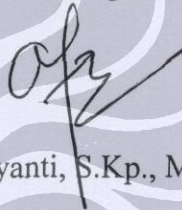
Depok, 16 Juli 2008

Pembimbing I



Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc.

Pembimbing II



Yati Afiyanti, S.Kp., MN

Anggota



Cori Tri Suryani, S.Kp., M.Kep.

Anggota



Masfuri, S.Kp., MN

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan hidayahNya sehingga penulis dapat menyusun tesis dengan judul “ Pengalaman Pasien dengan *Colostomy* dalam Konteks Asuhan Keperawatan Kanker Kolorektal di Wilayah DKI Jakarta”. Tesis ini disusun sebagai persyaratan guna memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah.

Selama melakukan penelitian dan menyusun tesis ini, penulis banyak mendapat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dewi Irawaty, MA, Ph.D, sebagai Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, sebagai Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. DR. Lucky Herawati, SKM, M.Sc., sebagai Direktur Politeknik Kesehatan Yogyakarta dan Maria H. Bakri, SKM, MKes., sebagai Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Yogyakarta
4. DR. Ratna Sitorus, SKp, MApp, Sc., sebagai pembimbing I yang telah memberikan ide, bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.
5. Yati Afiyanti, SKp, MN, sebagai pembimbing II yang juga telah memberikan ide, bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.

6. Seluruh Staf Pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmunya dan seluruh staf akademik yang membantu selama proses pendidikan.
7. Mbak Iwat yang telah memberiku inspirasi dan teman-teman mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, khususnya mahasiswa Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah atas dukungan dan motivasinya.
8. Mbak Wida dan Asmi, juga klinik Wocare-nya, terimakasih atas bantuannya
9. Seluruh partisipan yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini
10. Suami dan anak-anakku tercinta, ibunda dan adik-adik yang telah memberikan dukungan dan doanya
11. Almarhum ayahanda yang walaupun telah tiada, tetapi masih tetap dirasakan semangat dan dukungannya.
12. Semua pihak, yang tanpa mengurangi rasa terima kasih, tidak dapat disebutkan satu per satu.

Penulis sangat berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat untuk pembaca sekalian.

Depok, Juli 2008

Penulis

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2008

Umi Istianah

Pengalaman pasien dengan *colostomy* dalam konteks asuhan keperawatan kanker kolorektal di Wilayah DKI Jakarta.

ix + 99 hal + 4 lampiran

Abstrak

Colostomy adalah sebuah *ostomy* (lubang) yang dibuat di kolon dengan tujuan untuk pengeluaran feses atau meningkatkan penyembuhan. Pembuatan lubang ini memberikan dampak baik fisik maupun psikososial dalam kehidupan. Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam tentang pengalaman pasien hidup dengan *colostomy* dan bagaimana pasien memaknai pengalaman tersebut. Desain penelitian ini adalah fenomenologi deskriptif dengan metode wawancara mendalam. Partisipan adalah individu dengan kanker kolorektal yang menggunakan *colostomy*, diambil dengan cara *purposive sampling*. Data yang dikumpulkan berupa rekaman hasil wawancara dan catatan lapangan yang dianalisis dengan menerapkan teknik Collaizi. Penelitian ini mengidentifikasi 5 tema, yaitu 1) menjadi berbeda dengan orang normal dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasca tindakan *colostomy*; 2) mempunyai *colostomy* menimbulkan berbagai ketidaknyamanan fisik dan psikososial dalam menjalani kehidupan sehari-hari; 3) menjadi tidak sebebaskan dulu, setelah tindakan *colostomy*; 4) berbagai respon tahapan berduka ketika pertama kali menjalani kehidupan pasca tindakan *colostomy*; dan 5) setiap pasien dengan *colostomy* membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa hidup dengan *colostomy* sebenarnya bukan merupakan suatu masalah tetapi hanya "berubah" bila dibandingkan dengan orang normal. Perubahan ini memerlukan modifikasi gaya hidup dari pasien dengan *colostomy*. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman tentang pentingnya pemberian informasi bagi pasien sehingga perlu dibuatkan panduan khusus bagi pasien yang akan menjalani operasi *colostomy*.

Kata kunci : *colostomy*; pasien; kanker kolorektal; asuhan keperawatan
Daftar pustaka, 56 (1988-2008)

POST GRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, July 2008

Umi Istianah

Patient experiences living with colostomy in the context of nursing care of patient with colorectal cancer in Jakarta.

ix + 99 pages + 4 appendixes.

Abstract

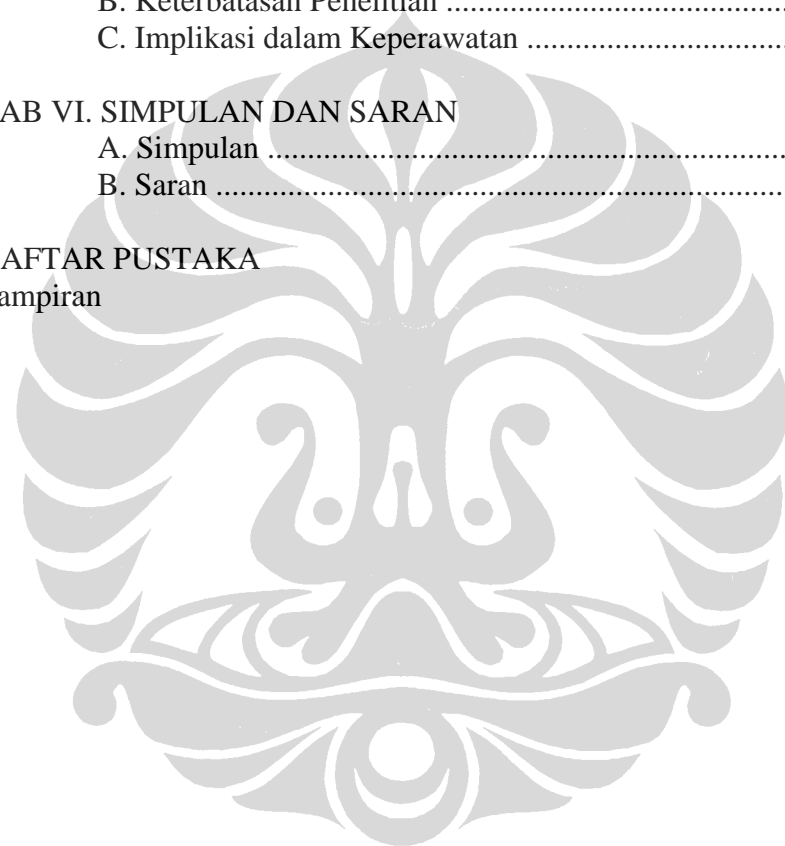
Colostomy is an *ostomy* made in colon intended to evacuate the fecal or promote healing process. The formation of stoma can affect a person's life both physical and psychosocial aspects. The aims of this study were to explore patient experiences living with colostomy and how they takes the meaning from this experience. This study employed descriptive phenomenology design and data were collected by in-depth interview. Partisipants were individual with colostomy caused by colorectal cancer collected by purposive sampling. Data gathered were in interview recording and field note form, then transcribed and analyzed by Collaizi's analysis method. This study identified 5 themes includes : 1) differ from others in daily need; 2) having colostomy result in physical and psychosocial discomfort in daily living; 3) not free as usual after colostomy; 4) grieving process after colostomy; and 5) patient with colostomy need a professional health care. The results revealed that living with colostomy in fact is not a problem but just a "change" compared to normal condition. The cange needs a life style modification from patient with colostomy. This result hoped to give an understanding about the important of information for patient, therefor it is needed to develop a guideline for patient who will have a colostomy.

Key words : colostomy; patient; colorectal cancer; nursing care.
References, 56 (1988-2008).

DAFTAR ISI

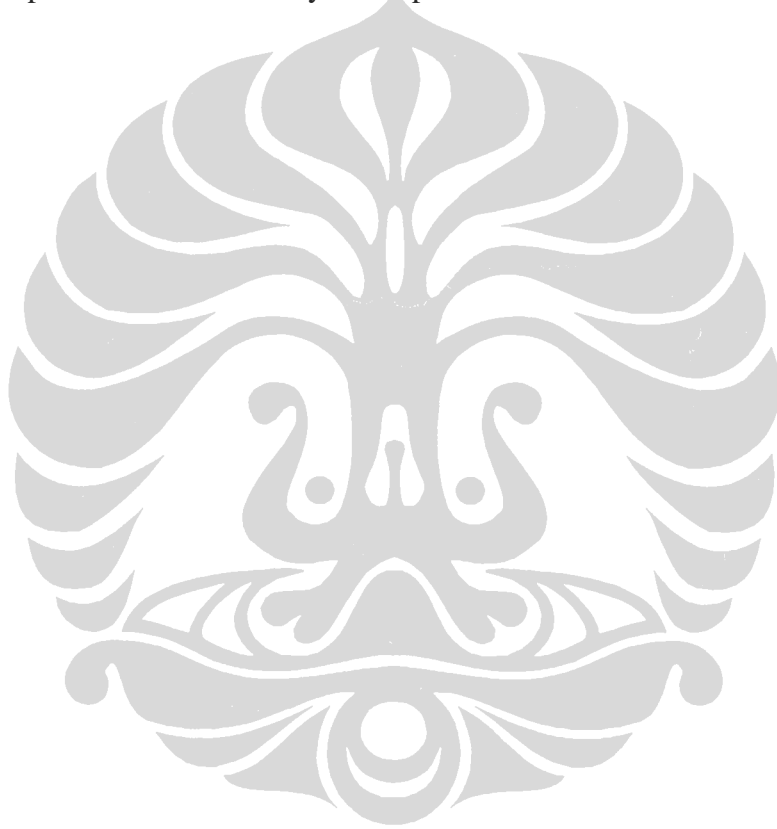
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
LEMBAR NAMA ANGGOTA PENGUJI TESIS	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan	10
D. Manfaat	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Kanker Kolorektal	
1. Pengertian	13
2. Etiologi	13
3. Patofisiologi	13
4. Manifestasi	14
5. Komplikasi	15
6. Diagnosis	15
7. Penatalaksanaan	17
B. <i>Colostomy</i>	
1. Pengertian	18
2. Indikasi	18
3. Macam-macam colostomy	19
4. Dampak colostomy	20
5. Stress, coping dan adaptasi	23
6. Kehilangan dan berduka	26
C. Asuhan Keperawatan	
1. Pengkajian	30
2. Diagnosa Keperawatan	32
3. Intervensi Keperawatan	33
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Rancangan Penelitian	39
B. Partisipan.....	40
C. Waktu dan Tempat Penelitian	42
D. Etika Penelitian	43

E. Prosedur Pengumpulan Data	46
F. Alat Pengumpulan Data	48
G. Analisis Data	49
H. Keabsahan Data	50
BAB IV HASIL PENELITIAN	
A. Gambaran Karakteristik Partisipan	54
B. Analisis Tematik	55
BAB V PEMBAHASAN	
A. Interpretasi Hasil Penelitian	70
B. Keterbatasan Penelitian	87
C. Implikasi dalam Keperawatan	89
BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	92
B. Saran	94
DAFTAR PUSTAKA	
Lampiran	



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan tentang penelitian
- Lampiran 2 Lembar persetujuan penelitian
- Lampiran 3 Panduan wawancara
- Lampiran 4 Daftar riwayat hidup



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut *World Health Organization (WHO)*, setiap tahun jumlah penderita kanker di dunia bertambah 6,25 juta orang. Dalam 10 tahun mendatang diperkirakan 9 juta orang akan meninggal setiap tahun akibat kanker. Dua pertiga dari penderita kanker di dunia akan berada di negara-negara berkembang (Yayasan Kanker Indonesia, Semua yang perlu anda ketahui tentang kanker, ¶ 1, <http://www.sponge.org>, diperoleh tanggal 20 Februari 2008). Beban akibat kanker semakin meningkat di negara berkembang dengan kasus kematian dari infeksi penyakit ini. Masyarakat di negara berkembang mempunyai kebiasaan mengadopsi gaya hidup masyarakat Barat seperti merokok, mengonsumsi makanan yang mengandung kalori tinggi, serta minimnya kegiatan fisik sehingga meningkatkan resiko terkena penyakit kanker ini.

Indonesia sebagai salah satu negara berkembang mempunyai angka kejadian kanker yang terus bertambah dari waktu ke waktu. Kanker masih menempati urutan besar berbagai penyakit yang dapat menyebabkan kematian di Indonesia. Urutan penyebab kematian di Indonesia antara lain karena kecelakaan lalu lintas, penyakit infeksi, jantung, diare, stroke, lalu kanker (Siswono, 2004, ¶ 1, <http://www.gizi.net>, diperoleh tanggal 28 Desember 2007). Lembaga Riset Kanker Internasional (*International Agency For Research on Cancer*), melaporkan tiga jenis kasus kanker

yang paling umum ditemukan di antara pria adalah kanker prostat, paru-paru, dan kolorektal. Sedang di antara wanita adalah kanker payudara, kolorektal, dan paru-paru. (*International Agency for Research on cancer*, ¶ 3, <http://www.infeksi.com>., diperoleh tanggal 20 Februari 2008).

Kanker kolorektal merupakan jenis kanker pada saluran pencernaan terbanyak di Amerika. Angka kejadiannya sama antara pria dan wanita serta merupakan kanker tersering ke tiga dan penyebab kematian ke dua akibat kanker (Black & Hawks, 2005). Kanker kolon diperkirakan tiga kali lebih sering daripada kanker rektal. Diperkirakan ± 135.000 kasus baru kanker kolorektal didiagnosa setiap tahunnya dan ± 56.000 orang meninggal akibat penyakit ini. Di Australia, kanker kolorektal merupakan penyebab ke dua kematian tersering yang disebabkan oleh kanker. Di New Zealand merupakan kanker yang paling banyak terjadi pada laki-laki dan merupakan urutan ke dua setelah kanker paru. Pada wanita merupakan kanker tersering ke dua setelah kanker payudara. Ditemukan ± 11.650 kasus baru kanker kolorektal di Australia dan 3.300 di New Zealand setiap tahunnya. Di Australia, kanker kolorektal diperkirakan mengakibatkan 4.575 kematian di tahun 1999 dan ± 660 di New Zealand (Brown & Edwards, 2005).

Setiap tahun terjadi 60.000 kematian karena kanker kolorektal. Risiko kanker ini meningkat secara drastis pada orang dewasa setelah usia 40 tahun dan mencapai puncaknya pada usia 70 tahun. Median usia terbanyak kanker ini adalah usia 70 tahun. Dari berbagai laporan, di Indonesia terdapat kenaikan jumlah kasus (kanker usus besar), meskipun belum ada data yang pasti. Data di Departemen Kesehatan

didapati angka 1,8 per 100 ribu penduduk. (Pasaribu, Kesalahan gaya hidup sebabkan bertambahnya penderita kanker, ¶ 10, <http://kiatsehat.com>). Kanker ini lebih banyak muncul pada masyarakat yang tinggal di kota metropolitan daripada daerah pedesaan (Boyze, Zaridze, & Smans, 1985 dalam Grose, 2002). Pola-pola epidemiologi dari penyakit ini menunjukkan bahwa faktor genetik dan lingkungan mempunyai peranan penting dalam perkembangan kanker kolorektal (Potter, 1999 dalam Grose, 2002).

Penanganan kanker kolorektal antara lain dengan terapi pembedahan yaitu reseksi kolon dengan *reanastomosis*, *colostomy* baik sementara maupun tetap dan reseksi *abdominal perineal*; kemoterapi dan terapi radiasi. *Colostomy* adalah *ostomy* yang dibuat di kolon untuk mengalirkan feses keluar dari tubuh. *Colostomy* dibuat jika usus mengalami obstruksi oleh karena tumor, sifatnya bisa sementara untuk mempercepat penyembuhan *anastomosis*, atau bersifat tetap untuk pengeluaran feses jika kolon dan rektum diangkat. Pemberian nama *colostomy* disesuaikan dengan lokasi/letak *ostomy* dibuat yaitu *ascending colostomy*, *transverse colostomy*, *descending colostomy* dan *sigmoid colostomy*.

Pembuatan *stoma* termasuk *colostomy* pada pasien kanker kolorektal menimbulkan munculnya berbagai masalah pada pasien baik fisik maupun psikologis. Menurut Brown dan Edwards (2005), terapi pembedahan pada kanker kolorektal khususnya *colostomy* sering memberikan efek yang sangat besar pada *body image* dan seksual *responsiveness*. Adanya tabu sosial tentang fungsi eliminasi menyebabkan banyak pasien merasa tidak nyaman jika sekarang fesesnya harus keluar melalui lubang yang

ada di perutnya. Pasien sering mengekspresikan berbagai reaksi antara lain *fatigue* dan kelemahan yang berlebihan, perasaan rapuh dan mudah merasa bersalah, putus asa, perasaan invalid dan depresi, ketakutan akan adanya bau, kebocoran atau takut kotor pada baju, emosional dan perasaan hilangnya kontrol diri.

Sedangkan menurut Black (2000) problem terbesar pasien dengan *stoma* adalah ketakutan jika mereka akan menghasilkan bau yang dapat dideteksi atau diketahui oleh orang lain. Komplikasi *stoma* lainnya menurut Black adalah stress pasien akan kemungkinan isolasi sosial, rendahnya *self esteem*, konflik *body image* dan perasaan tak berdaya dan tidak kompeten. Masalah fisik yang dapat timbul pada kulit di sekitar *stoma* antara lain kebocoran feses, iritasi mekanis, alergi/*hypersensitivity*, lembab, dan penyakit kulit yang ada sebelumnya seperti eksim, psoriasis, *pyoderma*. Masalah-masalah lainnya pada *stoma* adalah hernia, prolaps, ileus paralitik, retraksi dan stenosis.

Reaksi terhadap pembedahan *ostomy* menurut Ignatavius dan Workman (2006), adalah adanya ketakutan tidak dapat diterima oleh orang lain, perasaan kehilangan berhubungan dengan gangguan dalam *body image* dan masalah seksualitas. Padilla dan Grant (1985), menyatakan bahwa ada hubungan antara kualitas hidup dan harga diri pada individu dengan *stoma*. Hasil dari penelitian yang dilakukannya menunjukkan bahwa kualitas hidup dan harga diri bersifat *indicative* dan bahwa keseluruhan populasi individu dengan *stoma* mempunyai persepsi yang positif. Hasil penelitian ini juga menyatakan bahwa individu-individu dengan *stoma* mempunyai hasil pemulihan psikososial yang buruk yang meliputi tidak mau kembali ke

pekerjaan mereka sebelumnya, tidak menginginkan kontak dengan teman atau bahkan dengan keluarganya.

Selain itu Wade (1990) menyatakan bahwa pasien yang menghadapi pembedahan *stoma* juga menghadapi kemungkinan suatu perubahan dalam penampilan dan kehilangan kontrol eliminasi. Meskipun telah bertambah banyak perawat spesialis *stoma*, Wade menyatakan bahwa pasien dengan *stoma* tetap merasa takut terhadap penolakan oleh teman, keluarga dan dikucilkan oleh masyarakat, penolakan oleh pasangan seksual serta rusaknya perkawinan.

Hasil penelitian lainnya tentang *colostomy* antara lain studi literatur yang dilakukan oleh Brown dan Randle (2005), didapatkan bahwa pembuatan *stoma* dapat mempengaruhi kehidupan seseorang dalam banyak aspek. Kemudian penelitian kualitatif dengan pendekatan *grounded theory* tentang *stoma care : the patient's perspective* oleh Deeny dan Mc Crea (1991), melaporkan bahwa ketika kebutuhan individu terpenuhi, kebutuhan psikologis dan sosial tidak teridentifikasi. Perawat mungkin kurang mempunyai keterampilan yang diperlukan untuk membangun hubungan yang baik dengan pasien sehingga masalah-masalah psikologis dan sosial kurang bisa tergalikan dengan baik.

Studi kualitatif yang dilakukan pada pasien kanker kolorektal oleh Persson, Gustavsson, Hellstrom, Ippas dan Hulten (2005) tentang persepsi pasien dengan *ostomy* terhadap *quality of care* menyatakan bahwa informasi dan konseling untuk pasien dengan *ostomy* yang diberikan oleh perawat spesialis dan dokter bedah

nampaknya masih kurang dan menyarankan bahwa standar untuk *quality of care* memerlukan evaluasi dan revisi secara terus menerus.

Studi kualitatif dari perspektif pasien kanker kolorektal juga telah dilakukan oleh Sahay, Gray, dan Fitch (2000) dan dilaporkan bahwa secara keseluruhan pasien telah puas dengan penanganan yang dilakukan termasuk kualitas dan ketepatan informasi yang diterima, kualitas dari pemberi asuhan keperawatan, dan tingkat keterlibatan dalam membuat keputusan. Tetapi beberapa pasien merasa tidak puas dengan informasi mengenai manajemen jangka panjang tentang penyakitnya. Hampir semua pasien mempunyai pandangan yang positif terhadap pengalaman sakitnya, meskipun beberapa pasien dengan *colostomy* mempunyai kesulitan tambahan. Meskipun perhatian ada pada perubahan positif, beberapa pasien mempunyai kesulitan dalam coping akibat dari penanganan yang diberikan.

Hasil penelitian lainnya yang dilakukan oleh Piwonka dan Merino (1999) tentang faktor-faktor yang berkontribusi terhadap kemampuan penyesuaian diri pasien pasca operasi dengan *colostomy* tetap, didapatkan bahwa adaptasi pasien terhadap *colostomy* dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya: kemampuan *self-care* terhadap *colostomy*, dukungan psikologis, dukungan sosial dari keluarga dan orang-orang penting pasien. Keberhasilan penyesuaian diri terhadap *colostomy* tetap, lebih sering terjadi jika pasien memperoleh penjelasan yang adekuat tentang perawatan dirinya dan memperoleh dukungan psikologis yang tepat untuk menyatukan perubahan fisiknya yang baru dalam gambaran diri yang sehat termasuk penerimaan yang terus menerus dari keluarga dan orang-orang di sekitar pasien.

Di Indonesia belum banyak literatur melaporkan tentang bagaimana kehidupan pasien dengan *colostomy* di rumah. Pasien dengan *colostomy* memerlukan dukungan fisik dan psikologis sebelum dan setelah operasi (Taylor, Lillis & Lemone, 1997). Dukungan dapat berasal dari orang yang dekat dengan pasien atau dari orang-orang yang mempunyai pengalaman sama dengan pasien. Secara fisik *colostomy* memerlukan perawatan yang spesifik. Pada awalnya perawatan yang spesifik ini dilakukan di rumah sakit dan menjadi tanggung jawab perawat sampai pasien bisa melaksanakannya secara mandiri.

Perawat mempunyai peran yang besar dalam perawatan pasien dengan *stoma* sejak sebelum operasi sampai pasien pulang dari rumah sakit. Pada saat sebelum operasi, perawat penting untuk mempersiapkan secara psikologis, *mereview* informasi yang telah diberikan oleh dokter, perawat harus mengidentifikasi kemampuan pasien terhadap *self care*, mengidentifikasi *support system* dan mengidentifikasi kemungkinan-kemungkinan adanya faktor penghambat yang dapat dimodifikasi selama proses rehabilitasi. Perawat perlu melakukan pengkajian sebelum operasi yang meliputi komponen fisik, psikologis, kultural dan edukasional (Brown & Edwards, 2005).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh Comb (2003) tentang peran perawat dalam perawatan *stoma*, diceritakan tentang adanya proses berduka yang dialami oleh pasien setelah pembuatan *stoma*. Pada saat kunjungan rumah, Comb dapat melihat adanya tanda-tanda berduka seperti *denial* dan isolasi, marah, depresi dan akhirnya menerima. Selama kunjungan rumah, lebih banyak didiskusikan tentang ketakutan-

ketakutannya, hasratnya sebagai seorang wanita, keinginannya untuk memakai bikini, dan hilangnya kepercayaan diri pasien.

Menurut Sultenfuss (1998), proses berduka atau proses adaptasi individu yang mengalami perubahan atau kehilangan dapat melalui beberapa fase : syok dan panik yang ditandai dengan pasif, tidak mempunyai kemampuan untuk menyelesaikan masalah, kesulitan dalam mengambil keputusan, afek tumpul dan tidak mampu memperhatikan dirinya sendiri; *defensive retreat* ditandai dengan *denial*; pengakuan dan terakhir adaptasi / resolusi. Pada pasca operasi, asuhan keperawatan harus difokuskan pada pengkajian terhadap *stoma*, perlindungan terhadap kulit, pemilihan kantong/ *colostomy bag* dan membantu pasien beradaptasi secara psikologis terhadap perubahan tubuhnya. Keberhasilan rehabilitasi pasien dengan *stoma* di komunitas tergantung dari perawatan pasien selama di rumah sakit dan persiapan pasien untuk memasuki fase baru dari kehidupan pasien (Black, 1990). Perawat dalam pembuatan *discharge planning* pasien dengan *stoma* perlu mempunyai pengetahuan tentang apa yang diperlukan oleh pasien dan tentang dinamika keluarga setiap pasien.

Dalam wawancara komprehensif yang dilakukan oleh Dyk dan Sutherland (1998) tentang adaptasi keluarga, didapatkan bahwa ternyata keluarga lebih stress daripada yang dilaporkan pasien. Selama periode sebelum operasi, hampir 40% dari pasangan memberikan dukungan dan menyembunyikan kesedihan dan kecemasannya, menyembunyikan diagnosis penyakit untuk dirinya sendiri, dan lebih perhatian terhadap kesulitan-kesulitan yang dialami oleh pasien daripada kesulitannya sendiri. Sedikit pasangan yang merasa terpaksa, bertubi-tubi, terancam dan takut terhadap

penyakitnya menjadi lebih serius atau kematian jika pasien menolak untuk dilakukan operasi.

Melihat fenomena di atas, tampak bahwa masalah pasien dengan *stoma* khususnya *colostomy* begitu banyak dan kompleks. Meskipun sudah banyak terungkap tentang masalah-masalah pasien dengan *colostomy*, tetapi di Indonesia sendiri belum ada laporan mengenai hal ini. Indonesia memiliki keadaan sosial dan kultural yang berbeda dengan keadaan di negara lain sehingga pengalaman yang dialami pasien sangat mungkin berbeda. Penelitian ini mencoba mengungkap fenomena tersebut dengan menggunakan pendekatan kualitatif fenomenologi dimana dengan pendekatan ini diharapkan informasi yang terkait dengan fenomena di atas secara komprehensif dapat didapatkan dan dengan menggunakan pengalaman para pasien diharapkan dapat memahami secara lebih baik tentang perawatan pasien dengan *stoma*.

B. Rumusan Masalah

Kanker kolorektal merupakan kanker saluran pencernaan yang paling sering terjadi di hampir seluruh negara di dunia termasuk Indonesia dan merupakan penyebab kematian tersering ke dua di banyak negara. Penanganan secara medis dilakukan dengan operasi reseksi kanker, kemoterapi dan terapi radiasi. Jika operasi reseksi kanker dilakukan, maka kemudian dibuatkan *stoma* untuk pengeluaran feses atau untuk meningkatkan proses kesembuhan *anastomosis*.

Banyak permasalahan yang kemudian muncul akibat penanganan pembedahan dengan pembuatan *stoma* yang dilakukan pada pasien dengan kanker kolorektal ini. Permasalahan yang muncul secara fisik antara lain kebocoran feses, iritasi mekanis, alergi/*hypersensitivity*, lembab, dan penyakit kulit yang ada sebelumnya seperti eksim, psoriasis, *pyoderma*. Masalah-masalah lainnya pada *stoma* adalah hernia, prolaps, ileus paralitik, retraksi dan stenosis.

Masalah yang muncul selain yang sifatnya fisik antara lain pasien sering mengekspresikan berbagai reaksi yaitu *fatigue* dan kelemahan yang berlebihan, perasaan rapuh dan mudah merasa bersalah, putus asa, perasaan invalid dan depresi, ketakutan akan adanya bau, kebocoran atau takut kotor pada baju, emosional dan perasaan hilangnya kontrol diri, ketakutan akan isolasi sosial, ditinggal teman, pasangan dan lain-lain.. Meskipun di luar negeri sudah banyak penelitian dan hasilnya tentang gambaran permasalahan yang dihadapi oleh pasien dengan *colostomy*, tetapi di Indonesia dengan kondisi sosial dan kultural yang berbeda belum ditemukan adanya laporan mengenai hal ini.

Dengan permasalahan tersebut di atas, maka penulis merasa perlu untuk mempelajari bagaimana pengalaman pasien dengan *colostomy*, apa arti dan makna *colostomy* bagi pasien. Untuk memahami fenomena-fenomena tersebut, maka rumusan masalah dalam studi ini adalah “Bagaimana pengalaman pasien dengan *colostomy* dalam konteks asuhan keperawatan pada pasien kanker kolorektal ? “.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam tentang pengalaman pasien dengan *colostomy* dalam konteks asuhan keperawatan kanker kolorektal dan bagaimana pasien memaknai pengalaman tersebut

2. Tujuan Khusus

- a. Diperoleh gambaran tentang perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupan pasien setelah menggunakan *colostomy*
- b. Teridentifikasi gambaran tentang dampak *colostomy* terhadap aspek fisik dan psikososial dalam kehidupan sehari-hari pasien
- c. Tereksplorasi gambaran tentang hambatan/tantangan yang ditemui pasien dengan *colostomy*
- d. Tereksplorasi gambaran respon adaptasi / penyesuaian diri pasien terhadap *colostomy*
- e. Diperoleh gambaran tentang pelayanan kesehatan yang sudah diterima oleh pasien dengan *colostomy*
- f. Teridentifikasi kebutuhan pasien tentang layanan kesehatan untuk *colostomy*

D. Manfaat

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat pada :

1. Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran bagaimana pengalaman pasien hidup dengan *colostomy* sehingga dapat diidentifikasi

intervensi keperawatan yang sesuai pada saat pasien dirawat atau sebelum pulang, dengan demikian dapat meningkatkan kesiapan dan kemampuan pasien hidup dengan *colostomy*. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat dipakai sebagai bahan masukan dalam merencanakan dan melaksanakan *home care* sehingga pasien dengan *colostomy* memperoleh perawatan sesuai dengan apa yang diperlukan pasien.

2. Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai bahan masukan bagi pendidikan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah sehingga dapat diperoleh gambaran yang nyata tentang pengalaman pasien hidup dengan *colostomy*. Dengan demikian mahasiswa dapat belajar sesuai dengan kondisi yang nyata.

3. Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipakai sebagai data dasar bagi peneliti-peneliti selanjutnya terkait topik yang masih berkaitan/berhubungan dengan *colostomy*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kanker Kolorektal

1. Pengertian

Menurut *American Cancer Society*, kanker kolorektal adalah kanker yang berkembang dalam kolon atau rektum. Kolon dan rektum merupakan bagian dari sistem pencernaan, yang disebut *gastrointestinal* atau *GI system*. Sistem pencernaan memproses makanan menjadi energi dan membuang produk sisa yang padat dari tubuh (feses). Setelah makanan dikunyah dan ditelan, makanan berjalan melewati esophagus menuju lambung. Di sini makanan dicerna dan kemudian menuju usus kecil dimana proses pencernaan terus berlangsung dan hampir semua nutrient diabsorpsi di sini. Nama usus kecil diberikan oleh karena diameter dari usus kecil ini lebih kecil dibanding diameter usus besar. Usus kecil merupakan bagian terpanjang dari sistem pencernaan. Kanker hampir tidak pernah tumbuh di usus kecil ini.

Usus kecil bergabung dengan usus besar di bagian abdomen kanan bawah. Bagian pertama dan terpanjang dari usus besar adalah kolon. Air dan mineral diabsorpsi di usus besar ini dan sisanya berupa feses. Kolon mempunyai empat bagian yaitu : *ascending colon*, *transverse colon*, *descending colon*, dan *sigmoid colon*. *Ascending colon* bermula ketika usus kecil berhimpitan dengan kolon dan

memanjang ke atas pada bagian kanan abdomen. *Transverse colon* adalah bagian yang melintang dari sebelah kanan ke sebelah kiri abdomen. *Descending colon* merupakan kelanjutan dari *transverse colon* yang berjalan turun pada sisi kiri abdomen. Bagian akhir adalah kolon *sigmoid* karena bentuknya seperti huruf S. Kolon *sigmoid* bergabung dengan rektum kemudian anus.

2. Etiologi

Penyebab dari kanker kolorektal belum diketahui secara pasti, tetapi beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa diet, faktor genetik dan faktor predisposisi lainnya berperan besar dalam perkembangan penyakit ini (Otto, 2001). Individu dengan diet rendah lemak hewani dan tinggi serat menunjukkan insiden yang lebih rendah pada penyakit ini. Individu dengan riwayat kanker kolorektal sebelumnya beresiko timbulnya kembali kanker ini pada area lain dari kolon atau rektum meskipun kankernya telah diangkat. Disamping itu individu dengan polip *adenomatous* dan *inflammatory bowel disease* juga meningkat resiko untuk terkena kanker ini. Beberapa penelitian juga melaporkan bahwa aktivitas fisik secara teratur menurunkan resiko terjadinya kanker kolorektal. Sebaliknya obesitas, merokok, dan alkohol dapat meningkatkan resiko.

3. Patofisiologi

Hampir semua kanker kolorektal adalah *adenocarcinoma* yang pada awalnya adalah polip *adenomatous*. Kebanyakan tumor berkembang dalam rektum dan kolon *sigmoid* meskipun tiap bagian kolon juga dapat terkena. Tumor secara khas berkembang tanpa terdeteksi, mengakibatkan sedikit manifestasi. Dengan

berjalannya waktu muncul beberapa manifestasi, pada saat itu kanker mungkin telah menyebar ke lapisan yang lebih dalam dari jaringan usus dan organ-organ yang ada di sekitarnya. Kanker kolorektal menyebar dengan perluasan secara langsung ke seluruh usus, submukosa dan lapisan luar dari usus. Struktur yang ada di sekitarnya seperti liver, lambung, duodenum, usus halus (*small intestine*), pankreas, limpa, saluran genitourinary, dan dinding abdomen juga dapat terkena penyebaran secara langsung. Penyebaran ke limfe nodi di sekitarnya adalah bentuk penyebaran tumor yang paling sering. Sel-sel kanker juga menyebar dari tumor primer melalui sistem lymphatic atau sitem sirkulasi ke tempat-tempat sekunder seperti liver, paru-paru, otak, tulang dan ginjal. Tumor juga dapat berada dalam rongga peritoneal melalui penyebaran pada saat pembedahan.

4. Manifestasi

Kanker kolorektal tidak menimbulkan gejala sampai berkembang ke stadium lanjut. Karena kanker kolorektal tumbuh secara perlahan, maka selama 5 sampai 15 tahun sebelumnya belum menampakkan gejala. Manifestasi yang muncul tergantung dari lokasi, tipe dan luas, serta komplikasi. Pada awalnya manifestasi yang muncul adalah perdarahan rektal, perubahan kebiasaan buang air besar, sering diare atau konstipasi. Pada stadium lanjut biasanya diikuti dengan nyeri, anoreksia dan menurunnya berat badan. Pada palpasi abdominal atau rektal teraba adanya massa. Kadang-kadang pasien mengalami anemia oleh karena perdarahan yang kronis.

5. Komplikasi

Komplikasi utama dari kanker kolorektal adalah sumbatan pada usus, *perforasi* dinding usus pada rongga *peritoneal* dan penyebaran langsung oleh tumor pada organ-organ di sekitarnya. Kanker kolorektal sering mengalami kekambuhan setelah pengambilan tumor pada empat tahun pertama. Ukuran dari tumor primer tidak berhubungan dengan lama pasien dapat bertahan. Jumlah limfe nodi yang terkena, penetrasi tumor melalui dinding usus, dan organ-organ di sekitarnya yang ikut terkena merupakan prediktor yang lebih baik untuk prognosis penyakit kanker kolorektal ini.

6. Diagnosis

Test diagnostik dan laboratorium digunakan untuk *screening*, diagnosis dan monitoring. Test diagnostik meliputi sigmoidoskopi, kolonoskopi sebagai test diagnostik primer untuk mendeteksi dan visualisasi tumor. Biopsi jaringan untuk menentukan jaringan kanker, *TNM classification* untuk menentukan stadium kanker. Pemeriksaan radiologi juga sering digunakan antara lain foto rontgen paru untuk mendeteksi adanya metastasis ke paru, *CT Scan*, *MRI*, atau pemeriksaan ultrasonik mungkin digunakan untuk menentukan kedalaman tumor dan organ-organ yang mengalami metastasis. Test laboratorium yang digunakan antara lain *FOBT* untuk mendeteksi adanya darah dalam feses, *Cell Blood Count* untuk mendeteksi adanya anemia oleh karena kehilangan darah yang kronis dan pertumbuhan tumor, level *CEA (Carcino Embryonic Cancer)* sebagai tumor marker yang dapat dideteksi dalam darah pada klien dengan kanker kolorektal.

Level CEA dapat digunakan untuk menentukan prognosis, memonitor treatment, dan mendeteksi adanya kekambuhan.

7. Penatalaksanaan

a. Pembedahan

Beberapa pilihan terapi pembedahan dapat dilakukan mulai dari *laser photocoagulation* selama endoskopi sampai reseksi abdomen dengan *colostomy* tetap. Untuk tumor dengan ukuran kecil dan terlokalisir dapat digunakan terapi dengan eksisi lokal dan fulgurasi. Kanker kolorektal juga bisa dilakukan reseksi pembedahan kolon dengan *anastomosis* sebagai terapi pengobatan. Tumor pada rektum biasanya dilakukan reseksi *abdominoperineal* dengan kolon sigmoid, rektum dan anus melalui insisi abdominal dan perineal. Untuk mengeluarkan feses maka dibuatkan *colostomy* sigmoid tetap.

b. Terapi radiasi

Meskipun terapi radiasi tidak digunakan sebagai terapi primer pada kanker kolon, terapi radiasi sering digunakan setelah reseksi pembedahan pada tumor rektal. Kanker rektal yang masih kecil bisa diterapi dengan radiasi *intracavitary*, eksternal atau dengan radiasi implantasi. Terapi radiasi juga dapat mencegah kekambuhan kanker rektal setelah reseksi pembedahan terutama jika kanker telah menginvasi jaringan di luar dinding usus atau telah mengenai limfe nodi sekitarnya.

c. Kemoterapi

Agen kemoterapi yang sering digunakan pada kanker kolorektal adalah *fluorouracil (5-FU) intravena* dan *asam folinic (leucovorin)*, digunakan pada pasca operasi sebagai terapi *adjunctive*. Agen kemoterapi lainnya adalah *irinotecan (CPT-11)* atau *oxaliplatin*. Jika dikombinasikan dengan terapi radiasi, kemoterapi dapat mengurangi kekambuhan dan dapat memperpanjang lama hidup pasien dengan kanker rektal stadium II dan III. Pada kanker kolon, kemoterapi digunakan untuk mencegah penyebaran ke liver, dan mencegah kekambuhan.

B. Colostomy

1. Pengertian

Colostomy adalah sebuah *ostomy* yang dibuat di kolon (Lemone & Burke, 2008). *Colostomy* dibuat jika terjadi sumbatan pada usus oleh karena tumor, sifatnya bisa sementara atau tetap. *Colostomy* sementara dibuat untuk meningkatkan penyembuhan pada *anastomosis*, sedangkan *colostomy* tetap dibuat ketika bagian distal kolon dan rektum diangkat sehingga *colostomy* berfungsi untuk pengeluaran feses.

2. Indikasi

Secara umum indikasi dibuatnya *colostomy* adalah adanya karsinoma pada rektum, karsinoma pada anus dan anal canal, obstruksi usus besar, fistula *vesicocolic*, untuk melindungi *anastomosis*, trauma pada usus besar dan indikasi

lainnya seperti diverticulitis atau komplikasi dari *diverticulitis*, nyeri hebat pada rektum, terapi radiasi pada rahim dan *fistula rektovaginal*.

3. Macam-macam *Colostomy*

Pembagian *colostomy* didasarkan pada bagian kolon tempat dibuatnya *colostomy*, yaitu *ascending colostomy*, *transverse colostomy*, *descending colostomy* dan *colostomy sigmoid*. *Colostomy sigmoid* merupakan *colostomy* tetap yang paling sering dibuat. *Colostomy* ini dibuat pada saat dilakukan operasi reseksi *abdominoperineal*. Kolon sigmoid, rektum dan anus diangkat melalui insisi abdominal dan perineal, anal canal ditutup kemudian dibuatkan *stoma* pada proksimal kolon sigmoid. *Stoma* biasanya berada pada kuadran kiri bawah dari abdomen. Menurut Harkness and Dincher (1995), terdapat tiga tipe *stoma* :

a. *End Stoma*

End stoma dibuat dengan memotong usus dan membawa ujung bagian proksimal yang masih berfungsi keluar dari kulit sebagai *single stoma*. Sedangkan bagian distalnya diangkat atau tetap berada di abdomen.

b. *Double-barreled Stoma*

Double-barrel stoma dibuat ketika bagian proksimal dan distal dari usus yang telah dipotong dikeluarkan ke permukaan kulit sebagai dua *stoma* yang terpisah. Ujung proksimal merupakan bagian yang berfungsi sebagai usus dan bagian distal sebagai *fistula mucous*.

c. *Loop Stoma*

Pada kasus-kasus trauma, penyakit, atau obstruksi pada usus sering dibuat *stoma* jenis ini. *Loop* dari usus halus dibawa keluar melalui pembedahan pada dinding abdomen. Usus tidak dipotong tetapi dibuka pada sepanjang permukaan usus yang keluar. Bagian tepi yang terbuka kemudian dibiarkan *everted* dan *sutured* pada kulit.

4. Dampak *Colostomy*

Semua pasien mempunyai respon psikologis yang signifikan terhadap setiap pembedahan yang mengakibatkan perubahan terhadap integritas fisik. Respon tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya karakteristik individu, pengalaman yang dialami sebelumnya, dan mekanisme coping. Beberapa aspek psikologis pada individu yang menjalani operasi pembuatan *stoma* menurut Blackley (2003), antara lain adanya ketakutan akan keberhasilan pembedahan, rasa malu, pengaruhnya terhadap kehidupan seperti rasa aman, mencintai dan dicintai, aktualisasi diri, konsep diri yang meliputi *body image*, harga diri, efek kultural, perasaan dan kepercayaan, hilangnya kontrol, *empowerment* dan ideal diri.

Parked (1972, dalam Black, 2000) menggambarkan tahapan-tahapan yang terjadi pada individu dengan perubahan *body image* yaitu : *realization*, yang ditunjukkan dengan menghindar atau *denial*; *alarm*, ditunjukkan dengan adanya cemas, gelisah, takut dan tidak aman; *searching*, ditandai dengan perasaan episode akut dengan cemas, panik dan *preokupasi* dengan kehilangan; berduka,

ditandai dengan perasaan kehilangan internal dan mutilasi; resolusi, ditandai dengan upaya-upaya untuk membangun identitas sosial yang baru.

Aspek psikologis lainnya dapat dilihat dari teori libido tentang perkembangan psikososial yang dikemukakan oleh Freud bahwa instink dapat diturunkan dari perkembangan oral, anal dan genital. Jika instink ini tidak dapat dikontrol sebagaimana mestinya, dapat memunculkan gejala-gejala seperti kecemasan, rasa malu, depresi dan gangguan seksual. Freud memfokuskan pada area erotogenik dari tubuh sebagai hal yang mendasar dalam pembentukan karakter. Karakter anal dapat dimanifestasikan sebagai obsesi, kompulsi, keteraturan atau kerapian, *rigidity*, dan kecermatan.

Pada masyarakat yang beragama Islam, Hindu, dan Kristen, kebersihan dan tubuh yang utuh merupakan prasarat untuk melaksanakan ritual keagamaan wajib. Meskipun terdapat pengecualian pada perubahan oleh karena keadaan tersebut, tetapi banyak masyarakat yang merasa tidak biasa sehingga pada awalnya banyak pasien yang menolak untuk dilakukannya pembedahan *ostomy*. Dalam agama, perasaan spiritual diri mungkin mengakibatkan timbulnya perasaan bahwa penyakit dan *stoma* merupakan hukuman dari Tuhan atau merasa bahwa Tuhan telah meninggalkannya. Kerusakan pada tubuh atau adanya *stoma* mungkin dianggap sebagai suatu pengecualian untuk dapat mengikuti praktek-praktek keagamaan (Blackley, 2003).

Studi literatur tentang pengalaman pasien dengan *stoma* dan adaptasinya terhadap perubahan gaya hidup yang baru dan *body image* menghasilkan beberapa tema yang umum seperti adanya ketidaknyamanan fisik, psikologis, trauma sosial dan lain-lain. Dyk dan Sutherland, (1956, dalam Black 2000), melaporkan bahwa pasien dengan *stoma* telah mengeluarkan biaya yang sangat besar sekali untuk pengobatan, dan ini juga menimbulkan ketidaknyamanan tidak hanya pada ketidaknyamanan secara fisik, tetapi juga psikologis dan trauma sosial.

Devlin et al (1971, dalam Black, 2000), melihat efek pembedahan kanker kolorektal dan menemukan bagaimana hidup pasien dengan *colostomy* menjadi hancur dan penuh dengan komplikasi. Sedangkan Padilla dan Grant (1985), menyatakan bahwa ada hubungan antara kualitas hidup dan harga diri pada individu dengan *stoma*. Secara umum populasi *ostomate* mempunyai persepsi positif tentang kualitas hidup dan harga diri. Padilla dan Grant juga melaporkan individu dengan *stoma* mempunyai pemulihan psikososial yang buruk dimana mereka tidak mau kembali ke pekerjaan sebelumnya, menyendiri, tidak ingin kontak dengan teman-temannya dan kadang dengan keluarga. *Stoma* juga telah menimbulkan masalah seksual.

Disfungsi seksual merupakan salah satu variasi komplikasi dari prosedur pembedahan selama pembuatan *ostomy*. Pasien laki-laki mungkin menjadi tidak mampu ereksi, pasien perempuan mungkin mengalami perubahan dalam lubrikasi dan ekspansi vagina oleh karena terganggunya saraf dan supply darah

pelvic. Prosedur pembedahan yang sering berpengaruh terhadap fungsi seksual adalah reseksi *abdomino perineal* dan *proctocolectomy* total. Setelah menjalani pembedahan, pasien sering mengalami *fatigue* selama pemulihan fisik, kebiasaan *toileting* yang baru, dan bagi individu yang telah didiagnosa kanker sering merasa ketakutan akan prognosisnya, dan ini semua menyisakan energi yang sedikit untuk kebutuhan seksual.

Adanya *stoma* juga mengakibatkan individu merasa ketakutan yang terus menerus akan bau, bunyi flatus, pengosongan *stoma*, lepasnya kantong *colostomy* selama berhubungan seksual. Hal ini bisa mengakibatkan kecemasan yang sangat dan stress bagi pasien maupun pasangannya dan pada akhirnya dapat menurunkan hasrat seksual. Kecemasan dapat mengakibatkan impotensi psikologis bagi laki-laki dan membuat wanita tidak bisa mencapai kepuasan seksual (Blackley, 2003).

5. Stress, Koping dan Adaptasi

Stress merupakan satu fenomena yang sifatnya universal. Semua orang mempunyai pengalaman terhadap stress. Konsep tentang stress penting oleh karena memberikan suatu cara dalam memahami seseorang sebagai satu kesatuan yang berespon secara totalitas baik pikiran, tubuh dan spirit (Kozier, 1995). Stress dapat mempunyai konsekuensi fisik, emosi, intelektual, sosial, dan spiritual.

Secara fisik, stress dapat mengancam keseimbangan fisiologis seseorang. Secara emosi, stress dapat mengakibatkan perasaan negatif atau nonkonstruktif tentang diri sendiri. Secara intelektual, stress dapat mempengaruhi persepsi seseorang dan kemampuan dalam menyelesaikan masalah. Secara sosial, stress dapat mengganggu hubungan seseorang dengan orang lain. Secara spiritual, stress dapat bertentangan dengan kepercayaan dan nilai-nilai seseorang.

Stress dapat menyebabkan perasaan negatif atau yang berlawanan dengan apa yang diinginkan atau mengancam kesejahteraan emosional. Stress dapat mengganggu cara seseorang dalam mencerap realitas, menyelesaikan masalah, berpikir secara umum, hubungan seseorang dan rasa memiliki. Selain itu stress dapat mengganggu pandangan umum seseorang terhadap hidup, sikap yang ditujukan pada orang yang disayangi, dan status kesehatan (Kline-Leidy, 1990; Oberst et al, 1991; Kosciulek & Cubbin, 1993 dalam Potter & Perry, 2005).

Persepsi atau pengalaman individu terhadap perubahan besar termasuk adanya *colostomy* dapat menimbulkan stress. Stimulus yang mengawali atau mencetuskan perubahan disebut stressor. Stressor menunjukkan suatu kebutuhan yang tidak terpenuhi dan kebutuhan tersebut bisa saja kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, lingkungan, perkembangan, spiritual atau kebutuhan kultural.

Manifestasi fisik dari stress tergantung dari bagaimana seseorang memandang setiap kejadian yang penuh dengan stress dan tergantung strategi koping seseorang. Stress dapat mempengaruhi aktivitas dari sistem saraf simpatis.

Meningkatnya saraf simpatis mengakibatkan dilatasi pupil, *diaphoresis*, meningkatnya denyut nadi, kulit pucat, meningkatnya tekanan darah, meningkatnya irama dan kedalaman pernafasan, berkurangnya pengeluaran urine, mulut menjadi kering, menurunnya peristaltik usus, ketegangan otot meningkat, meningkatnya gula darah, dan lain lain.

Secara psikologis, manifestasi stress antara lain cemas, ketakutan, marah, depresi, perilaku kognitif, respon verbal dan motorik, dan mekanisme pertahanan ego yang tidak disadari. Kecemasan bisa muncul pada berbagai tingkatan dari cemas ringan, sedang, berat dan panik. Manifestasi kognitif dari stress adalah adanya *thinking responses* termasuk penyelesaian masalah, *structuring*, kontrol diri atau disiplin diri, supresi, fantasi dan berdoa. Manifestasi verbal dapat berupa menangis, *verbal abuse*, tertawa, berteriak, memukul, menendang, memegang dan menyentuh.

Manifestasi dari pengalaman stress baik fisik maupun psikologis mungkin dijadikan sebagai strategi koping atau mekanisme koping. Koping dapat bersifat adaptif atau maladaptif. Koping adaptif membantu seseorang untuk menghadapi secara efektif setiap kejadian stress dan meminimalkan distress yang berhubungan dengannya. Koping maladaptif dapat mengakibatkan distress bagi seseorang dan orang lain yang dihubungkan dengan seseorang atau kejadian yang penuh dengan stress.

Dampak sosial dari *stoma* dapat dihubungkan dengan aspek psikologis, fisik dan seksual. Perhatian individu dengan *stoma* antara lain tentang kemampuan untuk memulai aktivitas seksual, gangguan dalam berpakaian, efek pada aktivitas sehari-hari, tidur dengan kantong *colostomy*, gas yang keluar, adanya bau, kebersihan dan untuk memutuskan kapan atau bagaimana mengatakan pada orang lain tentang *stoma* (Brown & Edwards, 2005).

Adaptasi terhadap *colostomy* merupakan satu proses yang bertahap. Pasien mengalami reaksi berduka terhadap kehilangan anggota bagian tubuh dan gangguan *body image*. Setiap orang menggunakan mekanisme koping yang berbeda. Periode menyesuaikan diri pada seseorang bersifat individual. Dukungan psikologis selama proses berduka dibutuhkan. Dukungan ini menyangkut *body image*, aktivitas seksual, tanggung jawab keluarga dan perubahan dalam gaya hidup. Pasien bisa menjadi sangat marah dan takut terhadap bau dan feses yang mengotori. Banyak faktor yang mempengaruhi kemampuan pasien untuk beradaptasi terhadap perubahan *body image*, yang menyangkut pasien dan keluarganya. Faktor-faktor tersebut antara lain proses penyakit, diagnosis, penanganan dan pengobatan, serta asuhan keperawatan selama di rumah sakit untuk kembali ke masyarakat (Black, 2000).

6. Kehilangan dan Berduka

Kehilangan dan berduka merupakan pengalaman universal dimana setiap orang mengalaminya sejak lahir sampai meninggal dunia. Berduka adalah suatu reaksi atau respon normal, yang terjadi setelah seorang individu mengalami kehilangan

(Potter & Perry, 1997). Sedangkan Taylor, Lillis dan Lemone (1993), menyatakan bahwa berduka merupakan suatu reaksi emosional seorang individu terhadap kehilangan. Respon berduka terhadap kehilangan ini dipersepsikan seorang individu melalui reaksi psikologis, sosial dan fisik (Rando, 1991 dalam Potter & Perry, 1997).

Potter dan Perry (1997) membagi kehilangan menjadi 5 katagori yang terdiri dari : 1) kehilangan benda terutama benda-benda yang memiliki nilai dan arti penting bagi seorang individu, bisa berupa perhiasan atau pin kecil tetapi penuh makna; 2) kehilangan lingkungan, yaitu lingkungan yang sangat berarti dan membuat seorang individu merasa bernilai; 3) kehilangan orang yang dicintai, misal kehilangan orang tua, anak, suami atau istri serta sahabat yang sangat berarti; 4) kehilangan aspek diri misalnya kehilangan salah satu bagian tubuh yang sangat berharga; 5) kehilangan hidup yaitu individu yang sudah dinyatakan dalam penyakit yang sudah tidak ada harapan untuk sembuh atau hidup.

Menurut teori Engel (1964, dalam Suseno, 2005), proses berduka mempunyai beberapa fase yang dapat diaplikasikan pada seseorang yang sedang berduka maupun menjelang ajal, yaitu :

1) Fase I (syok dan tidak percaya), seseorang menolak kenyataan atau kehilangan dan mungkin menarik diri, duduk malas atau pergi tanpa tujuan. Mencoba untuk membutakan perasaan, biasanya seseorang dapat menerima secara intelektual tetapi menolak secara emosional. Reaksi yang secara fisik

ditampilkan diantaranya : pingsan, *diaphoresis*, mual, diare, detak jantung cepat, tidak bisa istirahat, *insomnia*, dan kelelahan.

- 2) Fase II (berkembangnya kesadaran), seseorang mulai merasakan kehilangan secara nyata / akut dan mungkin mengalami putus asa. Kemarahan, perasaan bersalah, frustrasi, depresi dan kekosongan jiwa tiba-tiba terjadi. Marah biasanya akan ditujukan pada rumah sakit, perawat, dan lain-lain. Menyalahkan diri sendiri dan menangis adalah cara tipikal sebagai individu yang terikat dengan kehilangan.
- 3) Fase III (restitusi / *resolving the loss*), seseorang dengan keinginan untuk menghargai akan seseorang yang meninggalkannya, berupaya juga untuk mengikuti ritual berkabung, misalnya ke pemakaman. Mencoba untuk sepakat / berdamai dengan perasaan yang hampa karena kehilangan. Masih tetap tidak menerima perhatian yang baru dari seseorang yang bertujuan untuk mengalihkan kehilangan.
- 4) Fase IV, menciptakan kesan orang meninggal yang hampir tidak memiliki harapan di masa yang akan datang, menekan seluruh perasaan yang negatif dan bermusuhan terhadap orang yang sudah meninggal, bisa merasa bersalah dan sangat menyesal tentang kurangnya perhatian dan perilakunya yang tidak mengenakkan di masa lalu.

5) Fase V, kehilangan yang tidak dapat dihindari harus mulai diketahui / disadari sehingga pada fase ini diharapkan seseorang sudah dapat menerima kondisinya. Kemarahan / depresi tidak lagi diperlukan. Kehilangan adalah jelas terjadi pada seseorang yang mulai mengatur kehidupannya kembali dengan meyakini fase ini, seseorang bergerak dari level terendah ke yang lebih tinggi tentang integrasi empati dan intelektual. Kesadaran baru, telah berkembang.

Beberapa tahapan berduka menurut Kubler – Ross (1969, dalam Kozier, et al. 2004), ada 5 tahapan yaitu :Pertama, *denial* / menolak, dengan respon perilaku : menolak untuk percaya bahwa sedang mengalami kehilangan, seseorang bertindak seolah-olah tidak terjadi apa-apa, dan mungkin menolak untuk percaya bahwa sebuah kehilangan telah terjadi. Pernyataan yang sering diungkapkan adalah ”tidak, tidak mungkin seperti itu” dan ”tidak mungkin hal itu terjadi pada saya”.

Ke-dua, *anger* / marah. Pada fase ini orang akan lebih sensitif sehingga mudah sekali tersinggung dan mungkin marah. Hal ini merupakan koping individu untuk menutupi perasaan kecewa dan merupakan manifestasi dari kecemasannya menghadapi kehilangan. Respon yang ditampilkan adalah : individu atau keluarga bisa langsung marah kepada orang-orang di sekitarnya. Kemarahan tersebut sehubungan dengan masalah yang dalam keadaan normal tidak mengganggu mereka.

Ke-tiga, *bargaining* / tawar-menawar, ada semacam penundaan tentang kenyataan kehilangan. Seseorang mungkin berusaha untuk membuat cara yang sama untuk mencegah kehilangan. Pasien mencoba pemikiran atau cara untuk mencoba membanding-bandingkan suatu kondisi selama fase ini. Tujuan perbandingan ini adalah untuk mencoba mencari pembenaran atas alasan perasaannya. Misal kalau saya tidak makan sembarangan, saya tidak akan menderita kanker kolon. Kata-kata penawaran tersebut sering diungkapkan oleh seseorang selama fase ini. Respon perilaku lainnya : mungkin akan mengungkapkan perasaan bersalah, ketakutan, hukuman, dosa masa lalu yang dapat secara nyata ataupun tidak. Respon tawar – menawar lebih ditunjukkan melalui aspek verbalisasi.

Ke-empat, *depression* / depresi, terjadi ketika kehilangan diketahui dan hubungan signifikannya akan tampak jelas. Respon perilaku yang muncul : kesedihan lebih dalam terhadap apa yang telah berlalu dan apa yang tidak dapat terjadi lagi, mungkin tidak akan banyak berbicara ataupun menyendiri/menarik diri. Respon depresi ini lebih dominan tercermin dari aspek perilaku.

Ke-lima, *acceptance*/penerimaan, sikap penerimaan telah tercapai, reaksi fisiologis mulai menurun dan interaksi sosial dimulai lagi. Kubbler-Ross mendefinisikan sikap penerimaan ada bila seseorang mampu menghadapi kenyataan daripada hanya menyerah pada pengunduran diri atau tidak ada harapan.

C. Asuhan Keperawatan Pasien dengan *Colostomy*

1. Pengkajian

a. Status fisik

Asuhan keperawatan pada pasien pasca operasi dengan *colostomy* harus difokuskan pada pengkajian *stoma*, perlindungan terhadap kulit, pemilihan kantong/*colostomy bag* dan mengidentifikasi kemampuan pasien dalam beradaptasi secara psikologis terhadap perubahan tubuhnya (Lewis, 2005). *Stoma* seharusnya berwarna pink. Warna hitam kebiruan pada *stoma* mengindikasikan adanya iskemia dan warna coklat kehitaman menunjukkan adanya nekrosis. Warna pucat disebabkan oleh anemia, warna putih, merah gelap sampai ungu menunjukkan adanya supply darah ke *stoma* yang tidak adekuat, sedikitnya aliran darah atau penekanan yang berlebihan terhadap usus pada saat pembedahan.

Adanya edema ringan-sedang pada periode operasi adalah normal oleh karena adanya trauma terhadap *stoma* dan segala kondisi medis yang dapat menimbulkan edema. Edema sedang-berat menunjukkan adanya obstruksi *stoma*, reaksi alergi terhadap makanan atau oleh karena gastroenteritis.

Perdarahan pada *stoma* perlu dikaji. Perdarahan dengan jumlah sedikit akibat sentuhan pada mukosa *stoma* adalah normal karena tingginya vaskularisasi. Perdarahan dengan jumlah sedang-banyak bisa terjadi karena defisiensi faktor pembekuan darah atau adanya varises *stoma* sekunder dari hipertensi portal. Perdarahan dengan jumlah sedang-banyak dari *stoma* usus dapat

mengindikasikan adanya perdarahan saluran cerna bawah. Pengkajian lain dari *stoma* adalah tentang ukuran *stoma*, volume, warna dan konsistensi dari drainase dan adanya iritasi pada kulit.

b. Status Psikososial

Pengkajian status psikososial menurut Blackley (2003), meliputi alamat atau di mana pasien tinggal, bagaimana gaya hidupnya, adakah sistem dukungan sosial dari keluarga, teman atau tetangga yang akan membantu pasien, bagaimana dengan pekerjaan atau keuangan pasien apakah terancam dengan adanya pembedahan *stoma* ini, bagaimana dengan akses terhadap pelayanan kesehatan, fasilitas apa yang tersedia untuk perawatan *ostomy* di rumah, apakah mereka sebelumnya pernah berhubungan dengan orang yang menggunakan *colostomy* di rumah, adakah pengalaman baik atau pengalaman buruk yang dialaminya, bagaimana perhatian pasien terhadap masalah seksualitas, reproduksi, apakah pembuatan *ostomy* mengancam hobby, sport atau kesenangan pasien, bagaimana sikap, perasaan dan nilai-nilai yang dianut oleh pasien dan keluarganya tentang penyakit dan adanya *ostomy*. Pada fase pasca operasi perlu juga dikaji adanya kemarahan, ketakutan, kebencian terlebih jika pasien belum mengetahui tentang prognosis dari penyakitnya.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada pasien dengan *colostomy* menurut Lewis (2005) antara lain :

- a. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan iritasi dari drainase fekal di sekitar area *stoma*, kurangnya pengetahuan tentang perawatan kulit sekitar *stoma*
- b. Gangguan *body image* berhubungan dengan adanya *ostomy* dan bau yang timbul
- c. Resiko ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang makanan yang diperlukan dan menurunnya nafsu makan
- d. Resiko terjadi disfungsi seksual berhubungan dengan luasnya insisi rektal, terapi radiasi dan *colostomy*.

3. Intervensi Keperawatan

Pasien setelah menjalani pembedahan *colostomy* memerlukan keterampilan psikomotor untuk melaksanakan perawatan *colostomy*. Pemberian informasi merupakan hal yang penting tetapi perawat juga harus memberikan kesempatan yang cukup bagi pasien untuk belajar tentang perawatan *colostomy* sebelum pulang dari rumah sakit. Edukasi pada pasien dengan *stoma* dimulai seawal mungkin sejak periode sebelum operasi dan terus berlanjut sampai pasien aman dan percaya diri dalam merawat *stoma*, diet dan perubahan gaya hidup (Hampton & Bryant, 1992). Intervensi keperawatan untuk pasien dengan *colostomy* meliputi :

a. *Stoma Care*

Pasien perlu diajarkan tentang perawatan kantong *colostomy* yang meliputi pengeluaran, penggantian dan pembuangan; menjelaskan pentingnya

perawatan dan penggantian *stoma* secara rutin; pencegahan dan perawatan kulit sekitar *stoma*; mendiskusikan tentang pengaruh *stoma* terhadap aktivitas sehari-hari; menjelaskan tentang produk-produk perawatan *stoma* yang diperlukan untuk perawatan *ostomy*; menjelaskan dimana dan bagaimana mendapatkan peralatan perawatan *stoma*; serta dimana dan bagaimana memperoleh pelayanan perawatan *stoma* setelah pasien pulang. Pengeluaran yang teratur dan konsisten dari *stoma* akan mempermudah pengelolaan *stoma*. Pasien harus disiplin dan memperhatikan intake makanan sehari-hari (Blackley, 2003).

Lemone dan Burke (2008), mengatakan bahwa diet bagi pasien dengan *colostomy* bersifat individual dan dari apa yang dimakan oleh pasien diharapkan tidak menimbulkan gangguan. Pendidikan kesehatan tentang nutrisi meliputi penjelasan tentang berbagai makanan yang menyebabkan meningkatnya bau, gas, feses jadi lebih padat atau encer. Beberapa makanan yang dapat menimbulkan bau antara lain : asparagus, buncis, kobis, telur, ikan, bawang putih, dan bawang merah. Sedangkan makanan yang dapat menimbulkan gas diantaranya brokoli, taoge, kobis, kembang kol, jagung, ketimun, kacang-kacang kering, kacang kapri, bayam, produk susu, minuman berkarbonasi dan bir. Pasien juga perlu memperhatikan makanan yang dapat berpengaruh terhadap kepadatan feses diantaranya pisang, roti, keju, yogurt, kue kering, nasi dan tapioka. Makanan yang menghasilkan feses yang lunak adalah cokelat, makanan yang digoreng, berminyak, sayur-sayuran yang berwarna hijau dan buah-buahan.

b. *Psychosocial Care*

Smeltzer (2004) mengatakan bahwa lingkungan dan sikap yang mendukung merupakan hal yang penting untuk meningkatkan adaptasi pasien terhadap perubahan oleh karena adanya *stoma*. Jika memungkinkan, pasien harus belajar tentang *colostomy care* dan mulai merencanakan untuk melakukan perawatan *stoma* dalam kehidupan sehari-hari. Perawat membantu pasien mengatasi adanya ketakutan dengan perawatan dan pendidikan kesehatan, menerima dan menganjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaannya tentang *stoma*. Ekspresi muka yang positif, mendukung dan tanda-tanda non verbal lainnya akan membantu pasien bersikap positif terhadap perawatan *stoma* secara mandiri.

Perawat dapat membantu pasien untuk mengenal/menemukan dan mengakui adanya perubahan *body image* dengan adanya *stoma* baru. Perawat harus tahu bahwa pasien mungkin sedih oleh karena kehilangan *body image* yang normal dan kehilangan fungsi dari anggota tubuh. Dengan berbicara kepada pasien dan mendengarkan ekspresi kekhawatiran pasien, memperhatikan perubahan tubuh dan gaya hidup, perawat dapat membantu pasien melewati periode marah dan denial menuju penerimaan. Perawat dapat bertanya pada pasien tentang pengalaman sebelumnya dengan orang lain yang hidup dengan *stoma* (Harkness & Dincher, 1995; Lemone & Burke, 2008). Perawat juga dapat mendorong pasien dan keluarga untuk mendiskusikan tentang dampak yang mungkin timbul bagi pasien maupun keluarganya.

Dampak *colostomy* terhadap masalah seksual perlu diantisipasi oleh perawat antara lain dengan memberikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk mengekspresikan perasaannya tentang diagnosis kanker, *ostomy* dan efek dari penanganannya. Perlu juga dilakukan perawatan *colostomy* secara konsisten sehingga dapat meningkatkan keamanan dan terjaminnya penggunaan *colostomy bag*, dapat mengontrol bau dan kebocoran sehingga dapat membangkitkan rasa percaya diri pasien. Pasien perlu diberikan kesempatan untuk mengekspresikan masalah seksualnya kepada perawat yang telah mampu membina *trust* dengan pasien dan keluarga sehingga merasa nyaman untuk mendiskusikan masalah seksualnya. Perawat perlu menjelaskan bahwa efek dari penyakit dan penanganan yang diberikan biasanya bersifat sementara. Jika diperlukan perawat dapat merujuk pasien maupun pasangannya ke konselor keluarga atau *social services* untuk memperoleh penanganan lebih lanjut (Lemone & Burke, 2008).

Pengalaman pasien sebelumnya baik positif maupun negatif akan mempengaruhi cara pandang pasien terhadap perubahan ini. Perawat juga melibatkan keluarga atau orang-orang yang penting bagi pasien untuk mendiskusikan reaksi pasien terhadap *colostomy*. Perawat dapat memberikan pendidikan tentang *colostomy* baik kepada pasien maupun keluarga.

Menurut Blackley (2003) perawat juga dapat membentuk *helping relationship* dengan pasien dan dukungan terhadap individu yang menunjukkan efektifnya penggunaan keterampilan komunikasi dan tehnik

konseling. Lingkungan yang hangat dan menerima dapat disampaikan melalui komunikasi non verbal seperti bahasa tubuh, *active listening*, dan kesiapan untuk membantu. Jika perawat mengetahui adanya efek pembuatan *ostomy* terhadap konsep diri, maka akan lebih baik jika didiskusikan dengan pasien, ekspresi perasaannya, perhatian, kepercayaan, dan nilai-nilai yang dimiliki pasien.

Perawat juga dapat membantu pasien untuk mengidentifikasi cara-cara mengatasi depresi dan kecemasan oleh karena penyakit, pembedahan dan masalah-masalah pasca operasi (Brown & Edwards, 2005). Perawat harus menciptakan komunikasi terbuka mengenai perasaan-perasaan pasien dan harus menyadari bahwa pasien memerlukan waktu untuk dapat menyesuaikan diri terhadap kantong *colostomy* dan perubahan-perubahan tubuh sebelum merasa aman dalam fungsi seksualnya.

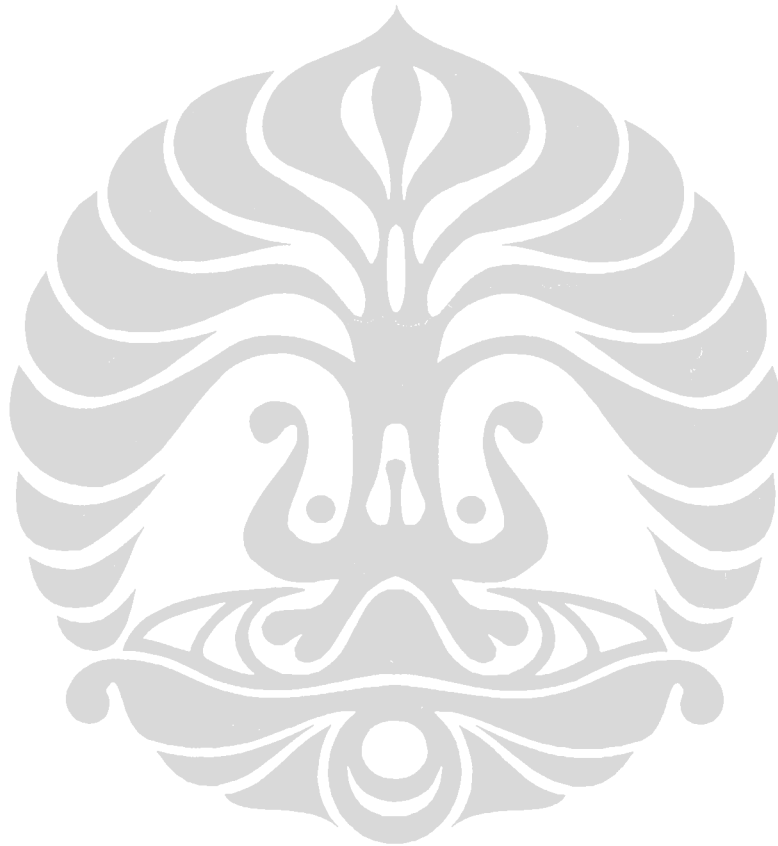
Tindakan-tindakan *supportif* oleh perawat meliputi membantu pasien mendapatkan pengetahuan, memberikan atau merekomendasikan pelayanan-pelayanan yang dapat memberikan dukungan bagi pasien dan mengidentifikasi mekanisme koping yang efektif. Perawat memberikan dukungan dengan merespon kebutuhan fisiologis dalam perawatan *stoma* dan kebutuhan psikologis dalam harga diri. Pasien tidak boleh dipaksa untuk belajar bagaimana merawat *stoma*. Perawat harus melihat tanda-tanda bahwa pasien telah siap untuk belajar.

Belajar pada waktu yang tepat merupakan bagian yang penting dari perawatan dan dapat berkontribusi terhadap proses penyesuaian diri yang mulus. Aktivitas sehari-hari harus dimulai dalam 6 hingga 8 minggu, kemudian mengangkat benda berat harus dihindari, kondisi fisik pasien menentukan kapan olah raga dapat dimulai. Mandi dan berenang tidak dilarang karena air tidak membahayakan *stoma*.

Studi tentang faktor-faktor yang menentukan penyesuaian psikologis terhadap *colostomy* tetap telah dilakukan oleh Piwonka dan Merino (1999), dia mengidentifikasi secara simultan dan mengkombinasikan efek-efek variabel seperti pendidikan dan pendapatan dengan adaptasi terhadap *colostomy*. Secara umum ditemukan adanya kerusakan *self image*. Pasien juga mendapatkan dukungan sosial dari keluarga dan teman-temannya. Dari hasil analisis regresi ganda dapat diketahui bahwa prediktor utama dari adaptasi pasien terhadap *colostomy* adalah tingkat *self care* pasien. Dari studi ini dapat disimpulkan bahwa adaptasi yang lebih baik terhadap *colostomy* akan dapat dicapai dengan melatih pasien untuk *self care* yang adekuat dan memberikan dukungan baik psikologis maupun sosial.

Simmon, et al. (2007) dalam penelitiannya tentang penyesuaian terhadap *colostomy* : *stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships* melaporkan bahwa *stoma care self-efficacy, stoma acceptance, interpersonal relationship* dan lokasi dari *stoma* berhubungan erat dengan

penyesuaian terhadap *colostomy*. Dari studi ini dapat disimpulkan bahwa perhatian terhadap masalah psikososial harus menjadi bagian rutin yang diberikan pada pasien dengan *stoma*. Mereka merekomendasikan agar lebih memberikan penekanan pada bagaimana menghilangkan pikiran negatif dan meningkatkan interaksi sosial.



BAB III METODE PENELITIAN

Bab ini mendeskripsikan aplikasi rancangan penelitian kualitatif fenomenologi dalam usaha mengungkap arti dan makna pengalaman pasien hidup dengan *colostomy* di wilayah DKI Jakarta.

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan secara kualitatif untuk menggali bagaimana pengalaman hidup dengan *colostomy* pada pasien kanker kolorektal. Dengan menggunakan metode kualitatif, maka data yang didapat menjadi lebih lengkap, mendalam, kredibel dan bermakna. Pendekatan ini juga memberikan peluang bagi individu untuk berbagi tentang pengalamannya selama menggunakan *colostomy*. Penelitian kualitatif merupakan pendekatan secara sistematis, subjektif yang digunakan untuk menguraikan pengalaman hidup dan memberinya makna (Leininger, 1985; Munhal, 1989; Silva & Rothbart, 1984 dalam Burns & Grove, 2001). Metode penelitian kualitatif berperan penting dalam pengembangan teori keperawatan sebagai landasan praktik keperawatan yang berdasarkan fakta (*evidence-based nursing*). Penelitian kualitatif dapat menjawab masalah-masalah keperawatan yang sebagian besar berkaitan dengan respon manusia terhadap masalah kesehatan aktual maupun risiko (Ploeg, 1999).

Penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi. Studi fenomenologi mencoba mendefinisikan pengalaman dalam konteks yang spesifik dan kemudian secara induktif mengidentifikasi tema tentang pengalaman yang unik (Patton, 1992). Menurut Strubert dan Carpenter (1999), metode ini bertujuan untuk menggali persepsi atau pengertian yang mendalam dari sebuah peristiwa atau pengalaman hidup seseorang. Rancangan fenomenologi ini dilaksanakan dengan berpedoman pada pendapat Spigelberg (1975, dalam Streubet & Carpenter, 1999) tentang tiga tahapan fenomenologi deskriptif yaitu tahapan intuitif, analisis dan deskriptif.

Pada tahapan intuitif, peneliti bergabung secara total dengan fenomena yang ada serta partisipan, untuk mengeksplorasi pengalamannya menggunakan *colostomy* dalam kehidupan sehari-hari. Peneliti menghindari sikap kritis dan evaluatif terhadap semua informasi yang diberikan oleh partisipan dengan cara tidak menghakimi dan mengurung semua pengetahuan yang diketahui peneliti tentang fenomena. Pada tahap analisis, peneliti mulai mengidentifikasi tema-tema, arti dan makna tentang hidup dengan *colostomy* berdasarkan data dari transkrip wawancara dengan informan guna menjamin keakuratan dan kemurnian hasil penelitian. Bertolak dari hasil tahap analisis ini, pada tahap deskripsi peneliti kemudian membuat narasi yang luas dan mendalam tentang fenomena.

B. Partisipan

Pada penelitian ini partisipan yang diteliti adalah individu dengan kanker kolorektal yang menggunakan *colostomy* dan tinggal di wilayah DKI Jakarta. Tempat tinggal partisipan tersebar hampir di seluruh Jakarta yaitu Jakarta Selatan, Jakarta Utara,

Jakarta Timur, Jakarta Pusat dan satu partisipan berada di Depok. Perekrutan partisipan dilakukan dengan cara *purposive sampling* atau *judgmental sampling*, yaitu pengambilan sampel yang didasarkan pada pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti (Gillis & Jackson, 2002; Sugiyono, 2007; Moleong, 2007). Semua partisipan yang terpilih adalah individu-individu yang memiliki karakteristik sebagai berikut : pasien dengan *colostomy* tetap yang disebabkan oleh kanker kolorektal, sudah memakai *colostomy* selama minimal dua bulan karena setelah dua bulan pasien sudah mulai dapat melakukan aktivitas sehari-hari, mampu berkomunikasi verbal menggunakan Bahasa Indonesia dengan baik, bersedia menjadi partisipan dan menyetujui *informed consent* yang diberikan.

Perekrutan partisipan dimulai dengan mengidentifikasi nama-nama partisipan yang diperoleh peneliti melalui pertemuan peneliti dengan Ketua *Indonesian Ostomy Association*. Individu yang memenuhi kriteria dihubungi oleh peneliti melalui telepon untuk meminta izin atau kesediaan menjadi partisipan dalam penelitian ini. Jika individu bersedia, maka peneliti membuat kesepakatan tentang kapan dan di mana peneliti dapat bertemu untuk mengadakan wawancara.

Peneliti kemudian menemui partisipan sesuai dengan waktu dan tempat yang disepakati dan memberikan penjelasan tentang *informed consent* serta mempersilakan membacanya untuk memperjelas penjelasan yang telah diberikan. Jika partisipan menyetujui, maka partisipan dipersilakan menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Peneliti kemudian melakukan wawancara sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan.

Jumlah partisipan yang diambil sebanyak 7 orang. Hal ini sesuai dengan jumlah partisipan yang ditetapkan dalam rencana penelitian yaitu kurang dari 10, dimana ini mengacu pada pendapat Pollit dan Beck (2006), yaitu penelitian fenomenologi biasanya mengandalkan partisipan yang sangat kecil yaitu 10 atau kurang. Jumlah ini ditetapkan karena telah tercapainya saturasi data, yaitu situasi dimana informasi yang diberikan oleh partisipan ke 7 sudah tidak memberikan tambahan informasi baru tentang fenomena yang diteliti. Tujuh partisipan tersebut mengikuti secara keseluruhan dari awal hingga akhir proses penelitian dan tidak ada partisipan yang mengundurkan diri.

C. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini diawali dengan penyiapan dan penyusunan proposal yang dimulai sejak Bulan Desember 2007. Seminar proposal dilaksanakan pada Bulan April 2008. Pengumpulan dan analisa data dilaksanakan pada Bulan Mei sampai Juni 2008. Tempat penelitian adalah di masyarakat yang tinggal di wilayah DKI Jakarta dimana pasien dengan *colostomy* yang memenuhi kriteria penelitian ada di dalamnya.

DKI Jakarta dipilih menjadi tempat atau wilayah penelitian karena DKI Jakarta merupakan kota metropolitan, dimana berdasarkan literatur dan hasil penelitian yang ada, kejadian kanker kolorektal lebih banyak menyerang individu yang tinggal di kota metropolitan daripada pedesaan. Disamping itu di DKI Jakarta terdapat asosiasi penderita dengan *ostomy* (*Indonesian Ostomy Association*) sehingga dapat mempermudah peneliti dalam memperoleh partisipan penelitian.

D. Etika Penelitian

Penelitian ini pada dasarnya tidak menimbulkan resiko bagi partisipan, namun peneliti tetap perlu untuk sensitif terhadap isu-isu etik dalam menjalankan penelitian fenomenologi. Campbell (2005) menjelaskan bahwa interaksi yang terjadi antara peneliti dengan partisipan selama proses penelitian dapat menyebabkan terjadinya masalah etika. Permasalahan etika dalam penelitian terjadi akibat bertemunya dua atau lebih kepentingan yang berbeda pada saat bersamaan, misalnya kepentingan peneliti untuk memperoleh hasil penelitian ilmiah dan penghormatan terhadap hak informan atau pihak-pihak lain yang terkait (Poerwandari, 1998).

Penelitian ini juga tidak memberikan dampak negatif berupa masalah etika karena peneliti telah melakukan langkah-langkah antisipatif dengan memenuhi beberapa prinsip etika penelitian. Pertimbangan etik dalam penelitian ini dilaksanakan dengan memenuhi prinsip-prinsip *the Five Right of Human Subjects in Research* (ANA, 1985 dalam Macnee, 2004). Lima hak tersebut meliputi hak untuk *self determination*; hak terhadap *privacy* dan *dignity*; hak terhadap *anonymity* dan *confidentiality*; hak untuk mendapatkan penanganan yang adil; dan hak terhadap perlindungan dari ketidaknyamanan atau kerugian.

Dalam hak untuk *self determination*, partisipan memiliki otonomi dan hak untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik, bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian ini atau untuk mengundurkan diri dari penelitian ini. Hak terhadap *privacy* dan *dignity* berarti bahwa 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 tempat dan waktu yang telah dipilih oleh partisipan. Setting tempat wawancara merupakan hasil kesepakatan antara peneliti dan partisipan. Setting wawancara dibuat atas dasar pertimbangan terciptanya kesan santai, tenang dan kondusif bagi partisipan untuk memberikan informasi secara terbuka. Peneliti juga melakukan wawancara sesuai kontrak waktu yang telah disetujui oleh partisipan. Selain itu sebelum mengumpulkan data menggunakan alat perekam, peneliti terlebih dahulu menanyakan kesediaan partisipan untuk direkam.

Proses pengumpulan data juga beresiko mengungkap pengalaman partisipan yang bersifat sangat rahasia bagi pribadinya, peneliti menginformasikan bahwa partisipan juga berhak untuk tidak menjawab pertanyaan wawancara yang mungkin menimbulkan rasa malu atau tidak ingin diketahui oleh orang lain. Jika partisipan merasa tidak nyaman untuk berpartisipasi lebih lanjut, partisipan diperkenankan untuk mengundurkan diri dari proses penelitian kapanpun ia inginkan. Semua ini dilakukan peneliti untuk menghormati prinsip *privacy* dan *dignity*.

Berdasarkan hak *anonymity* dan *confidentiality*, maka semua informasi yang didapat dari partisipan harus dijaga dengan sedemikian rupa sehingga informasi individual tertentu tidak bisa langsung dikaitkan dengan partisipan, dan partisipan juga harus dijaga kerahasiaan atas keterlibatannya dalam penelitian ini. Untuk menjamin kerahasiaan (*confidentiality*), maka peneliti menyimpan seluruh dokumen hasil pengumpulan data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, kaset

rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh peneliti. Kaset rekaman diberi kode partisipan tanpa nama, dan selanjutnya ditransfer ke dalam komputer dan disimpan di dalam file khusus dengan kode partisipan yang sama. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan proses analisis data sampai penyusunan laporan penelitian selesai disusun. Dalam menyusun laporan penelitian, peneliti menguraikan data tanpa mengungkap identitas partisipan (*anonymous*).

Hak terhadap penanganan yang adil memberikan individu hak yang sama untuk dipilih atau terlibat dalam penelitian tanpa diskriminasi dan diberikan penanganan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang disepakati, dan untuk memberikan penanganan terhadap masalah yang muncul selama partisipasi dalam penelitian. Semua partisipan mempunyai kesempatan yang sama untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dan mendapatkan perlakuan yang sama dari peneliti. Sedangkan hak untuk mendapatkan perlindungan dari ketidaknyamanan dan kerugian mengharuskan agar partisipan dilindungi dari eksploitasi dan peneliti harus menjamin bahwa semua usaha dilakukan untuk meminimalkan bahaya atau kerugian dari suatu penelitian, serta memaksimalkan manfaat dari penelitian (ANA, 1985 dalam Macnee, 2004).

Pada penelitian ini, untuk memenuhi hak-hak tersebut peneliti melakukan *informed consent* yang memungkinkan peneliti untuk mengevaluasi kesediaan partisipan untuk berpartisipasi dalam penelitian pada berbagai tahap dalam proses penelitian (Streubert & carpenter, 1999). Maksud dari *informed consent* adalah agar partisipan

dapat membuat keputusan yang dipahami dengan benar berdasarkan informasi yang tersedia dalam dokumen *informed consent* (Macnee, 2004). Partisipan diberikan penjelasan singkat tentang penelitian yang meliputi tujuan penelitian, prosedur penelitian, durasi keterlibatan partisipan, hak-hak partisipan dan bagaimana partisipan diharapkan dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Partisipan yang menyatakan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian ini kemudian menandatangani lembar persetujuan.

E. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dari partisipan dilakukan dengan melalui beberapa tahap antara lain :

1. Peneliti mengurus surat ijin penelitian di kampus untuk dilanjutkan kepada Ketua *Indonesian Ostomy Association*.
2. Peneliti menemui Ketua *Indonesian Ostomy Association* untuk memperoleh ijin penelitian.
3. Bersama dengan Ketua *Indonesian Ostomy Association*, peneliti mengidentifikasi daftar nama dan nomor telepon partisipan yang memenuhi kriteria penelitian.
4. Peneliti kemudian menghubungi partisipan melalui telepon, dan menanyakan kesediaan partisipan untuk ikut dalam penelitian ini. Jika partisipan tertarik, maka peneliti menanyakan waktu dan tempat untuk melakukan pengumpulan data.
5. Peneliti kemudian mendatangi partisipan di tempat dan waktu sesuai dengan kesepakatan partisipan, melakukan pendekatan serta memberikan *informed*

consent untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Setelah partisipan menyatakan persetujuannya, partisipan dipersilahkan menandatangani *informed consent*.

6. Peneliti mulai melakukan proses pengambilan data dengan wawancara mendalam.

Wawancara dilakukan di tempat sesuai dengan kesepakatan partisipan. Tiga partisipan dilakukan wawancara di ruang tamu partisipan, dua orang di restoran, satu orang di ruang rapat kantor partisipan dan satu lagi di teras rumah. Rata-rata waktu wawancara untuk setiap partisipan adalah 45 – 60 menit. Wawancara dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan partisipan. Untuk itu peneliti melakukan perkenalan dengan partisipan sekaligus untuk pengumpulan data demografi. Data ini dikumpulkan oleh peneliti dengan dua alasan. Pertama, untuk mengumpulkan beberapa informasi dasar tentang partisipan seperti : nama, umur, alamat, status perkawinan, pekerjaan, dan lamanya menggunakan *colostomy*. Kedua, untuk memberikan peluang bagi peneliti dan partisipan menjadi nyaman antara satu dan yang lain. Sebagai indikator telah terbinanya hubungan saling percaya antara peneliti dan partisipan adalah kesediaan partisipan menceritakan biodata yang dimiliki dan kesediaan untuk dimulainya wawancara.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi terstruktur dengan pertanyaan terbuka untuk menjawab pertanyaan penelitian. Jenis wawancara ini sudah termasuk dalam katagori *in-dept interview*, dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur (Sugiyono, 2007). Tujuan dari

wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide-idenya. Wawancara dimulai dari pertanyaan yang sifatnya umum yaitu tentang pengalaman pasien selama ini hidup dengan *colostomy*. Partisipan sebagian besar menjawab dengan menceritakan pengalamannya sejak pertama kali terdiagnosa penyakitnya dan dinyatakan harus dilakukannya operasi. Berdasarkan jawaban partisipan ini, peneliti baru menggunakan pertanyaan yang ada dalam pedoman wawancara sesuai dengan keperluan.

F. Alat Pengumpulan Data

Peneliti melakukan pengumpulan data dengan menggunakan alat bantu yang berupa pertanyaan-pertanyaan tertulis sebagai pedoman untuk wawancara, buku catatan, dan MP4 untuk merekam wawancara antara peneliti dengan partisipan. Pengumpulan data dilakukan oleh peneliti setelah dilakukan ujicoba wawancara. Ujicoba wawancara dilakukan pada individu yang menggunakan *colostomy* dan dilaksanakan di rumah partisipan. Tujuan dilakukan ujicoba wawancara adalah untuk mengetahui apakah pertanyaan - pertanyaan yang ada dalam pedoman wawancara (lampiran 3) dapat dipahami dengan baik oleh partisipan dan untuk menguji kemampuan peneliti dalam proses wawancara serta mencoba kemampuan peneliti dalam membuat catatan lapangan. Uji coba juga dilakukan pada alat perekam wawancara (MP4), untuk menghindari terjadinya kemacetan atau tidak berfungsinya alat pada saat digunakan untuk merekam proses wawancara.

Berdasarkan pengalaman dari hasil uji coba wawancara ini, peneliti dapat mengambil kesimpulan bahwa semua pertanyaan yang ada dalam pedoman wawancara sudah dapat dipahami dengan baik oleh partisipan dengan memberikan jawaban berupa cerita atau penjelasan. Seluruh jawaban yang diberikan pada uji coba ini menurut peneliti sudah menggambarkan fokus penelitian yaitu sesuai dengan tujuan penelitian.

Peneliti juga tidak mempunyai masalah dalam tehnik merekam, namun peneliti masih kurang dalam hal pengembangan pertanyaan semi terstruktur yang ada pada panduan wawancara sehingga belum diperoleh hasil wawancara yang mendalam. Kekurangan tersebut menjadi masukan sangat berarti bagi peneliti untuk melakukan wawancara pada partisipan berikutnya. Pada uji coba ini peneliti mencoba membiasakan diri untuk menulis catatan lapangan, melakukan *bracketing* dan mengajukan pertanyaan yang telah disusun dalam pedoman wawancara.

G. Analisis Data

Analisis dari jenis data kualitatif merupakan proses yang aktif dan interaktif (Polit & Beck, 2006). Sebelumnya peneliti membaca transkrip dan catatan lapangan berulang kali sampai peneliti dapat menyelami data dengan baik. Morse dan Field (1995, dalam Polit & Beck, 2006) mencatat bahwa analisis kualitatif adalah suatu proses menyatukan data, membuat sesuatu yang tidak jelas menjadi jelas, proses menghubungkan akibat dengan *antecedents*, merupakan suatu proses perkiraan dan verifikasi, proses koreksi dan modifikasi, proses menyarankan dan mempertahankan.

Analisis data dilakukan dengan metode fenomenologi yang dikembangkan oleh Colaizzi, 1978, dikutip dari Streubert dan Carpenter, 1999) adalah sebagai berikut :

1. Membuat transkrip data untuk mengidentifikasi pernyataan-pernyataan yang bermakna dari partisipan dengan memberinya garis bawah.
2. Membaca transkrip secara keseluruhan dan berulang-ulang sampai hapal seluruhnya
3. Membuat kategorisasi pernyataan-pernyataan
4. Menentukan kategori tersebut menjadi pernyataan-pernyataan yang bermakna dan saling berhubungan serta menjadikannya tema-tema potensial
5. Mengelompokkan tema-tema sejenis menjadi tema-tema akhir, lalu membandingkan / memeriksa kembali dengan deskripsi asli yang terdapat dalam masing-masing transkrip.
6. Kembali kepada partisipan untuk konfirmasi / verifikasi tema-tema tersebut, jika mungkin mendapatkan tambahan data.
7. Menggabungkan data tambahan yang diperoleh selama validasi ke dalam suatu deskripsi akhir tema

H. Keabsahan Data

Untuk menjamin kebenaran data maka peneliti melakukan konfirmasi informasi yang telah ditemukan dengan cara : *credibility*, *dependability*, *confirmability*, dan *transferability*. Kredibilitas (*credibility*), merupakan suatu tujuan untuk menilai kebenaran dari temuan penelitian kualitatif. Kredibilitas ditunjukkan ketika partisipan mengungkapkan bahwa tema-tema penelitian memang benar-benar

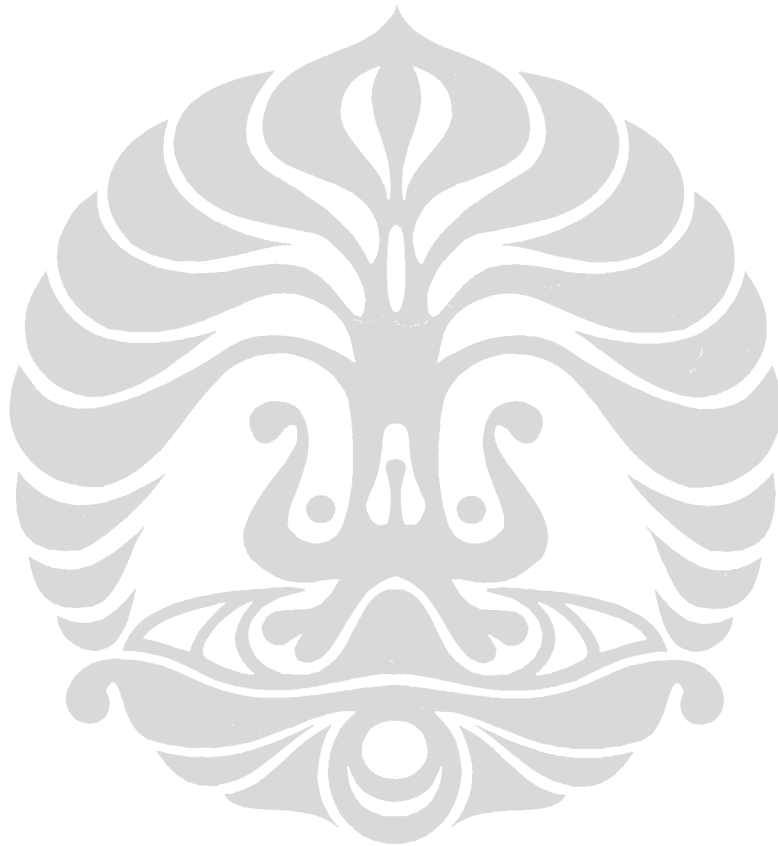
sebagai pengalaman dirinya sendiri. Dalam hal ini peneliti memberikan tema-tema yang telah diperoleh untuk dibaca ulang oleh partisipan. Jika partisipan mengatakan bahwa tema tersebut sesuai, maka dianggap telah memiliki kredibilitas.

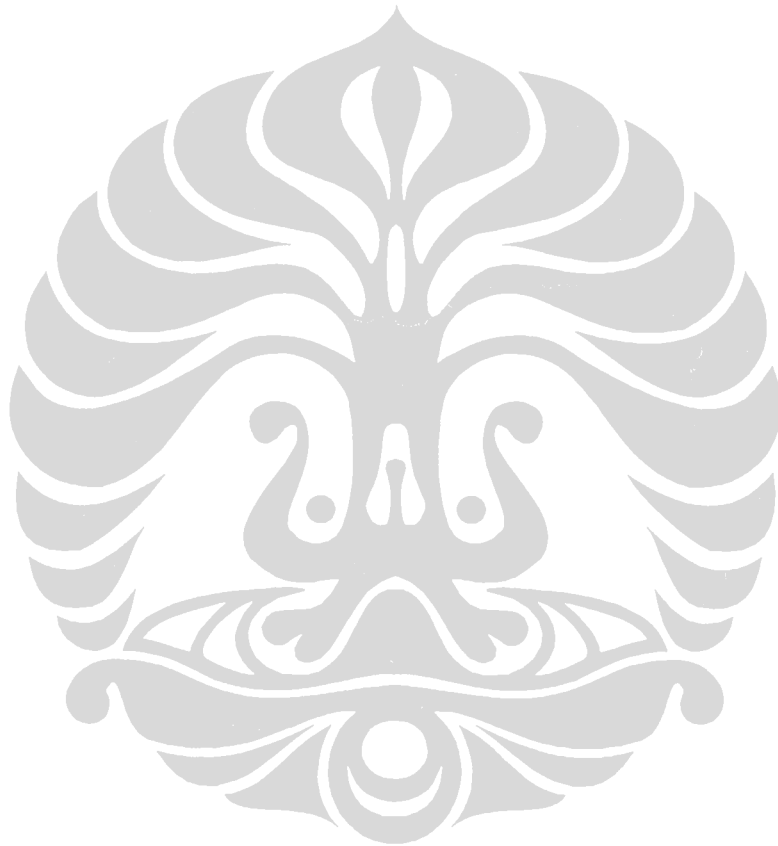
Dependability dari data kualitatif adalah kestabilan data dari waktu ke waktu dan kondisi atau disebut reliabilitas. Salah satu tehnik untuk mencapai *dependability* adalah *inquiry audit*, yang melibatkan suatu penelaahan data dan dokumen-dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail oleh seorang penelaah eksternal (Polit & Hungler, 1999). Penelaah eksternal yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah para pembimbing peneliti selama melakukan penelitian dan menyusun tesis.

Confirmability, adalah objektivitas atau netralitas data, dimana tercapai persetujuan antara dua orang atau lebih tentang relevansi dan arti data (Polit & Hungler, 1999). Dalam penelitian kualitatif, uji *confirmability* mirip dengan uji *dependability* sehingga pengujiannya dapat dilakukan secara bersamaan. Peneliti melakukan *confirmability* dengan mendiskusikan seluruh transkrip yang sudah ditambahkan catatan lapangan, tabel pengkatagorian tema awal dan tabel analisis tema pada pembimbing penelitian.

Transferability, sering disebut validitas eksternal dalam penelitian kualitatif. Validitas eksternal menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkannya hasil penelitian ke populasi di mana sampel tersebut diambil. Supaya orang lain dapat memahami hasil penelitian kualitatif sehingga ada kemungkinan untuk menerapkan hasil penelitian tersebut, maka peneliti membuat laporan dengan memberikan uraian

yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya. Dengan demikian maka pembaca menjadi lebih jelas atas hasil penelitian ini, sehingga dapat memutuskan dapat atau tidaknya untuk mengaplikasikan hasil penelitian ini di tempat lain. Bila pembaca laporan penelitian memperoleh gambaran yang sedemikian jelasnya, semacam apa suatu hasil penelitian dapat diberlakukan (*transferability*), maka laporan tersebut memenuhi standar *transferability* (Faisal, 1990; dalam Sugiyono, 2007).





BAB IV HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan berbagai pengalaman para pasien yang menjalani kehidupan mereka setelah dilakukan tindakan *colostomy* dalam konteks asuhan keperawatan kanker kolorektal di wilayah DKI Jakarta. Penelitian ini menghasilkan 5 tema utama yang memberikan suatu gambaran atau fenomena pengalaman para pasien yang mempunyai *colostomy*. Hasil penelitian ini diuraikan menjadi 2 bagian. Bagian pertama menceritakan secara singkat gambaran karakteristik partisipan yang terlibat dalam penelitian ini. Bagian kedua membahas analisis tematik tentang pengalaman pasien menjalani aktivitas sehari-hari setelah dilakukan *colostomy*.

A. Gambaran Karakteristik Partisipan

Sebanyak 7 partisipan berpartisipasi dalam penelitian ini. Usia mereka bervariasi antara 27 tahun sampai dengan 66 tahun. Jenis kelamin partisipan laki-laki sebanyak 5 orang dan perempuan sebanyak 2 orang. Tingkat pendidikan mereka bervariasi dari SLTA, Diploma, Sarjana dan Pascasarjana. Semua partisipan adalah anggota asosiasi pasien dengan *stoma* atau *Indonesian Ostomy Association (InOA)* dan bertempat tinggal di wilayah DKI Jakarta. Hampir semua partisipan beragama Islam, hanya 1 orang beragama Katolik. Pekerjaan dari masing-masing partisipan bervariasi, 2 orang sebagai karyawan swasta, 2 orang ibu rumah tangga, 1 orang pensiunan, 1 orang dosen dan 1 orang lagi sebagai tukang ojek. Tentang status

perkawinan, 5 orang partisipan menikah, 1 orang janda dan 1 orang lainnya belum menikah. Berkaitan dengan lamanya mereka menjalani aktivitas keseharian dengan *colostomy* juga bervariasi, yaitu antara 2 tahun hingga 12 tahun.

B. Analisis Tematik.

Bagian ini secara rinci menjelaskan uraian 5 tema yang teridentifikasi dari hasil wawancara. Tema-tema tersebut adalah : (1) Menjadi berbeda dengan orang normal dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasca tindakan *colostomy*, (2) Mempunyai *colostomy* menimbulkan berbagai ketidaknyamanan fisik dan psikososial dalam menjalani kehidupan sehari-hari, (3) Menjadi tidak sebebaskan dulu, setelah tindakan *colostomy*, (4) Berbagai respon tahapan berduka ketika pertama kali menjalani kehidupan pasca tindakan *colostomy* dan (5) Setiap pasien dengan *colostomy* membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

Tema-tema yang dihasilkan dalam penelitian ini dibahas secara terpisah untuk mengungkap makna atau arti dari berbagai pengalaman partisipan menjalani aktivitas sehari-hari setelah dilakukan tindakan *colostomy*. Meskipun dibahas secara terpisah, namun tema-tema tersebut saling berhubungan satu sama lain untuk menjelaskan esensi pengalaman para partisipan dalam studi ini.

1. Menjadi berbeda dengan orang normal dalam hal pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasca tindakan *colostomy*

Mengalami perubahan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari banyak diungkapkan oleh para partisipan dalam studi ini. Mereka merasa saat ini

berbeda dengan orang normal dalam pemenuhan kebutuhan harian. Di antaranya, dalam hal pemenuhan kebutuhan makan, semua partisipan menceritakan bahwa setelah tindakan *colostomy*, mereka harus selektif memilih jenis makanan yang dikonsumsi. Misalnya mereka tidak boleh mengonsumsi makanan yang mengandung rasa pedas dan yang bersantan kental karena dapat menimbulkan gangguan pada saluran pencernaan, seperti diare dan konstipasi. Gangguan ini dapat menyebabkan mereka kerepotan karena harus berkali-kali ke kamar mandi.

Salah satu partisipan juga menambahkan cerita tentang larangan mengonsumsi jenis makanan lainnya, yaitu menghindari jenis makanan yang dapat mengeluarkan gas, seperti telur, mie, dan sayuran kol. Berikut adalah ungkapan dari 3 partisipan mengenai hal tersebut :

“ Saya usahakan jenis makannya yang banyak serat, rasa pedas dari cabe itu usahakan jangan, santen yang kental juga sebaiknya tidak dimakan” Wah, beda dengan orang normal, yang bebas memilih –milih makanan(P3).

” ...Makanan juga harus dipilih-pilih jenis makanannya, kalau orang normal boleh makan apa saja, kalau kita, sambal atau makanan yang mengakibatkan diare sebaiknya dihindari, kalau diare kan repot ya karena terus-terusan keluar, harus ekstra ke kamar mandi, kan jadi repot,...jadi jenis makanan harus diatur, (P6).

“... Itu kan tergantung juga sama yang dimakan ya, jangan makan telur, mie, yang mengandung gas, terus kol, kalau mau pesta minum merit. Sebenarnya makanan itu hanya kita bu yang tahu, yang bisa ngatur, orang lain mah nggak tahu, hanya kita yang tahu.” Pokoknya sudah beda dengan orang normal Bu.....(P7).

Perbedaan pemenuhan kebutuhan lainnya yang jelas dirasakan oleh semua partisipan adalah lokasi/tempat pengeluaran kotoran (feses) ketika buang air besar (b.a.b.). Sebelum tindakan *colostomy*, kotoran (feses) mereka dikeluarkan

melalui anus, namun saat ini, berbeda dengan orang normal kotoran b.a.b. mereka dikeluarkan melalui lubang yang ada di perut. Semua partisipan mengomentari hal yang sama tentang perbedaan lokasi/tempat pengeluaran hasil b.a.b. tersebut, yaitu saat ini mereka berbeda dari orang yang normal dalam hal buang air besar. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh partisipan 1 dan 6 di bawah ini.

“ Yach... dulu atau kalau orang normal buang airnya lewat belakang (anus) kemudian sekarang dibawa ke depan lewat perut, ya dikatakan ada masalah ya ada(memegang bagian perut yang ada kantongnya)” (P1).

“ ... Kalau dipikir kasus kayak gini intinya hanya perubahan pola buang air saja. Tapi yah...sudah jadi beda dengan orang yang normal, kita-kita buang airnya lewat lubang ini.....Operasi seperti ini ya merupakan alternatiflah untuk menyelamatkan jiwa manusia atau untuk memperpanjang usia “ (P6).

Pemenuhan kebutuhan sehari-hari yang juga dirasakan sangat berbeda dengan kebutuhan harian orang normal lainnya diekspresikan oleh semua partisipan. Saat ini mereka memiliki kebutuhan khusus yang tidak dimiliki oleh orang normal yaitu pemenuhan kebutuhan kantong *colostomy*. Berbeda kebutuhan dalam hal ini dengan orang normal menyebabkan para partisipan memiliki kebutuhan tambahan biaya untuk selalu membeli kantong dan dirasakan kebutuhan ini menjadi beban secara finansial untuk mereka. Berikut ungkapan 2 partisipan:

” Sekarang ini saya tiap hari perlu kantong ini (sambil menunjuk ke arah lokasi kantong colostomy), beda ya mbak dengan orang normal, nggak butuh kaya gini.....Waktu itu saya masih harus beli kantong, akhirnya saya ke Dharmais, saya terus terang, saya tidak punya uang untuk membeli kantong”(P3).

” Terus terang penyakit ini kan tidak murah, membutuhkan biaya yang cukup besar. Orang lain tidak butuh kantong ini, tapi kami butuh, Itu kadang

yang nggak dimengerti oleh banyak orang. Ini benar-benar membuat yang sakit beban keuangan berat ya, pertama buat beli kantong, perawatan pasca operasi, kemoterapi dan lain-lain”(P6).

2. Mempunyai *colostomy* menimbulkan berbagai ketidaknyamanan fisik dan psikososial dalam kehidupan sehari-hari

Ketidaknyamanan fisik seringkali dialami setelah dilakukannya *colostomy* oleh hampir semua partisipan. Ketidaknyamanan fisik yang dirasakan yaitu seringkali timbul berbagai masalah di sekitar lubang *colostomy* (*stoma*) dan perasaan tidak nyaman di daerah perut. Masing-masing partisipan mengemukakan pengalaman berbagai ketidaknyamanan tersebut secara bervariasi.

Beberapa partisipan mengekspresikan setelah mempunyai *colostomy*, mereka seringkali mengalami rasa gatal dan mudah berdarah di sekitar *stoma*. Rasa perih di sekitar lubang juga diungkapkan beberapa partisipan, adanya prolaps sampai kejadian infeksi juga dialami oleh beberapa dari mereka Hal ini terungkap dari pernyataan partisipan 2, 3 dan 5 di bawah ini :

” ... hanya kalau pas kantongnya mulai agak bocor, ya terasa perih gitu, perih di pinggir-pinggirnya. Kalau dibiarin lama-lama bisa infeksi bu” (P2).

” Masalah yang sering itu diare mbak. Pernah saya terpaksa turun waktu naik kereta, saya terpaksa turun di pasar minggu karena apa, karena diare. Biasanya kalau saya stress, diare. Selain itu karena saya hidup sendirian, jadi apa-apa sendiri, kalau nggak ada air saya angkat air sendiri, betulin apa-apa sendiri, jadi dia keluar akhirnya prolaps”(P3).

” Masalah di sekitar stoma itu gatal, terutama kalau udah lama kantongnya nggak ganti, Sampai berdarah-darah itu gatalnya kalau digaruk, karena enak sekali, enaaaak sekali kalau digaruk. Apalagi pas waktu tidur, biasanya tidak sengaja garuk-garuk itu”(P5).

Ketidaknyamanan fisik yang berbeda dirasakan oleh salah satu partisipan lainnya. Dirinya seringkali merasakan tidak nyaman di daerah perut jika salah mengkonsumsi makanan atau salah melakukan irigasi. Keluhan yang dirasakan antara lain kembung pada perut, mules, nyeri dan perasaan seperti tersumbat.

Berikut pengalamannya:

” Kalau diirigasi saya merasa kembung gitu, jadi udah terus saya nggak mau lagi. Kembung, perut mules dan takut juga terjadi apa-apa gitu”. Terus.....kalau saya makan kayak mangga muda, sayur nangka saya nggak berani. Pembuangannya sakit bu, pencernaannya seperti tidak hancur-hancur, kayak nggak bisa hancur-hancur, kayak mampet aja”(P2).

Selain ketidaknyamanan fisik, ketidaknyamanan psikososial juga banyak dialami oleh para partisipan ini dalam keseharian aktivitas mereka. Di antaranya adanya perasaan tidak nyaman takut orang lain mengetahui bau atau mencium bau yang tidak sedap atau bunyi (*flatus*) yang seringkali timbul dari lubang di perut mereka dan perasaan takut kalau kantong yang mereka miliki mengenai atau tersenggol orang lain. Perasaan-perasaan seperti ini dirasakan sebagai sesuatu yang paling mengganggu bagi partisipan ketika sedang bersosialisasi dengan orang lain. Berikut ungkapan partisipan mengenai masalah tersebut :

” Kadang kalau pas di kantor, pas lagi meeting di ruangan, rasanya nggak enak banget gitu kalau tiba-tiba kentut, kan bunyi, soalnya itu kan keluar begitu aja, gak bisa dikendalikan. Ya itu sih yang rasanya paling mengganggu aku” (P1).

” ... terkadang nggak enakya kan kalau pas ketemu temen lama ya kan main tepuk gitu, kan takut ya... takut kantong saya yang ditepuk”(P2).

”... terus bunyinya kan juga nggak enak ya, ya nggak nyamannya gitu aduh nanti takut bunyi, suka kaya paranoid lah aku kalau dekat-dekat orang...”(P7).

Adanya *colostomy* juga telah menimbulkan ketidaknyamanan secara psikososial dalam hal berpakaian. Beberapa partisipan mengungkapkan perubahan tersebut menyebabkan mereka menjadi tidak nyaman dalam berpakaian dan mengganggu penampilan diri. Mereka mengungkapkan penampilan berpakaian menjadi tidak indah dan tidak bebas bergaya. Pada akhirnya menyebabkan mereka tidak percaya diri untuk tampil dengan pakaian yang dikenakan:

“ tapi dilihatnya pasti ya nggak enaklah penampilan pakaian yang saya pakai, ngembunglah pasti. ... ”(P2).

“ ...soal keindahan berpakaian juga tidak bisa lagi seperti biasanya yang sebelum sakit ini. Jadi kalau misalnya dia tidak produksi sih tidak apa-apa tapi kalau produksi kan menggelembung, tidak nyaman ya. Kalau wanita kan ya harus yang bisa menyembunyikan kantongnya, kalau laki-laki juga harus pakai jas lah” (P6).

” Nggak bisa pakai baju yang seksi, nggak bisa yang bergaya-gaya, sekarang pakainya baju yang longgar-longgar, nggak bisa yang aneh-aneh, jadi nggak pede lah bu. Saya jadi pakai yang longgar-longgar aja yang lebih nyaman”(Menarik-narik baju yang dipakainya(P7).

3. Menjadi tidak sebebas dulu, setelah tindakan *colostomy*

Tema ini merupakan jawaban salah satu tujuan penelitian ini yaitu berbagai hambatan yang dialami para partisipan selama mempunyai *stoma* (lubang) di daerah perut pasca tindakan *colostomy*. Salah satu hambatan yang dialami partisipan dalam studi ini terutama dalam hal tidak bebas bepergian, tidak bebas dalam melaksanakan ibadah, dan tidak bebas dalam memperoleh kesempatan bekerja dibandingkan sebelum dilakukan tindakan *colostomy*.

Beberapa partisipan mengungkapkan pengalamannya selama bepergian, seringkali mengharuskan mereka berhenti sejenak dalam perjalanan, dan harus membawa peralatan ekstra. Berikut ungkapan partisipan 3 dan 6 mengenai hal ini :

“ Dalam perjalanan itu mbak, yang namanya berhenti itu mungkin ada 20 kali berhenti untuk membersihkan kantong saya. Diare saya dan ini yang biasanya kantong tidak pernah jebol, karena diare ini kantong jebol terus Mbak, biasanya perjalanan paling 11-12 jam, ini ada kali 20 jam baru sampai, karena harus berhenti di setiap pom bensin berhenti”(P3).

“ Bepergian kita membawa barang, peralatan yang ekstra ya, sama kita tidak bisa jauh-jauh dari kamar mandi lah, air ya. Kalau inputnya jarang, ke belakangnya juga jarang. Kalau makan kita sering, ya 2 jam sekali bisa ke belakang”(P6).

Adanya masalah dalam bepergian ini lebih jauh diungkapkan oleh salah satu partisipan yang seringkali mengadakan perjalanan jauh ke luar kota dimana untuk bepergian tersebut diperlukan persiapan-persiapan khusus agar tidak mengalami masalah yang merepotkan dalam perjalanannya. Seperti ungkapannya:

“ Jadi malahan saya kalau mau ke luar kota, itu kan nyetir sendiri, itu dibuat aja diare dulu. Saya makan bakso sorenya, pakai cuka, pedes, habis isya saya makan, itu subuh pasti penuh kantong saya. Esoknya udah, 2 hari itu aman, nggak keluar-keluar lagi, jadi saya aman ke luar kota”(P5).

Lain halnya dengan yang diungkapkan oleh dua orang partisipan dalam studi ini tentang ketidakbebasan yang saat ini dialaminya dibanding sebelum tindakan *colostomy*. Saat ini, mereka mengungkapkan ketidakbebasannya dalam menjalankan ibadah. Hal ini dialami oleh partisipan terutama pada saat awal-awal menggunakan *colostomy*. Mereka merasa terganggu dengan suara yang timbul dari *stoma* dan merasa ibadah yang dilakukannya menjadi batal.

“ Kalau soal ibadah dulu sih iya ya, saya merasa gimana ya, kan kadang kalau pas sholat terus tiba-tiba bunyi kentut, itu kan malu ya. Kalau kentut kan jadi batal sholatnya. Dulu memang pernah sih aku tahan pakai...pakai setagen gitu kayak ibu-ibu, tapi sekarang aku sudah tidak lagi”(P1).

“ ... Bingung ya kemana-mana saya harus ini bagaimana caranya kalau di luar, caranya bagaimana kalau keluar fesesnya, sholat saya bagaimana, ibadah saya jadi batal...”(P5).

Beda lagi dengan apa yang dirasakan oleh 2 partisipan yang menyenangkan kegiatan olahraga. Kedua partisipan tersebut menceritakan bahwa saat ini mereka tidak sebebaskan dulu dalam melakukan jenis kegiatan olahraga. Setelah *colostomy*, mereka terbatas hanya melakukan kegiatan olahraga tertentu, seperti bulu tangkis dan jalan santai. Seperti yang diungkapkan 2 partisipan berikut :

“ Olah raga sekarang udah nggak bisa bu, taekwondo, lari itu udah nggak bisa bu, paling badminton itu cuman kadang-kadang, kalau berenang takutnya apa....pas berenang lepas gitu. Kalau lari ya lari santai aja, nggak lari yang gimana gitu (tersenyum)” (P2).

“ Aktivitas kita pilih-pilih yang ringan, kayak renang jadi jarang, lari juga agak berkurang ya walaupun sebenarnya nggak apa-apa. Olah raga juga berkurang, paling jalan ya atau main bulu tangkis yang ringan saja...”(P6).

Selanjutnya, 3 partisipan mengungkapkan pengalamannya dalam mencari pekerjaan. Mereka mengungkapkan hambatan yang berbeda dialami dari partisipan lainnya, yaitu dalam hal kesempatan memperoleh pekerjaan. Sejak memiliki *colostomy*, mereka merasa kesulitan memperoleh pekerjaan yang sesuai dengan keinginan mereka. Pada umumnya, mereka menginginkan pekerjaan menjadi orang kantoran, namun karena keadaan *colostomy* yang dimilikinya, mereka tidak memperoleh kesempatan bekerja di perusahaan

dimana mereka pernah mencoba memasukkan lamaran pekerjaan. Contoh pernyataan dari 2 partisipan adalah sebagai berikut:

“ Saya sudah coba mencari pekerjaan ke mana-mana, tapi kalau sudah sampai ditanya pernah sakit apa, udah nggak bisa kalau udah ke situ. Karena gimana ya masak saya mau bohong, ini kan nggak bisa dibohongi karena suatu saat kalau lagi nggak beres, berontak dia, sakit perut, jadi nggak mungkin saya sembunyikan. Meskipun saya punya kemampuan, punya keahlian di bidang ini itu, punya titel, tapi tetep aja....”(P3)

“ ... ngelamar pekerjaan itu ya pasti tidak diterima, kalau kayak karyawan tetap kan sulit. Ya dianggap tidak fit gitu ya, ya wajar aja mereka tidak bisa disalahkan juga. Kan nggak mau ya karyawannya sedikit-sedikit sakit ya. Pekerjaan nggak bisa yang office our, jadi cenderung kerja mandiri ya karena kan dia sendiri yang ngatur, kalau diatur orang lain kan sulit ya. Jadi pola kerja itu memang yang mandiri, independent. Kalau kerjaan menuntut 3-4 jam stand by, nggak bisa, repot kan”(P6).

4. Berbagai respon tahapan berduka ketika pertama kali menjalani kehidupan pasca tindakan *colostomy*

Berbagai respon penolakan sudah terlihat sejak awal ketika partisipan tahu bahwa penyakitnya harus dioperasi dan perlu dibuat *colostomy*. Sebagian partisipan mengatakan, pada awalnya mereka menolak, beberapa diantara mereka mengungkapkan merasa lebih baik mati daripada hidup dengan kantong di perut mereka, ada yang merasa syok, dan putus asa, bahkan menganggapnya sebagai suatu bencana. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh partisipan 2, 5, dan 6 di bawah ini :

“ Memang di situ dianjurkan disuruh operasi, dalam hati saya sih tidak mau, putus asa sempat saya rasakan juga ya kan, saya pikir operasi itu lebih parah. Saat itu saya menolak, saya pikir lebih baik saya mati aja”(P2).

“ Saya ya sejak didiagnosa ini, memang ini cobaan berat buat saya waktu saya baru mengalaminya. Malahan waktu saya diberitahu bahwa saya harus dioperasi, saya sudah putus asa, putus asa sekali. Saya piker lebih baik saya... udah mati aja deh (tertawa)”(P5).

“ Nah pada saat diberitahu harus operasi itu syok ya pertama kali terus terang karena alternatifnya hanya satu yaitu colostomy. Waktu direkomendasikan untuk dilakukan colostomy saya menolak dulu sampai 3 bulan, syok dulu karena kaget mbayangin kalau colostomy jadi semacam bencana ya...”(P6).

Respon awal lainnya yang terlihat saat didiagnosa akan dilakukan *colostomy* diceritakan secara berbeda oleh partisipan 2, 4, dan 7. Mereka mengatakan harus menerima operasi karena alasan orang tua atau keluarga dan merasa tidak mempunyai jalan lain. Beberapa partisipan mengatakan akhirnya mereka menyadari dan menerima operasi sebagai jalan yang terbaik baginya

“ Ya... karena orang tua ya udah akhirnya saya pasrah...”(P2.)

“ Tidak ada jalan lain, ini mungkin yang terbaik.....Saya langsung menerima itu. Terserah dokter lah kata saya, yang penting bisa diatasi. Dan ilmu saya zaman itu dokterlah yang tahu tentang penyakit. Ndak ada saya usaha ke alternative-alternatif. Keluarga ya menyarankan begitu, dibawa ke sini lah ke situ lah alternatif begitu”(P4).

“ Ya aku terima aja karena kata dokter memang ini alternatifnya...”(P7)

Hal yang menarik dari pengalaman partisipan dalam studi ini adalah respon awal ketika akan dilakukan tindakan *colostomy*, juga diceritakan oleh beberapa partisipan, yaitu perilaku mengingkari atau denial berupa menyalahkan Tuhan.

Hal ini terlihat dari ungkapan partisipan berikut :

“ Ya sempet termenung, diem, kenapa yang di atas ngasih cobaan seperti ini, cobaan buat saya ?...”(P2).

“ ...Rasanya saya udah nyerah, Tuhan...Kenapa sih saya ? Tuhan nggak adil, kenapa saya? ...(P3).

“ Pada saat itu ada perasaan menyalahkan Tuhan, kenapa harus saya yang sakit?, perasaan, saya ini ibadah saya selama ini juga nggak main-

main, kenapa nggak orang-orang yang kafir itu?. Terus biayanya kan mahal, saya nggak punya biaya, kenapa nggak orang-orang yang kaya itu?”(P5).

Respon lain juga diceritakan secara berbeda oleh partisipan 5, pada awal-awal kehidupan dengan *colostomy*, dirinya merasa bingung dan jijik dengan keadaannya saat itu.

“ Ya mula-mula memang ada kendala lah, bingung, merasa jijik...”(P5).

Pada saat mengalami respon mengingkari keadaan/denial, hampir semua partisipan menyatakan memperoleh dukungan dari sesama penderita, teman, keluarga, maupun petugas kesehatan, seperti diceritakan oleh partisipan 1, 5 dan 7.

“ Kemudian saya didatangi ibu-ibu yang memakai colostomy juga. Ibu-ibu itu dulunya pasien dokter aku juga. Dia memberikan support ke saya dan aku melihatnya kok baik-baik aja sehingga aku memperoleh dukungan dari dia”(P1).

” Dokter menasehatin saya, saya diwawancara anak saya berapa, keluarga saya bagaimana, jadi begini, anda itu masih dibutuhkan oleh keluarga anda. Coba aja bayangin kalau anda menyerah di sini, ini akan fatal sekali. Kalau ini kecil buat saya, ini akan sembuh dalam waktu yang tidak terlalu lama”(P5).

” Jadi kakak, saudara-saudara aku, juga ngasih tahu aku, udah kamu jangan mikir macam-macam, nggak usah mikirin yang lain-lain pokoknya mikirin diri kamu dulu. Aku dah mulai sakit-sakit diambil lo bu ama mamaku yang di Depok”(P7).

Respon selanjutnya ditunjukkan oleh para partisipan dengan pasrah dan menyerahkan semua keadaan pada Tuhan. Beberapa partisipan menganggap hal ini sebagai cobaan, peringatan ataupun teguran dari Tuhan sehingga mengharuskan partisipan menerima keadaannya.. Berikut ungkapan partisipan mengenai hal tersebut.

” Ya dulu satu bulan, dua bulan ya dibilang beban ya beban ya bu, tapi sekarang kan udah lama gitu ya jadi udah nggak ada masalah bagi badan. Ya dijalani aja, ya udah nerima lah bu”(P2).

” Saya pendekatan agama lah, bahwa ini cobaan, mungkin karena ini, ibadah saya jadi lebih baik nantinya, diingatkan sama Tuhan...”(P5).

” Ini memang jalannya seseorang jadi harus menerima dan terus berkarya”(P6).

” Jadi ya semuanya kembali sama Alloh ya, ada kalanya juga saya seneng juga sih punya penyakit seperti ini. Itu semua sih memang peringatan dari Alloh. Jadi ini memang suatu teguran buat saya, karena dengan ini, perubahan pada diri saya banyak, jadi dekat sama Alloh, alhamdulillah saya bisa jadi istri yang solehah gitu”(P7).

Beberapa partisipan juga menceritakan bahwa untuk dapat menerima realita/kenyataan yang harus dihadapi, mereka melakukan suatu cara, yaitu melihat keadaan pasien lain yang keadaannya dianggap lebih parah atau lebih menderita. Dengan cara ini, para partisipan dalam studi ini lebih siap menghadapi kondisi nyata yang sedang dialaminya. Berikut pernyataan 2 partisipan:

” Pas saya udah bisa jalan ngerayap gitu, jalan masih pegangan, saya jalan ke bawah, ngelihat pasien-pasien lain. Saya lihat ada yang lebih parah, ada yang mukanya kena tumor, ada yang pakai selang di sini (menunjuk hidung), ada yang pakai kantong 2, yang satu buat buang air kecil, satunya lagi buat buang air besar, akhirnya saya yakin Tuhan ngasih cobaan nggak mungkin kalau kita nggak kuat ya kan”(P2).

” Banyak orang yang jauh menderita dari saya, jangan lihat ke atas terus, lihatlah ke bawah, banyak yang jauh lebih menderita dari kita. Banyak-banyak jalanlah ke rumah sakit”(P5).

5. Setiap pasien dengan *colostomy* membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

Beberapa partisipan menceritakan pengalamannya terkait dengan pelayanan kesehatan yang sudah diterima selama ini sehingga pasien mempunyai harapan-harapan terhadap pelayanan sesuai dengan keinginan partisipan. Pengalaman tersebut antara lain menyangkut pemberian informasi, beberapa keluhan terhadap pelayanan kurang bermutu yang telah mereka peroleh dan penyediaan kantong. Berikut beberapa ungkapan partisipan tentang hal ini:

“ Waktu di rumah sakit yang dikasih penjelasan kakak saya, saya tidak dikasih tahu apa-apa.... Waktu dari rumah sakit hanya dikasih tahu cara pemakaian kantong doang, cara pencegahan infeksi dan lain-lain nggak dikasih tahu”(P2).

“ Suster yang bisa menangani seperti ini ya belum tentu semuanya, yang bisa berkomunikasi, bisa sabar mendengar, keluhannya kan macem-macem ya...”(P6).

Berdasarkan pengalaman tentang pelayanan kesehatan yang sudah diperoleh para partisipan, beberapa partisipan mengungkapkan kebutuhan mereka tentang kemudahan memperoleh kantong,

“ Kalau bisa ya ada kantong yang murah ya, kemudian kalau bisa dimasukkan dalam askes ya...”(P3).

“ Harapan yang penting itu saya kira masalah kantong, alangkah baiknya YKI ini selalu memintakan jangan sampai kosong begitu. Kalau bisa selalu tersedia lah sehingga tidak mengecewakan orang-orang ostomate gitu. Dan juga kalau bisa jangan dipaslah ngasih kantongnya, jangan cuman 4, kan orang itu ndak tahu ya kalau pas diare kan nggak bisa ya...”(P4).

“ Dan ini kantong di Indonesia saya kira terlalu mahal, buat yang nggak punya kasihan banget, bagaimana ini pemerintah”(P5).

Selain kemudahan dalam memperoleh kantong, beberapa partisipan juga menginginkan adanya informasi yang terinci tentang operasi tindakan *colostomy* dan panduan tentang cara menjalani kehidupan pasca tindakan tersebut yang seharusnya tersedia di pelayanan kesehatan.

“ Waktu saya dibilang harus operasi, gimana ya langsung aja disuruh daftar operasi begitu. Tidak ada gimana ya penjelasan-penjelasanlah tentang colostomy lalu bagaimana nanti kita menjalani hidup setelah dilakukan colostomy, kita butuh itu Bu..... biar ada gambaran”(P5).

” Pasien harus diberikan informasi yang lengkaplah, biasanya informasinya di rumah sakit kan cuman kamu harus operasi sudah, terus setelah itu ngapain atau apa saja yang bisa dilakukan setelah operasi..... tidak dijelaskan secara detail, tidak informatif”(P6).

Selanjutnya, beberapa partisipan dalam studi ini juga mengatakan perlunya peningkatan kualitas pelayanan dari para perawat yang bekerja di area ini, yaitu mereka membutuhkan perawat-perawat yang profesional dan mampu merawat pasien *colostomy* dengan spesialisasi yang khusus.

” ...harusnya susternya kan khusus, tapi kalau susternya digilir dengan pasien lainnya akhirnya pelayanannya kan apa adanya. SDM dari suster harus ditingkatin, harus ada ya spesialisasi, semua penyakit kan harus ditangani secara spesifik ya, kadang rumah sakit kan menganggap ini masalah biasa, ya mustinya setiap penyakit kan ditangani secara spesifik”(P6).

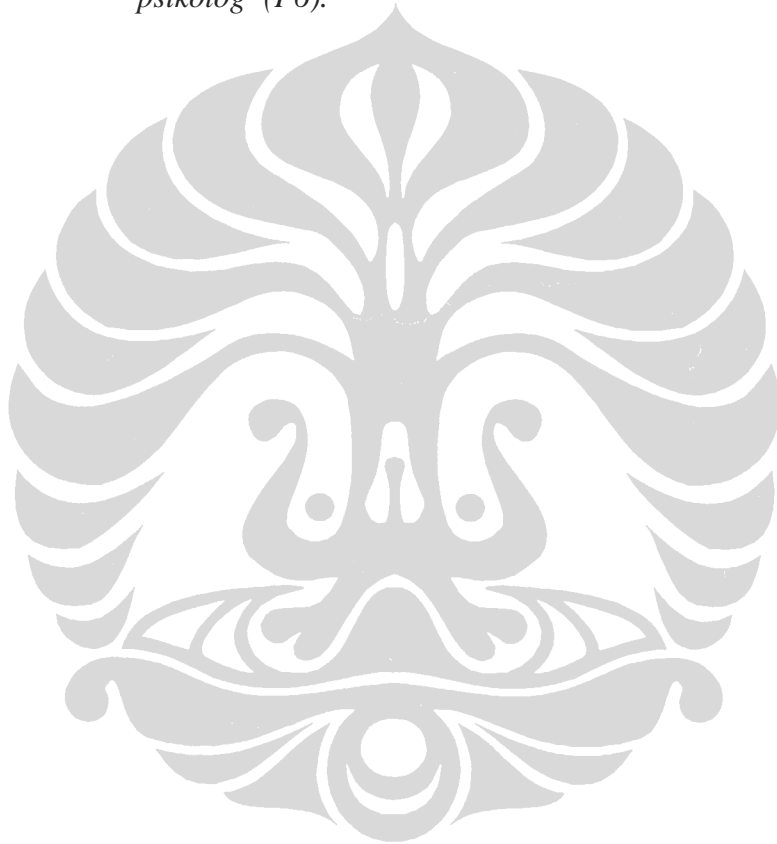
” Mungkin perawat juga harus dikasih sharing dengan pasien, apa sih yang ada dalam pikiran pasien. Suster harus dibekali tentang empati ya dan semua suster belum tentu punya kemampuan komunikasi yang bagus ya, karena selain skill juga perlu kemampuan komunikasi”(P6).

Beberapa partisipan juga mengharapkan pelayanan yang lebih baik lagi dari Yayasan Kanker Indonesia dan Asosiasi pasien dengan *stoma* atau *Indonesian*

Ostomy Association (InOA). Harapan tersebut tercermin dari ungkapan 2 partisipan berikut ini :

” Saya kira kalau di InOA itu ada gathering, dari pihak medisnya banyak menjelaskan mengenai pola makan, penyuluhan-penyuluhan mengenai gizi makanan”(P5).

” Di YKI sendiri kan nggak ada konselor dari psikolog, jadi misalnya ada orang yang divonis terus depresi kan nggak ada penanganan khusus. Adanya kan dokter, psikolog tidak ada. Dokter kan beda dengan psikolog”(P6).



BAB V PEMBAHASAN

Pada bagian ini peneliti akan menjelaskan tentang interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian ini, dan implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan berbagai temuan dalam hasil penelitian dengan hasil-hasil penelitian sebelumnya. Selain itu berbagai konsep dan teori yang terkait dengan hasil-hasil penelitian ini juga melengkapi pembahasan interpretasi hasil penelitian ini. Keterbatasan penelitian akan dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian akan diuraikan sesuai dengan konteks yang dihasilkan dari hasil atau temuan penelitian dan diimplikasikan terhadap pelayanan, pendidikan, dan penelitian keperawatan.

A. INTERPRETASI HASIL PENELITIAN

Peneliti telah mengidentifikasi 5 tema yang merupakan hasil dari penelitian ini. Tema-tema tersebut teridentifikasi berdasarkan tujuan penelitian. Gambaran tentang perubahan-perubahan yang terjadi dalam kehidupan pasien setelah menggunakan *colostomy* teridentifikasi pada tema pertama yaitu menjadi berbeda dengan orang normal dalam hal pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasca tindakan *colostomy*. Dampak *colostomy* terhadap aspek fisik dan psikososial dalam kehidupan sehari-hari pasien teridentifikasi pada tema ke dua, yaitu mempunyai *colostomy*

menimbulkan berbagai ketidaknyamanan fisik dan psikososial dalam kehidupan sehari-hari. Gambaran tentang hambatan/tantangan yang ditemui pasien dengan *colostomy* tergambar dalam tema ke tiga yaitu menjadi tidak sebebaskan dulu setelah tindakan *colostomy*. Sedangkan gambaran respon adaptasi / penyesuaian diri pasien terhadap *colostomy* dapat teridentifikasi melalui tema ke empat yaitu berbagai respon tahapan berduka ketika pertama kali menjalani kehidupan pasca tindakan *colostomy*. Sementara, gambaran tentang pelayanan kesehatan yang sudah diterima oleh pasien dengan *colostomy* dan kebutuhan pasien tentang layanan kesehatan untuk *colostomy* tergambar dari tema ke lima yaitu setiap pasien dengan *colostomy* membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

1. Menjadi berbeda dengan orang normal dalam hal pemenuhan kebutuhan sehari-hari pasca tindakan *colostomy*

Perubahan dalam hal pemenuhan kebutuhan sehari-hari berupa pola makan berkaitan dengan pentingnya pengeluaran (ekskresi) dan konsistensi dari *excreta* yang berperan terhadap kemudahan dalam manajemen *stoma*. Makanan akan mempengaruhi saluran pencernaan secara langsung. Beberapa makanan dapat menyebabkan timbulnya gas, diare, konstipasi, tidak dapat dicerna dengan sempurna atau menimbulkan bau. Keteraturan / ketertiban dalam intake makanan memungkinkan pasien mengontrol fungsi pengeluarannya.

Pengaturan makanan antara lain makan perlu dihindari makan yang terlalu sedikit, makan sedikit tapi sering terutama pada periode setelah operasi, perlunya diet seimbang, makan makanan yang banyak mengandung serat alami,

makanan yang mengakibatkan flatus yang berlebihan dibatasi dan setelah periode rehabilitasi dianjurkan makan secara teratur tiga kali sehari (Black, 2000). Diet untuk pasien dengan *colostomy* bersifat individual. Hal-hal yang perlu diketahui oleh pasien adalah informasi tentang makanan-makanan yang dapat menimbulkan bau pada feses, gas, makanan yang menyebabkan diare dan konstipasi (Lemone & Burke, 2008). Ini sesuai dengan hasil penelitian ini, dimana beberapa partisipan mengatakan bahwa mereka banyak menghindari makanan yang dapat mengakibatkan diare seperti makanan pedas, cabe, cuka dan santan.

Beberapa partisipan juga mengatakan mengurangi makanan yang banyak mengandung gas. Makanan yang banyak mengandung gas dapat mempengaruhi produksi gas sehingga kantong yang dipakai menjadi cepat mengembang, dan dapat mempengaruhi kenyamanan dan keindahan dalam berpakaian. Pengetahuan tentang bagaimana pengaruh makanan terhadap saluran pencernaan akan membantu pasien melewati hari yang membosankan akibat pengaruh makanan dan menjadikan sebaliknya. Beberapa partisipan juga telah berupaya untuk mengetahui hal ini, yaitu dengan mencoba-coba makanan kemudian memperhatikan akibat yang ditimbulkannya. Jika dirasa tidak menimbulkan masalah bagi partisipan, maka makanan tersebut tidak dihindarinya.

Perbedaan lainnya yang dirasakan oleh partisipan adalah adanya perubahan pola buang air besar. Pada kondisi normal, buang air besar dilakukan melalui anus dengan frekuensi 1 sampai 2 kali sehari. Pada pasien dengan *colostomy*, ini tidak

didapatkan dan sebagai gantinya buang air besar dilakukan melalui lubang (*stoma*) yang ada di dinding perut kemudian ditampung dalam kantong (*colostomy bag*). Pasien perlu mengosongkan kantong *colostomy* secara periodik. Hal ini sesuai dengan ungkapan partisipan 4, 6 dan 7 yang menceritakan harus sering ke belakang untuk mengosongkan kantong setiap kali terisi, tidak hanya 1 – 2 kali sehari. Pada pasien dengan kantong *drainable*, pengosongan dilakukan sesuai dengan keinginan pasien atau sebaiknya sebelum kantong terisi lebih dari sepertiganya. Jika kantong dibiarkan terlalu penuh, dapat mengganggu *seal* atau menempelnya kantong dan menyebabkan terjadinya kebocoran isi kantong (Lemone & Burke, 2008).

2. Mempunyai *colostomy* menimbulkan berbagai ketidaknyamanan fisik dan psikososial dalam kehidupan sehari-hari.

Ketidaknyamanan fisik terutama terjadi di kulit sekitar *stoma* (*peristomal skin*). Pada penelitian ini mereka mengungkapkan seringkali mengalami rasa gatal, perih, dan mudah berdarah di sekitar *stoma*. Ada juga partisipan yang mengatakan pernah mengalami infeksi dan prolaps. Terkait dengan hal ini, penelitian yang pernah dilakukan oleh Hellman dan Lago (1990) pada 58 pasien *ileostomy* dan 35 *colostomy* di Mt. Sinai Hospital, New York, melaporkan bahwa masalah yang paling sering muncul di kulit sekitar *stoma* adalah iritasi kulit ringan sampai sedang dengan warna kemerahan. Direkomendasikan pula bahwa professional kesehatan dan pasien perlu *manage ostomy* pasien, perlunya edukasi yang lebih banyak lagi tentang tehnik dan pentingnya

perawatan *stoma* dengan tepat. Warna kemerahan dan mudah berdarahnya *stoma* disebabkan *stoma* kaya akan pembuluh darah, sehingga berwarna kemerahan dan mudah berdarah jika tersentuh, demikian pula jika mengalami iritasi.

Penelitian lainnya juga dilakukan oleh Richbourg, Thorpe, dan Rapp (2007). Mereka melakukan penelitian terhadap 140 *ostomate* yang berusia 18 tahun ke atas. Penelitian ini melaporkan adanya lima kesulitan yang ditemui pasien setelah pulang dari rumah sakit yaitu : iritasi kulit sekitar *stoma* (76%), kebocoran kantong (62%), bau (59%), berkurangnya aktivitas menyenangkan yang dilakukan sebelumnya (54%) dan depresi/*anxiety* (53%). Hasil penelitian ini juga tidak berbeda jauh bila dibandingkan penelitian sebelumnya yaitu seringnya masalah iritasi kulit yang muncul.

Adanya iritasi pada kulit sekitar *stoma* kemungkinan disebabkan karena kulit kontak dengan *dischard*. *Dischard* berpotensi menimbulkan iritasi karena banyak mengandung enzim-enzim pencernaan. Kulit sekitar *stoma* harus dihindarkan dari kontak langsung dengan *dischard*. Demikian juga dengan penelitian yang penulis lakukan, adanya gatal dan perih kemungkinan karena kulit di sekitar *stoma* mengalami iritasi akibat kontak dengan *dischard*. Hal ini didukung oleh ungkapan partisipan bahwa keluhan perih dan gatal terutama muncul jika kantong yang dipakainya sudah lama. Kantong yang sudah dipakai lama biasanya sudah tidak bisa menempel dengan baik sehingga terjadi rembesan / kebocoran kantong.

Hal yang tidak jauh berbeda juga ditunjukkan oleh Caricato, Ausania, Ripetti dkk (2007) dimana dari penelitian yang dilakukannya dilaporkan bahwa komplikasi yang paling sering terjadi adalah dermatitis, *parastomal hernia*, kebocoran dan stenosis. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa iritasi / infeksi merupakan masalah yang paling sering dan kemungkinan disebabkan oleh kebocoran kantong yang sering dialaminya.

Prolaps juga dialami oleh partisipan dalam penelitian ini. *Prolaps* terjadi ketika bagian dari usus terdorong dan menonjol keluar melalui lubang *stoma*. *Prolaps* dapat bertambah dan secara progresif menjadi besar. Hal ini dapat menimbulkan terjadinya obstruksi dan trauma iskemik pada usus jika supply darah terhambat. *Prolaps* dapat kembali secara spontan ketika pasien dalam posisi *recumbent*. Beberapa masalah dapat muncul akibat *prolaps* ini antara lain kesulitan mengepaskan dan memelihara *seal* dari kantong, pasien akan merasa takut melihat *prolaps*, dan adanya gesekan pada permukaan mukosa dengan kantong mengakibatkan mudah terjadi perdarahan (Blackely, 2003).

Selain ketidaknyamanan fisik, ketidaknyamanan psikososial juga ditemukan dalam penelitian ini. Ketidaknyamanan psikososial yang ditemukan antara lain adanya perasaan tidak nyaman takut orang lain mengetahui bau atau mencium bau yang tidak sedap atau bunyi yang seringkali timbul dari lubang di perut mereka dan perasaan takut kalau kantong yang mereka miliki mengenai atau tersenggol orang lain.

Adanya perasaan takut akan bau ini sama dengan pendapat Black (2000) bahwa problem terbesar pasien dengan *stoma* adalah ketakutan jika mereka menghasilkan bau yang dapat dideteksi oleh orang lain. Sama pula dengan yang diceritakan oleh Ricketts (2008) bahwa banyak yang merasa takut seseorang akan mengetahui atau takut adanya kebocoran kantong *colostomy*, tetapi mereka mampu melewati proses ini, mereka perlu belajar bagaimana merawatnya. Dia juga mengatakan bahwa mempunyai *colostomy* tidak merupakan halangan untuk hidup dengan normal, dengan gaya hidup yang sehat.

Bau dapat timbul pada saat pasien *flatus*. Untuk mencegah bau yang dapat mempengaruhi lingkungan sekitar, pasien dapat melakukannya dengan cara selektif terhadap makanan yang dapat meningkatkan produksi gas dan menimbulkan bau. Hal yang paling penting untuk mengontrol adanya bau adalah dengan menggunakan kantong yang kedap bau (*odorproof*) dan menjaga kebersihan (Hampton & Bryant, 1992).

Beberapa partisipan juga mengungkapkan adanya perubahan yang menyebabkan mereka menjadi tidak nyaman dalam berpakaian dan mengganggu penampilan diri. Penampilan berpakaian menjadi tidak indah dan tidak bebas bergaya, yang pada akhirnya menyebabkan mereka tidak percaya diri. Hasil penelitian terkait dengan masalah berpakaian ini telah dilakukan oleh Comb (2003) dimana pada saat kunjungan rumah banyak didiskusikan tentang keinginan dari para pasien untuk menyalurkan hasratnya sebagai seorang wanita, keinginan untuk memakai bikini dan hilangnya rasa percaya diri pasien.

Tidak ada pakaian yang dilarang untuk pasien dengan *colostomy*. Secara individual, bentuk tubuh dan lokasi *stoma* mempengaruhi ketidaknyamanan. Celana atau ikat pinggang yang ketat mungkin dapat menekan *stoma*. Pasien sebaiknya mencoba-coba berbagai pakaian dengan gaya yang berbeda. Kecemasan mungkin dapat mengakibatkan pasien berkeinginan untuk mengenakan pakaian tertentu sehingga dapat menyembunyikan *colostomy*-nya (Blackley, 2003).

3. Menjadi tidak sebebaskan dulu, setelah tindakan *colostomy*

Para partisipan mengatakan bahwa bepergian menjadi tidak sebebaskan dulu ketika belum menggunakan *colostomy*. Memakai *colostomy* sebenarnya tidak menuntut seseorang untuk tidak bepergian. Bepergian menuntut para pemakai *colostomy* untuk selalu menyiapkan dan membawa peralatan / kantong *colostomy* lebih banyak sesuai berapa lama mereka mengadakan perjalanan. Hal ini dilakukan untuk mengantisipasi adanya masalah yang timbul selama bepergian. Jika bepergian dilakukan ke luar negeri, *International Ostomy Association* dapat membantu memberikan informasi yang penting dan ini membantu jika terjadi sesuatu yang sifatnya *emergency*.

Beberapa partisipan dalam penelitian ini mengatakan tidak bisa lagi melakukan olahraga seperti taekwondo, lari dan berenang juga berkurang. Olah raga dapat dilakukan pasien dengan *colostomy* sejauh tidak berpotensi menimbulkan bahaya bagi *stoma*. Pasien bebas melakukan aktivitas yang disukai seperti olah raga

setelah sembuh dari pembedahan *colostomy*. Setidaknya memerlukan waktu sampai dua bulan untuk proses penyembuhan luka operasi dan bisa memulai mengangkat berat. Jika perlu, dibutuhkan peralatan untuk melindungi stoma selama menjalankan aktivitas. Untuk menghindari lepasnya kantong *colostomy* selama berlari, berenang dan aktivitas atletik lainnya dapat digunakan ikat pinggang khusus agar kantong *colostomy* tetap berada di tempatnya (Mayo Clinic, 2007).

Menurut Griffith (2007) ketika *stoma* telah sembuh dan kekuatan telah pulih kembali, aktivitas secara normal dapat dimulai. Olahraga seperti karate dan olahraga keras lainnya tidak dianjurkan karena bisa menimbulkan trauma pada *stoma*. Berenang, bermain basket, tennis dan olah raga yang tidak memerlukan kontak fisik lainnya tidak membahayakan bagi pasien. Ricketts (2008) juga menceritakan bahwa pasien dengan *colostomy* juga dapat tetap melakukan aktivitas sebelumnya seperti berenang atau bermain golf. Olah raga yang tidak dianjurkan untuk pasien dengan *colostomy* adalah olah raga yang memerlukan kontak dengan tubuh (*contact body sport*) (Blackley, 2003).

Masalah seksualitas tidak muncul dalam penelitian ini. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Bartha, Hajdu, Bokor, Kanyári, dan Damjanovich (2006) tentang kualitas hidup pasien setelah *colostomy* dimana didapatkan bahwa dari 100 pasien yang ditelitinya, 35% mengungkapkan adanya masalah seksual setelah operasi *colostomy*. Demikian juga dengan Brown dan Edwards (2005) mengatakan bahwa terapi pembedahan pada kanker kolorektal

khususnya *colostomy* sering memberikan efek yang sangat besar pada masalah seksual.

Penyebab adanya masalah seksual pada pasien dengan *colostomy* ada 3 yaitu fisik, psikologis dan sosial (Hampton & Bryant, 1992). Penyebab secara fisik adalah adanya kerusakan saraf dan pembuluh darah yang mensupply daerah pelvic akibat operasi; obat-obatan anti nyeri dan antiemetik; mual; dan *fatigue*. Bila penyebab fisik ini tidak muncul, maka masalah seksualitas juga tidak akan terjadi.

Semua partisipan dalam penelitian ini sudah dalam kondisi menerima (*acceptance*) sehingga respon emosi seperti kecemasan, marah, dan depresi yang mempengaruhi aktivitas seksual sudah tidak terjadi. Jadi secara psikologis sudah tidak ada masalah. Coe dan Kluka (1988) melaporkan bahwa secara sosial, masalah seksual pada pasien dengan *colostomy* terjadi karena adanya perasaan-perasaan seperti merasa sendiri, perubahan dalam gaya berpakaian, bagaimana tidur dengan kantong *colostomy*, takut akan bau yang timbul, adanya gas yang keluar, dan perasaan tidak bersih.

Perasaan-perasaan seperti tersebut di atas sudah tidak begitu dirasakan oleh partisipan dalam penelitian ini sehingga masalah seksual secara sosial tidak terjadi. Disamping itu kemungkinan partisipan juga sudah dapat berkomunikasi secara terbuka tentang perasaan-perasaannya dan mampu melakukan komunikasi seksual yang baik terhadap pasangan, sehingga permasalahan ini tidak muncul.

Bila dilihat dari karakteristik partisipan pada penelitian ini, maka 1 orang berstatus belum menikah dan 1 orang lagi berstatus janda sehingga masalah seksualitas ini mungkin tidak dirasakan oleh partisipan. 5 partisipan lainnya menikah, 4 laki-laki dan 1 perempuan. Dari hasil wawancara dengan 4 partisipan yang laki-laki, semua mengatakan tidak mempunyai masalah dengan hubungan suami istri. 1 partisipan perempuan yang menikah mengatakan sempat ditinggal suaminya karena suami tidak bisa menerima keadaannya.

4. Berbagai respon tahapan berduka yang dialami partisipan ketika pertama kali menjalani kehidupan pasca tindakan *colostomy*

Respon tahapan berduka ini terlihat sejak partisipan tahu bahwa penyakitnya harus dioperasi dan perlu dibuat *colostomy*. Sebagian partisipan mengatakan, pada awalnya mereka menolak, beberapa diantara mereka mengungkapkan merasa lebih baik mati daripada hidup dengan kantong di perut mereka, ada yang merasa syok, putus asa, bahkan menganggapnya sebagai suatu bencana.

Kehilangan akibat operasi dan pembuatan *colostomy* termasuk kehilangan kategori ke empat menurut Potter dan Perry (1997) yaitu kehilangan aspek diri misalnya kehilangan salah satu bagian tubuh yang sangat berharga. Reaksi negatif di atas bisa muncul karena operasi bagi sebagian orang merupakan sesuatu yang dianggap parah, menakutkan dan memerlukan biaya untuk peralatan dan perawatan kulit di sekitar *stoma*, serta belum jelasnya pengaruh operasi terhadap pemulihan kesehatannya. Pembuatan *stoma* dianggap membuat

cacat, menambah beban hidup dan dapat mengingatkan secara terus menerus akan kesehatannya. Persepsi ini mungkin dipengaruhi oleh aspek budaya, agama, dan kehidupan keluarganya (Blackley, 2003).

Perasaan menolak, syok, putus asa, merasa lebih baik mati, merupakan respon *denial* menurut Kubbler-Ross (1969 dalam Kozier, 2004). Respon berduka ini normal terjadi pada fase awal menjalani kehidupan dengan *colostomy*, sejalan dengan teori yang dikemukakan oleh Kubbler-Ross. Tanda *denial* lainnya yang muncul dari partisipan yaitu adanya respon menyalahkan Tuhan. Banyak partisipan yang mempertanyakan dengan ungkapan ” kenapa saya? ”.

Setelah mengalami *denial*, partisipan menunjukkan tahap *bargaining* / tawar-menawar dengan cara melihat keadaan pasien lain yang lebih parah. Dengan melihat kondisi yang lebih parah dari keadaannya, mendorong partisipan untuk memasuki tahap penerimaan / *acceptance*. Tahap ini ditunjukkan dengan sikap partisipan pasrah dan menyerahkan semuanya pada Tuhan. Penyakit dianggap sebagai teguran, peringatan dari Tuhan.

Tahap marah dan depresi yang ada pada tahapan berduka dari Kubbler-Ross tidak bisa terungkap saat wawancara. Hasil penelitian ini berbeda dengan yang dilakukan oleh Richbourg, Thorpe, dan Rapp (2007). Dari hasil survey yang dilakukan pada 140 *ostomate* dari Bulan Januari 2003 – Juni 2005 didapatkan 53% mengalami depresi/*anxiety*. Hal ini kemungkinan dikarenakan terlalu lamanya jarak antara proses berduka yang dialami partisipan dengan pelaksanaan

wawancara sehingga partisipan sudah tidak mengingatnya kembali. Lama partisipan menjalani kehidupan dengan *colostomy* ini berkisar antara 2 hingga 12 tahun.

Penelitian terkait yang menggambarkan penerimaan dan adaptasi, sebelumnya telah dilakukan oleh Piwonka dan Merino (1999) pada pasien yang menjalani operasi *colostomy* permanent di 5 rumah sakit di Santiago, Chile dengan *cross sectional study*. Kuesioner dan wawancara semi terstruktur mereka gunakan untuk memperoleh informasi mengenai reaksi psikososial terhadap *colostomy* dan persepsinya terhadap adanya perubahan gaya hidup yang terjadi akibat adanya *colostomy*. Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa adaptasi pasien terhadap *colostomy* terutama dipengaruhi oleh beberapa faktor : 1) kemampuan *self care*; 2) dukungan psikologis; 3) dukungan sosial dari keluarga dan orang-orang yang berarti bagi pasien.

Hal ini tidak berbeda dengan hasil penelitian ini dimana para partisipan merasa banyak mendapatkan dukungan dari teman, keluarga, atasan, petugas kesehatan dan sesama pasien dengan *colostomy*. Dukungan ini dirasakan sangat berarti bagi partisipan dalam proses adaptasinya terhadap *colostomy*. Perbedaan terletak pada adanya dukungan dari sesama pasien dengan *colostomy* dalam penelitian ini. Adanya dukungan dari para pemakai *colostomy* sebelumnya dapat memberi gambaran pada partisipan bagaimana kehidupan ini bisa dijalani dengan *colostomy*, sehingga partisipan merasa optimis untuk dapat menjalani hidupnya dengan baik.

Penelitian lainnya tentang penyesuaian terhadap *colostomy* : *stoma acceptance*, *stoma care self-efficacy and interpersonal relationships* oleh Simmon, et al. (2007) dilaporkan bahwa *stoma care self-efficacy*, *stoma acceptance*, *interpersonal relationship* dan lokasi dari *stoma* berhubungan erat dengan penyesuaian terhadap *colostomy*. Dari studi ini dapat disimpulkan bahwa perhatian terhadap masalah psikososial harus menjadi bagian rutin yang diberikan pada pasien dengan *stoma*. Mereka merekomendasikan agar lebih memberikan penekanan pada bagaimana menghilangkan pikiran negatif dan meningkatkan interaksi sosial. Untuk menghilangkan pikiran negatif terhadap diri sendiri, pada penelitian ini juga teridentifikasi bahwa untuk dapat menerima keadaannya, banyak partisipan yang melakukannya dengan cara melihat pasien lain yang keadaannya lebih parah.

Keberhasilan adaptasi juga ditentukan oleh dukungan psikologis dari keluarga dan orang-orang di sekitar pasien, hal ini tidak berbeda dengan hasil penelitian ini. Menurut Blackley (2003) Pemulihan psikologis akibat kehilangan anggota tubuh dan gangguan *body image* setelah menjalani pembedahan akhirnya dicapai setelah individu pulang kembali ke rumah. Mereka melalui proses kehilangan yang panjang. Indikasi terjadinya adaptasi antara lain : berkunjung ke rumah famili atau teman, berbelanja untuk berbagai keperluannya, mengikuti pertemuan dimana ada orang yang belum mereka kenal, kembali bekerja atau belajar, melanjutkan olahraga atau hobby sebelumnya, menyatakan keinginannya dalam hal seksualitas, melakukan perjalanan dengan menginap, dan mengadakan liburan panjang.

5. Setiap pasien dengan *colostomy* membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional.

Pada penelitian ini teridentifikasi bahwa pasien dengan *colostomy* membutuhkan pelayanan kesehatan berupa kemudahan memperoleh kantong, beberapa partisipan juga menginginkan adanya informasi yang terinci tentang operasi tindakan *colostomy* dan panduan tentang cara menjalani kehidupan pasca *colostomy*. Pelayanan kesehatan yang lainnya yaitu mengatakan perlunya peningkatan kualitas pelayanan dari para perawat yang bekerja di area ini, yaitu mereka membutuhkan perawat-perawat yang profesional dan mampu merawat pasien *colostomy* dengan spesialisasi yang khusus.

Tentang pelayanan keperawatan ini relevan dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh Deeny dan Mc Crea (1991), dimana penelitian kualitatif yang dilakukannya dengan pendekatan *grounded theory* diperoleh hasil bahwa ketika kebutuhan individu terpenuhi, kebutuhan psikologis dan sosial tidak teridentifikasi. Menurut mereka, hal ini dikarenakan perawat mungkin kurang mempunyai keterampilan yang diperlukan untuk membangun hubungan yang baik dengan pasien sehingga masalah-masalah psikologis dan sosial kurang bisa tergalikan dengan baik. Ini sesuai dengan ungkapan partisipan yang menyatakan bahwa tidak semua perawat mempunyai kemampuan yang baik dalam berkomunikasi dengan pasien, melihat hal ini maka partisipan menginginkan perlunya ditingkatkan kemampuan tersebut sehingga masalah-masalah pasien dapat teratasi dengan baik.

Penelitian terkait dengan pelayanan kesehatan lainnya, telah dilakukan oleh Rozmovits, Rose dan Ziebland (2004), mereka melakukan penelitian kualitatif tentang kebutuhan pasien setelah penanganan kanker kolorektal di rumah sakit-rumah sakit yang memberikan pelayanan pada pasien kanker kolorektal. Melalui *survey* dan dengan *in depth interview*, kemudian analisis tematik didapatkan bahwa 35 (70%) rumah sakit menyediakan secara detail rencana tindak lanjut dari penyakitnya tersebut. Ada banyak variasi, hanya tiga rumah sakit yang secara khusus menyatakan bahwa pasien diberikan suatu pilihan tentang tipe tindak lanjut.

Dari hasil wawancara, pasien banyak menyoroti tentang pemberian informasi yang realistis tentang *recovery*, sumber daya dan diet. Pilihan, pada kenyataannya merupakan hal yang penting oleh karena pasien mempunyai pandangan yang berbeda tentang manfaat tindak lanjut dari rumah sakit. Sama halnya dengan yang ada dalam penelitian ini, partisipan 1, 3 dan 5 mengungkapkan tentang pentingnya SDM, partisipan 1, 3, 4, 5 dan 6 mengungkapkan pentingnya pemberian informasi yang lengkap dan informatif, sedangkan partisipan 4 dan 5 menyatakan pentingnya informasi tentang diet yang diberikan secara jelas.

Pemberian informasi yang lengkap dan informatif diperlukan pasien untuk membantu mempercepat penyesuaian diri pasien setelah dilakukannya operasi *colostomy* sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Perbedaan hasil penelitian ini dengan yang peneliti lakukan adalah bahwa 70% dari rumah sakit

yang disurvei telah menyediakan secara detail rencana tindak lanjut tentang penyakit dan adanya pilihan tentang tipe tindak lanjutnya, sementara di sini tidak ditemukan. Perbedaan ini menjadi tantangan besar bagi sistem pelayanan kesehatan kita. Para pemberi layanan kesehatan khususnya untuk pasien dengan *colostomy* dituntut dapat menyediakan secara detail informasi yang terkait dengan operasi dan setelahnya.

Penelitian lain tentang pentingnya informasi juga telah dilakukan oleh Sahay, Gray dan Fitch (2000) dengan metode kualitatif. Mereka meneliti tentang persepsi dan kepuasan pasien tentang kualitas perawatan, informasi yang telah diterima, termasuk pembuatan keputusan, dan manajemen jangka panjang dari penyakitnya di Klinik Pusat Kanker Regional di Toronto-Sunnybrook. Hasilnya secara umum pasien telah merasa puas, tetapi beberapa pasien merasa tidak puas dengan informasi tentang manajemen jangka panjang dari penyakitnya.

Sama dengan yang ada dalam penelitian ini, partisipan 5 juga mengatakan bahwa informasi sebaiknya diberikan secara lengkap termasuk penanganan jangka panjang sangat diperlukan untuk membangkitkan motivasi pasien dalam menjalani terapi yang akan dilakukan. Penelitian yang dilakukan oleh Sahay, Gray dan Fitch (2000) ini juga menyimpulkan bahwa profesional kesehatan sebaiknya berasumsi bahwa pasien mungkin mempunyai kesulitan dalam mengelola penyakitnya dan mendiskusikan dengan pasien mengenai masalah yang dihadapinya. Perbedaannya dengan yang ada dalam penelitian ini adalah

bahwa pasien belum puas dengan informasi yang diberikan, tidak hanya untuk penanganan jangka panjang tetapi juga saat-saat sebelum dan setelah operasi.

Kebutuhan pelayanan kesehatan lainnya adalah kemudahan dalam memperoleh kantong. Banyak dari partisipan menginginkan harga kantong yang terjangkau yaitu harga yang tidak terlalu mahal, gratis, masuk dalam asuransi kesehatan, atau selalu tersedia di InOA. Hal ini tentunya terkait dengan tambahan biaya yang harus dikeluarkan oleh partisipan. Hasil penelitian terkait dengan masalah kantong ini dilakukan oleh Haugen, Bliss, dan Savik (2006). Penelitian ini dilakukan terhadap 200 *ostomate*, dimana dalam analisis bivariante yang dilakukan didapatkan bahwa faktor yang berhubungan dengan rendahnya OAS (*Ostomy Adjustment Scale*) yang mengindikasikan buruknya penyesuaian diri pasien adalah adanya distress dalam mengusahakan dan mencari peralatan *ostomy* (kantong). Jika dikaitkan dengan penelitian ini, tentunya sangat wajar jika para partisipan menginginkan kemudahan dalam memperoleh kantong.

B. KETERBATASAN PENELITIAN

Berdasarkan proses penelitian yang dilalui, beberapa keterbatasan yang teridentifikasi antara lain :

1. Keterbatasan kemampuan peneliti sebagai instrumen utama. Penelitian ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif. Karena dalam penelitian kualitatif peneliti merupakan instrumen utama dalam pengumpulan data, maka pengalaman dan kemampuan peneliti dalam

wawancara banyak mempengaruhi hasil yang didapatkan. Banyak data-data yang mungkin bisa lebih dalam tergali bila peneliti dapat meningkatkan kemampuan mengembangkan pertanyaan saat dilakukan wawancara mendalam seperti aspek psikologis dan seksualitas. Penulis sering mengalami kesulitan untuk berkonsentrasi dan mencerna pernyataan partisipan dengan cepat untuk kemudian menanyakan kembali untuk menggali fenomena lebih mendalam. Untuk mengatasi hal ini peneliti berusaha mencatat pernyataan-pernyataan partisipan yang dirasa perlu ditanyakan lagi untuk memperoleh gambaran secara lebih mendalam.

2. Keterbatasan lainnya yaitu pemilihan tempat wawancara yang kadang kurang tepat, membuat partisipan kurang leluasa dalam menyampaikan pengalamannya. Berdasarkan pengalaman peneliti, jika wawancara dilakukan di kantor atau tempat kerja partisipan terasa kurang santai, ada kesan terburu-buru meskipun dilakukan pada jam istirahat. Pada penelitian ini pemilihan tempat wawancara adalah sesuai kesepakatan dengan partisipan.
3. Hal lainnya yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini adalah semua partisipan yang terlibat dalam penelitian adalah anggota InOA (*Indonesian Ostomy Association*) yang aktif dan telah mendapatkan berbagai pengalaman dari sesama anggota tentang perawatan *colostomy*. Penelitian ini tidak bisa menggambarkan bagaimana pengalaman hidup dengan *colostomy* pada pasien yang tidak terdaftar dalam InOA yang mungkin mempunyai pengalaman yang beragam. Partisipan dalam penelitian ini juga sangat terbatas. Mungkin akan

lebih bagus hasilnya jika partisipannya sangat bervariasi misalnya dari segi pekerjaan. Tentunya juga memerlukan waktu yang lebih lama dan dengan jumlah partisipan yang banyak.

4. Proses adaptasi pasien kurang tergali secara sempurna dalam penelitian ini. Hal ini kemungkinan dikarenakan pelaksanaan penelitian dilakukan pada pasien yang sudah dalam kondisi menerima (*acceptance*), sehingga peneliti merasa kesulitan untuk mengetahui respon adaptasi yang sesungguhnya.

C. Implikasi Dalam Keperawatan.

Temuan dalam penelitian ini memiliki beberapa implikasi bagi praktek, pendidikan dan penelitian keperawatan. Penelitian ini memberikan gambaran mendalam tentang bagaimana pasien menjalani kehidupannya dengan *colostomy* di rumah. Permasalahan yang timbul baik fisik maupun psikososial berhubungan erat dengan pelayanan yang diterima selama pasien berada di rumah sakit. Penting bagi pasien untuk memperoleh gambaran yang jelas mengenai apa saja yang bisa terjadi dan bagaimana mengatasinya. Panduan secara lengkap diperlukan untuk mengawal pasien menjalani kehidupannya dengan *colostomy*.

1. Bagi praktek keperawatan.

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harus didasarkan pada pengkajian yang benar tentang fisik dan psikososial pasien. Diperlukan kemampuan komunikasi yang baik dari perawat untuk mampu menggali permasalahan khususnya permasalahan psikososial. Tema-tema yang muncul

dalam penelitian ini dapat digunakan oleh perawat dalam mengkaji pasien dengan *colostomy* dan mengidentifikasi kebutuhan keperawatan yang diperlukan. Ini dapat digunakan oleh perawat baik yang berada di rumah sakit maupun perawat komunitas. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan juga perlu memperhatikan aspek empati terhadap pasien. Perawat perlu mendengarkan keluhan dari pasien karena masalah keperawatan yang sebenarnya adalah respon manusia.

2. Bagi Pendidikan keperawatan

Penelitian ini juga memiliki implikasi bagi pendidikan keperawatan, seperti terungkap oleh salah satu partisipan bahwa pemberian asuhan keperawatan pada pasien tidak bisa disamaratakan. Diperlukan penanganan tertentu untuk suatu kasus sehingga perlu dikembangkan sejak dari pendidikan. Penelitian ini dapat menjadi landasan untuk memantapkan metoda belajar atau menjadi landasan untuk merevisi kurikulum yang ada.

3. Bagi penelitian keperawatan

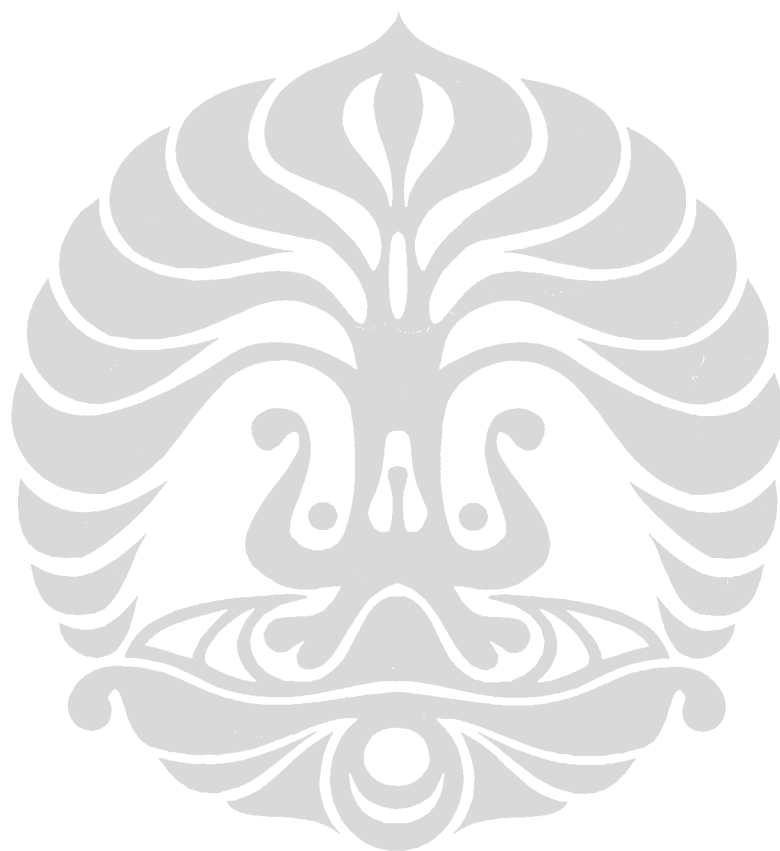
Implikasi terhadap penelitian keperawatan juga terkait dengan penelitian ini. Selama menjalankan penelitian, peneliti merasakan perlu adanya waktu yang lama untuk melakukan penelitian kualitatif. Waktu yang lama akan menghasilkan informasi yang mendalam tentang fenomena yang diteliti. Dengan waktu yang lama informasi bisa digali lebih mendalam lagi dan analisis tema bisa lebih baik. Pada saat melakukan wawancara, peneliti masih kesulitan membuat pertanyaan dari pernyataan partisipan untuk memperoleh informasi

yang mendalam dari partisipan. Walaupun peneliti telah melakukan latihan untuk melakukan wawancara sebelum pengumpulan data, namun latihan tersebut masih dirasa belum cukup untuk mempersiapkan peneliti. Untuk itu bagi peneliti lain yang berminat melakukan penelitian kualitatif atau penelitian serupa, hendaknya dapat melakukan beberapa kali latihan wawancara mendalam dan menuliskan catatan lapangan.

Selain itu perlu disusun sebelumnya daftar pertanyaan atau panduan pertanyaan untuk menggali topik-topik tertentu dalam penelitian, misalnya untuk aspek psikososial. Penelitian ini juga menyisakan banyak hal yang belum ter gali secara mendalam, misalnya tentang respon pasien saat pertama kali terdiagnosa dan harus dilakukan *colostomy*, koping dan adaptasi, serta masalah psikososial. Penelitian lebih lanjut dapat dilakukan dengan metode yang berbeda misalnya dengan *grounded theory*.

4. Bagi pemerintah dan *InOA*

Isu tentang kemudahan dalam memperoleh kantong juga muncul dalam penelitian ini. Instansi yang terkait dengan masalah ini perlu mempertimbangkan kemudahan dalam pengadaan kantong ini. Perlu subsidi khusus sehingga harga kantong menjadi terjangkau dan tidak menjadi beban serta ketakutan para pasien dengan *colostomy*. Selama ini pasien mengatakan merasa cemas dan tidak tenang jika tidak mempunyai persediaan kantong karena kantong telah menjadi kebutuhan yang sangat penting bagi pasien melebihi kebutuhannya untuk makan.



BAB VI SIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran dan pemahaman secara mendalam tentang pengalaman pasien dengan *colostomy* dalam konteks asuhan keperawatan kanker kolorektal di Wilayah DKI Jakarta. Tema-tema yang teridentifikasi memperlihatkan bahwa hidup dengan *colostomy* sebenarnya bukan merupakan suatu masalah tetapi hanya “berubah” bila dibandingkan dengan orang normal. Perubahan ini memerlukan modifikasi gaya hidup dari para pasien dengan *colostomy*. Dengan edukasi dan bimbingan yang tepat, perubahan ini dengan mudah dapat diatur.

A. SIMPULAN

Berdasarkan temuan-temuan dari penelitian ini dapat diperoleh simpulan sebagai berikut:

1. Pasca tindakan *colostomy*, menjadikan partisipan berbeda dengan orang normal dalam hal pemenuhan kebutuhan sehari-hari. Perbedaan tersebut meliputi perubahan pola makan, perubahan dalam hal tempat pembuangan kotoran dan menjadi berbeda dengan orang lain karena memerlukan kantong yang terus menerus. Hal ini menambah beban finansial dalam kehidupan partisipan sehingga perlu kiat-kiat khusus untuk menghadapi perubahan tersebut.

2. Mempunyai *colostomy* dapat menimbulkan berbagai ketidaknyamanan fisik dan psikososial dalam kehidupan sehari-hari. Ketidaknyamanan tersebut dapat menjadi suatu masalah jika tidak diantisipasi dengan baik.
3. Menjadi tidak sebebaskan dulu, setelah tindakan *colostomy*. Partisipan perlu kiat khusus dalam bepergian, merasakan adanya ketidakbebasan dalam menjalankan ibadah dan mencari pekerjaan.
4. Berbagai respon tahapan berduka dialami partisipan ketika pertama kali menjalani kehidupan pasca tindakan *colostomy*. Respon berduka terlihat sejak mereka terdiagnosis dan harus dilakukan operasi, tetapi semua partisipan mampu melewatinya dengan baik. Respon ini normal terjadi pada fase awal kehidupan dengan *colostomy*.
5. Setiap pasien dengan *colostomy* membutuhkan pelayanan kesehatan yang profesional. Pelayanan kesehatan yang dibutuhkan meliputi informasi yang jelas sebelum operasi, kemudahan dalam memperoleh kantong, peningkatan mutu pelayanan dari perawat dan peningkatan layanan dari Yayasan Kanker Indonesia serta Asosiasi pasien dengan *stoma* atau *Indonesian Ostomy association (InOA)*.

B. SARAN

1. Bagi Pelayanan Keperawatan Medikal Bedah

Diperlukan peningkatan pelayanan yang lebih baik lagi terutama dalam hal pemberian informasi ke pasien. Informasi hendaknya dapat bersifat informatif dan lengkap, memberikan gambaran yang menyeluruh tentang perawatan saat ini dan yang akan datang. Perlu dibuatkan semacam panduan untuk pasien yang akan menjalani operasi *colostomy*. Perlu juga dibentuk semacam *peergroup* untuk pasien dengan *colostomy* di tiap rumah sakit sehingga diharapkan dapat membantu pasien terutama dalam proses adaptasinya.

2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan, diharapkan dapat :

- a. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam merawat pasien dengan *colostomy* dengan meningkatkan aplikasi praktek untuk terapi keperawatan tidak hanya pada aspek fisik tetapi juga psikologis.
- b. Mengembangkan kurikulum untuk pendidikan berkelanjutan atau spesialisasi keperawatan, terutama dengan menambah macam peminatan sehingga nantinya pasien dapat memperoleh penanganan secara spesifik.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Perlu diadakannya penelitian lebih mendalam lagi tentang pengalaman pasien yang menggunakan *colostomy* pada partisipan lain di luar InOA dengan waktu yang lebih lama dan jumlah partisipan yang lebih banyak. Penelitian lainnya juga dapat dilakukan misalnya tentang proses adaptasi atau tahapan berduka yang

dialami pasien saat pertama kali terdiagnosa dan harus dilakukan tindakan *colostomy*. Penelitian dapat dilakukan dengan metode penelitian yang lain misalnya dengan *grounded theory* untuk menghasilkan konsep atau kerangka teoritis. Masalah seksualitas yang tidak tergal pada penelitian ini juga perlu diteliti lebih lanjut.

4. Bagi pemerintah

Diharapkan dapat menetapkan kebijakan terkait dengan pasien *colostomy* dalam hal kemudahan dalam memperoleh kantong dengan harga yang terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat atau dengan memasukkannya ke dalam program askes/askeskin yang ada.

5. Bagi YKI (Yayasan Kanker Indonesia)

Meningkatkan layanan penyediaan kantong *colostomy* terutama untuk masyarakat kurang mampu dengan meningkatkan jumlah persediaan kantong sehingga selalu ada jika dibutuhkan dan pasien dapat memperoleh kantong dengan jumlah sesuai kebutuhan.

DAFTAR PUSTAKA

- ACS. (2005). *Colorectal cancer facts & figures*. http://www.Cancer.org/downloads/STT/CAFF_2005_CR4Wsecured.pdf. diperoleh tanggal 2 Maret 2007.
- Bartha, I., Hajdu J., Bokor L, Kanyari Z, & Damjanovich, L.(2006). *Quality of life post-colostomy patient*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7566930>. diperoleh tanggal 10 April 2008.
- Black, P.K. (2000). *Holistic stoma care*. London : Bailliere Tindall.
- Blackley P. (2003). *Practical stoma wound and continence management*. (2nd ed.). Vermont Vic Australia : Research Publications Pty Ltd.
- Black, J.M. & Hawk, J.H. (2005). *Medical surgical nursing clinical management for positive outcome*. (7th ed.). St. Louis, Missouri : Elsevier Saunders.
- Brown, D. & Edwards, H. (2005). *Lewis's medical surgical nursing*. Australia : Elsevier Mosby.
- Brown, H. & Randle, J. (2005). Living with A Stoma : A Review of The Literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 74-81.
- Bruce, L. & Finlay, T. (1997). *Nursing in gastroenterology*. New York : Churchill Livingstone.
- Burns, N. & Grove, S.C. (2001). *The practice of nursing research onduct, critique, & utilization*. (4th ed.). Philadelphia, Pennsylvania : W.B. Saunders Company.
- Caricato, M., Ausania, F., Ripetti, V., Bartolozzi, F., Campoli, G., & Coppola, R. (2007). Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. *Colorectal Disease*, 9(6):559-61.
- Coe, M., & Kluka, S. (1988). Concerns of clients and spouses regarding ostomy surgery for cancer. *Journal Enterostomal Therapy*, 15, 232.
- Colorectal Cancer Facts & Figures, (2005, http://www.Cancer.org/downloads/STT/CAFF_2005_CR4_W_Secured.Pdf, diperoleh 2 Maret, 2007).
- Comb, J. (2003). Role of the stoma care nurse: Patient with cancer and colostomy. *British Journal of Nursing*, 12 (14), 852.

- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2000). *Fundamentals of nursing, human health and function*. (third ed.) Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Deeny, P. & Crea, H.M. (1991). Stoma care : the patient's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (1) : 39-46.
- Diananda, R. (2007). *Mengenal seluk beluk kanker*. Yogyakarta : Katahati.
- Doughty, D.B. (2006). *Urinary & fecal incontinence current management concepts*. (third ed.). St Louis Missouri : Mosby Elsevier.
- Dua belas juta kasus baru kanker pada 2007, (2007, <http://www.infeksi.com/newsdetail.php?lng=in&doc=1739>, diperoleh tanggal 12 Januari 2008).
- Fain, J.A.(1999). *Reading, understanding and applying nursing research : a text and workbook*. (2nd ed.). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Gillis, A. & Jackson, W. (2002). *Research for nurses methods and interpretation*. Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Grose, E.A. (2002). *Colorectal cancer in moderate risk individuals a qualitative study*. <http://www.proquest.umi.com/pqdweb?index=8&did>, diperoleh tanggal 20 Februari 2008.
- Hampton, B.G. & Bryant, R.A. (1992). *Ostomies and continent diversions nursing management*. St Louis Missouri : Mosby Year Book.
- Hampton, S. (2007). Care of a colostomy. *Journals of Community Nursing*. 21 (90), 20 – 22.
- Harkness, G.A. & Dincher, J.R. (1995). *Medical surgical nursing total patient care*. (9th ed.). St. Louis : Mosby.
- Haugen, V., Bliss, D.Z., & Savik, K. (2006). Perioperatif factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. *Journal Wound Ostomy Continence Nursing*, 33(5):525-35.
- Healthatoz writer, (2007, <http://www.healthatoz.com/healthatoz/Atoz/common/standard/transform.jsp?requestURI=/healthatoz/Atoz/dc/caz/canc/colc/alert09082005.jsp>, diperoleh tanggal 10 Mei 2008).
- Hellman, J., & Lago, C.P. (1990). Dermatologic complications in colostomy and ileostomy patients. *Int.Journal of Dermatology*. 29(2):129-33.
- Ignatavicius & Workman. (2006). *Medical surgical nursing critical thinking for collaborative care*. (5th ed.). St. Louis Missouri : Elsevier Saunders.

- Kesalahan gaya hidup sebabkan bertambahnya penderita kanker, (2008, http://kiatsehat.com/?pgnm=artikel/0001000100010625_full.html&panel=0001&cat=0001, diperoleh tanggal 20 Februari 2008).
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K. & Wilkinson J.M. (1995). *Fundamentals of nursing concepts, process and practice*. California : Addison Wesley Nursing.
- _____. (2004). *Fundamentals of nursing : concepts, process, and practice*. (7th ed). New Jersey : Prentice Hall.
- Lemone, P., & Burke, K. (2008). *Medical surgical nursing critical thinking in client care*. (4th ed.). United States of America : Pearson Prentice Hall.
- Macnee, C.L.(2004). *Understanding nursing research : reading and using research in practice*. Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Moleong, L.J. (2007). *Metodologi penelitian kualitatif*. Edisi Revisi. Bandung : PT Rosdakarya.
- Ostomy: Adapting to life after colostomy, ileostomy or urostomy, (2007, <http://www.mayoclinic.com/health/ostomy/SA00072>, diperoleh tanggal 10 Mei 2008).
- Ostomy, colostomy, ileostomy create physical, emotional challenge, (2008, http://www.dailygazette.com/news/2008/jan/15/0115_Ostomy/, diperoleh tanggal 25 April 2008).
- Otto, S.E. (2001). *Oncology nursing*. (4th ed.). St Louis, Missouri : Mosby, Inc.
- Padilla, G., & Grant, M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advances in Nursing Science*. 8, 45-60.
- Persson, E., Gustavsson, B., Hellstrom, A.L., Lappas, G., & Hulten, L. (2005). Ostomy patient's perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 51-58.
- Piwonka & Merino, (1999), Factors which determine the psychological adjustment to permanent colostomies. An empirical study in Santiago, Chile. *Revista Médica De Chile (Rev Med Chil)*, 127 (6), 675-83.
- Pollit, D. F & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research : principles and methods* . (6th ed.). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Polit, D.F. & Beck,C.T. (2006). *Essentials of nursing research methods, aAppraisal, and utilization*. (6th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

- Potter, P.A. & Perry, A.G.(1997). *Fundamentals of nursing : concepts, process, and practice*. (4th ed.) Philadelphia : Mosby.
- Richbourg, L., Thorpe, J.M., & Rapp, C.G. (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 34(1):70-9.
- Rozmovits, L., Rose, P., & Ziebland, S. (2004). A qualitative study of patient's need after treatment for colorectal cancer. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9 (3), 159 – 164.
- Semua yang perlu anda ketahui tentang kanker, (2007, [http://www.spunge.org/~triaseka/indexphp? Category id = 208p2-articled=995](http://www.spunge.org/~triaseka/indexphp?Category%20id%3D208p2-articled%3D995), diperoleh tanggal 20 Februari 2008).
- Sahay, T.B., Gray, R.E., & Fitch, M.(2000). A qualitative study of patient perspectives on colorectal cancer. *Cancer Pract*, 8(1):38-44.
- Simmon,K.L., Smith,J.A., Bob, K.A. & Liles, L.L.M.(2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships.*Journal of Advanced Nursing*. 60 (6), 627–635.
- Smeltzer, dkk (2004). *Brunner & Suddarth's texbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Streubert, H.J. & Carpenter, D.J. (1999). *Qualitativer research in nursing advancing the humanistic imperative*. (2nd ed.). Philadelphia : Lippincott.
- Sugiyono. (2007). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. Bandung : CV Alfabeta.
- _____. (2007). *Memahami penelitian kualitatif*. Bandung : CV Alfabeta.
- Suseno, T.A.A.(2005). *Pemenuhan kebutuhan dasar manusia : kehilangan, kematian dan berduka dan proses keperawatan*.Jakarta : Sagung Seto.
- Sutton & Surrey. (2006). Postoperative stoma care and the selection of appliances. *Journal of Community Nursing*,.. 20(3), 12, 5
- Taylor, C., Lillis, C., & Lemone P. (1997). *Fundamentals of nursing the art and science of nursing care*. (3th ed.). Philadelphia : Lippincott.
- Wade, B. (1990). Colostomy patients : psychological adjustment at 10 weeks, 1 year after surgeryin districts wich employed stoma care nurses and districts which did not. *Journal of Advanced Nursing*. 60, 1297-1304.

Lampiran 1

SURAT PENGANTAR PARTISIPAN

Kepada

Yth

Di.....

Dengan hormat,

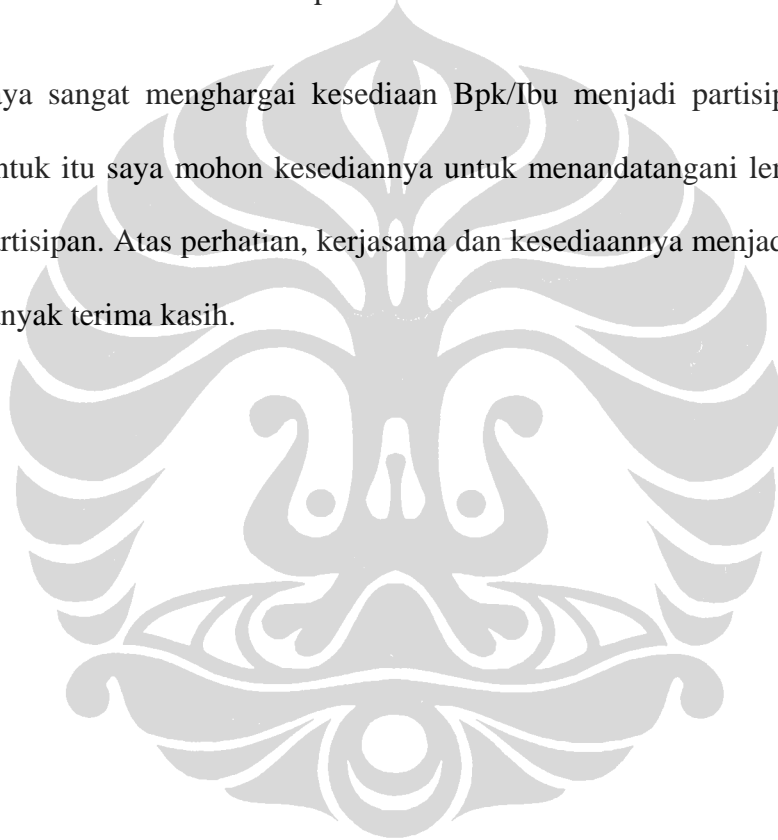
Kami ***Umi Istianah, NPM ; 0606027474***, adalah mahasiswa ***Program Pasca Sarjana Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia***, mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk berpartisipasi dalam penelitian saya dengan judul ***“Pengalaman Pasien dengan Colostomy dalam Konteks Asuhan Keperawatan Kanker Kolorektal di Wilayah DKI Jakarta”*** Partisipasi ini sepenuhnya sukarela. Bapak/Ibu boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau menolak kapanpun Bapak/Ibu kehendaki tanpa ada konsekuensi atau dampak tertentu.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan pasien kanker kolorektal dengan *colostomy* yang kejadiannya cukup banyak di masyarakat. Oleh karena itu diharapkan informasi yang mendalam dari pengalaman bapak/ibu. Penelitian ini tidak menimbulkan resiko apapun terhadap Bapak/Ibu. Jika Bapak/Ibu merasa tidak nyaman selama wawancara, Bapak/Ibu dapat

memilih untuk tidak menjawab pertanyaan yang diajukan peneliti atau mengundurkan diri dari penelitian ini. Waktu penelitian akan diatur sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu.

Peneliti berjanji akan menjunjung tinggi dan menghargai hak Bapak/Ibu dengan cara menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh baik dalam pengumpulan data, pengolahan, maupun dalam penyajian laporan penelitian. Semua hasil catatan atau data akan dimusnahkan setelah penelitian ini dilaksanakan

Saya sangat menghargai kesediaan Bpk/Ibu menjadi partisipan dalam penelitian ini. Untuk itu saya mohon kesediannya untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Atas perhatian, kerjasama dan kesediannya menjadi partisipan saya ucapkan banyak terima kasih.



Peneliti

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

(Informed Consent)

Setelah membaca dan memahami surat saudara Umi Istianah, NPM 06060274, mahasiswa Program Pasca Sarjana Spesialis Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia serta mendapat penjelasan maksud penelitiannya, maka saya bersedia menjadi partisipan penelitian dengan judul :

“Pengalaman Pasien dengan Colostomy dalam Konteks Asuhan Keperawatan Kanker Kolorektal di Wilayah DKI Jakarta”

Demikian pernyataan persetujuan ini saya tanda tangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari siapapun.

Jakarta, 2008

Partisipan

Peneliti

.....

.....

Lampiran 3

PANDUAN WAWANCARA

Contoh pertanyaan yang digunakan sebagai panduan dalam melakukan wawancara antara lain :

1. Perubahan apa saja yang Bapak/Ibu alami setelah menjalani operasi *colostomy* ?
 - a. Bagaimana perasaan Bapak/Ibu menghadapi perubahan tersebut ?
 - b. Apa yang membuat Bapak / Ibu merasa demikian ?
2. Bagaimana Bapak/Ibu menghadapi perubahan-perubahan tersebut ?
3. Hambatan-hambatan apa saja yang Bapak/Ibu temui dalam menjalani hari-hari dengan *colostomy* ?
4. Bagaimana Bapak/Ibu memaknai kehidupan dengan *colostomy* ini ?
5. Pelayanan kesehatan seperti apa yang Bapak/Ibu butuhkan ?
 - a. Seperti apa pelayanan kesehatan yang bapak/ Ibu dapatkan selama ini ?
 - b. Seperti apa pelayanan kesehatan yang Bapak/Ibu inginkan ?

Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Umi Istianah

Tempat, tanggal lahir : Jepara, 7 Agustus 1971

Jenis kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Staf Akademik Politeknik Kesehatan Yogyakarta

Alamat rumah : Perum Kepuh Permai Blok D-30 Wedomartani, Ngemplak, Sleman, Yogyakarta. Telepon (0274) 870122.

Alamat Institusi : Jln. Tatabumi No 3 Banyuraden, Gamping, Sleman, Yogyakarta. Telepon (0274) 617885.

Riwayat pendidikan :

- SDN Blingoh I Keling Jepara, lulus tahun 1984.
- SMP Negeri Keling Jepara, lulus tahun 1987.
- SMA Negeri Jepara, lulus tahun 1990.
- Akademi Keperawatan Depkes Yogyakarta, lulus tahun 1993.
- Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, lulus tahun 2001.
- Program Profesi Ners Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, lulus tahun 2002.

Riwayat pekerjaan :

- Staf Akademik di Pendidikan Ahli Madya Keperawatan Yogyakarta, tahun 1994 – 2001
- Staf Akademik Politeknik Kesehatan Yogyakarta, tahun 2002 – sekarang



UNIVERSITAS INDONESIA

PENGALAMAN PASIEN DENGAN *COLOSTOMY*
DALAM KONTEKS ASUHAN KEPERAWATAN KANKER
KOLOREKTAL DI WILAYAH DKI JAKARTA

TESIS

Oleh

UMI ISTIANAH
NPM. 0606027474

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008

