

2. LANDASAN TEORI

Bagian ini akan memaparkan landasan teori yang menjadi variabel-variabel yang berkaitan dengan permasalahan penelitian. Di antaranya adalah teori tentang harapan, konsep Tuhan, penyakit kanker pada anak, dan perkembangan anak usia sekolah.

2.1 Harapan

2.1.1 Pengertian Harapan

“Harapan” merupakan kata yang dekat dengan kehidupan sehari-hari. Dalam ilmu Psikologi sendiri, keberadaan harapan sebagai sebuah konstruk dipelopori pada tahun 1969 oleh Ezra Stotland. Menurut Stotland (1969) harapan adalah penantian akan pencapaian tujuan di masa depan yang dimediasi oleh pentingnya tujuan tersebut bagi individu dan mendorong individu melakukan sesuatu untuk mencapai tujuan. Menurut Snyder (1994), harapan adalah keseluruhan daya kehendak (*willpower/agency*) dan strategi (*waypower/pathway*) yang dimiliki individu untuk mencapai sasaran (*goal*). Bila seseorang tidak memiliki ketiga komponen tersebut, hal itu tidak bisa disebut sebagai harapan. Farran, Herth, dan Popovich (1995) menyimpulkan bahwa harapan terbentuk dari pengalaman hidup yang menekan, bergantung pada spiritualitas, dan pada saat yang bersamaan mempertahankan pemikiran rasional untuk menghadapi keadaan. Dari berbagai pengertian tentang harapan di atas, peneliti menyimpulkan bahwa harapan adalah keseluruhan daya kehendak dan strategi yang terbentuk dari pengalaman, serta digunakan oleh individu untuk mencapai sasaran di masa depan.

Terdapat berbagai pengertian tentang harapan, namun menurut Raleigh (2000) terdapat kesamaan beberapa karakteristik esensial dari setiap pengertian tersebut: harapan dikatakan sebagai sebuah faktor dalam *coping*, berorientasi masa depan, dan bersifat multidimensional. Meskipun begitu tidak ada kesepakatan di antara para ahli apakah harapan merupakan variabel dikotomi atau kontinu dengan putus asa (*hopeless*) pada kutub yang berlawanan dengannya (Raleigh, 2000).

2.1.2 Komponen-komponen Harapan

Menurut Snyder (1994) harapan terdiri dari 3 komponen. Komponen pertama adalah sasaran (*goal*). Sasaran merupakan setiap obyek, pengalaman, atau hasil yang dibayangkan dan diinginkan individu dalam benaknya. Sasaran dapat berbentuk kongkrit atau abstrak, dan bersifat jangka panjang atau pendek, namun yang pasti sasaran tersebut harus merupakan sesuatu yang penting untuk dicapai. Sasaran juga harus mungkin untuk dicapai, bukan sesuatu yang pasti atau mustahil dicapai. Penantian akan pencapaian sasaran dan pentingnya sasaran adalah penentu keberadaan motivasi. Semakin besar penantian dan semakin penting sasaran bagi seseorang, maka usaha mencapai sasaran juga semakin besar. Jika sasaran dinilai penting namun individu memandang kecil kemungkinan untuk mencapainya, kecemasan (*anxiety*) akan dirasakan (Raleigh, 2000).

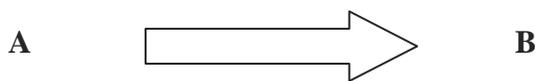
Komponen kedua dari harapan adalah daya kehendak (*willpower/agency*). Daya kehendak merupakan kekuatan pendorong dalam berharap. Snyder (1994) menggambarannya dengan figur berikut ini:



Gambar 2.1 Daya Kehendak

Daya kehendak digambarkan dengan anak panah yang mendorong individu (dari titik A) menuju sasarannya (titik B). Daya kehendak adalah sumber tekad dan komitmen yang mendorong individu untuk mencapai sasaran (Snyder, 1994). Snyder dkk (2002) menyatakan bahwa daya kehendak bersifat *self-referential*, yaitu individu memiliki pemikiran bahwa dirinya sendirilah yang memulai dan terus bergerak untuk mencapai sasarannya. Hal ini terdiri dari pikiran-pikiran seperti, “saya bisa”, “saya akan coba”, “saya siap”, dan sebagainya. Keberadaan sasaran yang jelas dan penting mempengaruhi seberapa besar daya kehendak individu untuk mencapainya bahkan ketika menghadapi halangan. Daya kehendak juga dipengaruhi oleh pembelajaran sebelumnya ketika seseorang berusaha untuk mencapai sasaran.

Komponen ketiga adalah strategi (*waypower/pathway*). Strategi merefleksikan rencana atau jalan yang menuntun pada pencapaian harapan. Snyder (1994) menggambarannya dengan figur berikut ini:



Gambar 2.2 Strategi

Strategi adalah jalan yang digambarkan dengan anak panah agar individu bisa mencapai sasarannya (titik B) dari keadaannya saat ini (titik A). Strategi adalah kapasitas mental untuk menemukan satu atau beberapa cara yang efektif untuk mencapai sasaran (Snyder, 1994). Keberadaan sasaran yang penting membantu individu untuk merencanakan dengan lebih baik cara-cara untuk mencapainya. Kemampuan merencanakan strategi turut dipengaruhi oleh pengalaman dan pembelajaran menemukan cara-cara tertentu untuk mencapai sasaran. Selain itu informasi yang dimiliki individu turut membantunya untuk merancang strategi mencapai sasaran. Bahkan bila kemudian cara tersebut tidak berhasil, individu bisa menggunakan informasi lain untuk merancang strategi baru.

Kata harapan (*hope*) juga digunakan dalam literatur-literatur Psikologi sebagai aspek afeksi, aspek berpikir (kognitif), dan aspek perilaku (Averill, Catlin, & Chon, 1990; Dufault & Martocchio, 1985; semuanya dalam Farran dkk, 1995). Sebagai aspek afeksi, harapan berfungsi sebagai tenaga pendorong untuk menghadapi masalah. Sebagai aspek berpikir, harapan dihubungkan dengan pengertian yang mendorong untuk bertekun, kemampuan menghadapi realita, dan proses kreatif yang mencari cara menghadapi situasi tertentu. Sebagai aspek perilaku, harapan adalah proses di mana individu secara aktif mencari alternatif perilaku yang memungkinkan dan sesuai untuk dijalankan.

2.1.3 Perkembangan Harapan

Harapan merupakan sesuatu yang berkembang sepanjang hidup manusia. Pengharapan (*hopefulness*) terbentuk seiring munculnya pemikiran anak tentang tujuan mereka di masa depan, dibangun seiring mereka memahami hubungan-hubungan dengan stimulus di luar diri mereka, dan berkembang seiring mereka

menyadari bahwa mereka dapat membuat sesuatu terjadi (Snyder dalam Venning, Elliot, Whitford, & Honnor, 2007).

Pada masa balita, anak mulai mengenali dan menghubungkan stimulus-stimulus di sekitarnya menjadi suatu makna tertentu. Pada saat ini anak juga belajar untuk menunjuk pada suatu obyek yang dimaksudkannya. Obyek tersebut menjadi sasarannya, dan kegiatan selanjutnya diarahkan pada bagaimana mencapai obyek tersebut. Hal ini menunjukkan bentuk harapan pada anak (Snyder, 1994).

Dalam tahap selanjutnya, kanak-kanak pra sekolah juga mengembangkan harapan. Kemampuan bahasa, dan pengertian akan tahap-tahapan dalam melakukan sesuatu turut mendorong perkembangan harapan anak. Kini anak belajar bahwa dirinya sendiri dapat mencapai sasarannya dengan melakukan kegiatan-kegiatan yang diatur dalam tahapan-tahapan tertentu (Snyder, 1994).

Pada usia sekolah adalah anak berusaha untuk mengeksplorasi berbagai hal di sekitarnya dan hal ini sangat mempengaruhi keberadaan harapan dalam diri mereka. Kemampuan membaca, berhitung, mengingat, dan pengertian akan proses berpikir dalam diri mereka sendiri turut mempengaruhi perkembangan harapan pada anak (Snyder, 1994). Kemampuan-kemampuan tersebut membantu mereka untuk merencanakan strategi pencapaian sasaran dengan lebih komprehensif dibandingkan dengan anak pada usia pra-sekolah. Anak usia sekolah mulai menggunakan kemampuan membacanya untuk mengumpulkan informasi (Snyder, 1994). Lalu kemampuan berhitung digunakan anak untuk menyelesaikan perhitungan matematis, sekaligus membantu logikanya dalam menyusun tahap-tahap pencapaian sasaran (Snyder, 1994). Selain itu kemampuan mengingat yang lebih baik juga membantu anak usia sekolah untuk mengingat informasi-informasi yang dimilikinya untuk kemudian mengeluarkan informasi yang relevan untuk strategi pencapaian sasaran. Anak juga belajar untuk menggunakan pengalamannya di masa lampau sebagai bagian dari strategi pencapaian sasaran, dan sebaliknya strategi baru yang didapatnya akan disimpan dalam memori untuk strategi di masa mendatang (Snyder, 1994). Kemudian pengertian akan proses berpikir memudahkan anak untuk mendiskusikan harapan-harapannya dengan orang lain. Pada usia sekolah anak juga mempertimbangkan pandangan orang lain

dalam strategi pencapaian sarannya (Snyder, 1994). Anak berusaha untuk mencapai sarannya dengan mengikuti peraturan yang ada. Anak juga mempertimbangkan nasihat, dan keberadaan orang lain dalam pencapaian sarannya (Snyder, 1994).

Snyder dkk (2002) menyatakan bahwa harapan merupakan sesuatu yang berkembang dan dipengaruhi oleh pengalaman individu. Dua komponen dari harapan, yaitu daya kehendak dan strategi sangat dipengaruhi oleh pengalaman individu di masa lampau. Menurut Snyder (1994) daya kehendak individu turut didasarkan pada pengalaman akan keberhasilan mencapai tujuan di masa lampau. Namun, daya kehendak tidak diperoleh dari pengalaman yang mudah mencapai sasaran tanpa halangan. Daya kehendak didasarkan pada pengalaman bahwa meskipun dalam situasi menekan dan menghadapi halangan untuk mencapai sasaran, individu dapat berusaha untuk mengatasinya (Snyder, 1994). Begitu pula strategi sebagian didasarkan pada pengalaman menemukan satu/beberapa jalan untuk mencapai sasaran. Strategi untuk menemukan jalan mencapai sasaran juga dipengaruhi pengalaman menemukan jalan baru saat jalan yang biasanya dipakai tidak dapat digunakan lagi (Snyder, 1994). Oleh karena itu individu dengan strategi yang tinggi yakin bahwa mereka dapat menemukan beberapa cara untuk mencapai sasaran.

Pada kenyataannya, tidak selalu seseorang dapat mencapai sarannya dengan mulus. Selama hidup manusia selalu menghadapi halangan. Teori harapan mendefinisikan halangan sebagai apapun yang menghalangi tujuan dan menyebabkan individu tidak dapat membayangkan strategi menuju tujuan dalam pikirannya atau membuat pergerakan menuju tujuan tersebut (Snyder, dalam Venning dkk, 2007). Menurut Snyder (dalam Venning dkk, 2007), penyakit kronis dapat berperan sebagai halangan yang menghalangi pengharapan pada anak, atau menghilangkan tekad yang diperlukan dalam mencanangkan atau mencapai tujuan. Penyakit tersebut dapat menghalangi anak untuk belajar memiliki pengharapan, atau justru pengharapan yang telah ada dihalangi oleh penyakit tersebut. Hal ini diungkapkan dalam penelitian Venning dkk (2007) yang menunjukkan bahwa anak dengan penyakit kronis memiliki tingkat harapan yang lebih rendah dibandingkan anak yang tidak mengalami penyakit kronis.

2.1.4 Harapan dan *Coping*

Harapan memungkinkan individu untuk mengatasi situasi menekan dengan menantikan hasil yang positif, sehingga individu tersebut termotivasi untuk beraksi menghadapi situasi yang tidak menentu (Raleigh, 2000). Harapan memungkinkan seseorang untuk menghadapi situasi di mana kebutuhan dan sasaran tidak bertemu. Harapan juga berperan sebagai kebajikan di masa-masa menekan, dan membuat hidup di bawah tekanan dapat dijalani (Korner, dalam Farran dkk, 1995). Strategi yang dilakukan untuk memiliki harapan antara lain dengan tetap beraktivitas, berpartisipasi dalam kegiatan keagamaan, berpikir tentang hal-hal lain, berbicara dengan orang lain, dan semua tindakan yang dapat mengalihkan perhatian individu dari sumber kecemasan (Raleigh, 2000).

Farran dkk (1995) menjelaskan tiga proposisi mengenai keterkaitan antara harapan dengan *coping*. Pertama, harapan adalah anteseden (pendahulu) proses *coping*, yang berarti harapan dapat mempengaruhi bagaimana seseorang mempersepsikan sebuah halangan terhadap diri sendiri maupun tujuan yang telah ditetapkannya. Dalam pandangan ini, harapan mendorong individu *coping* menghadapi tantangan tersebut. Kedua, harapan adalah salah satu strategi dalam *coping*. Secara *emotion-focused*, harapan membantu individu mengurangi tekanan emosional dengan berusaha berpikir secara positif dengan mengharapkan sesuatu yang baik. Kemudian secara *problem solving focused*, harapan membantu individu memikirkan strategi, sikap, perasaan, dan pendekatan apa yang terbaik digunakan untuk menghadapi situasinya. Ketiga, harapan adalah hasil dari *coping* yang sukses. Ketika seseorang mampu menghadapi sebuah situasi secara adaptif dengan menggunakan strategi *coping* tertentu, maka ia akan menggunakan strategi tersebut sebagai harapan dalam menghadapi tantangan-tantangan selanjutnya.

2.1.5 Sumber-sumber Harapan

Harapan tidak muncul dari ketiadaan. Penelitian Venning dkk (2007) menunjukkan bahwa terdapat tiga sumber pengharapan bagi anak yang sedang mengalami penyakit kronis. Sumber pertama adalah *self-efficacy* atau persepsi anak tentang kemampuannya mengendalikan diri dalam menghadapi penyakitnya. Sumber kedua adalah spiritualitas yang mendorong pengharapan akan

kesembuhan secara ajaib. Selain itu spiritualitas juga membantu individu menemukan makna dari penyakitnya. Dukungan sosial juga menjadi sumber pengharapan. Keberadaan dukungan dari orang-orang di sekitarnya dapat meningkatkan pengharapan dan kemampuan seseorang dalam menghadapi situasi menekan. Senada dengan pernyataan Venning dkk, menurut Herth (1990) terdapat beberapa sumber pengharapan bagi pasien dalam menjalani pengobatan penyakitnya, yaitu keluarga, teman, staf medis, dan Tuhan.

2.2 Konsep Tuhan

2.2.1 Pengertian Konsep Tuhan

DeRoos dkk (2004) mendefinisikan konsep Tuhan sebagai ide individu tentang berbagai karakteristik perilaku Tuhan, seperti mengasihi, mengayomi, memelihara, mahakuasa, dan/atau menghukum. Senada dengan definisi tersebut, Hill dan Hall (2002) menyatakan konsep Tuhan sebagai satuan sifat-sifat yang menggambarkan Tuhan yang dipengaruhi pengetahuan tentang karakteristik Tuhan yang diajarkan semasa kanak-kanak oleh orang tua dan institusi religi yang ada. Slater (1994) mendefinisikan konsep Tuhan sebagai representasi mental tentang keberadaan Tuhan. Dari pengertian dan definisi di atas, peneliti menyimpulkan bahwa konsep Tuhan adalah pemahaman yang dimiliki seseorang tentang karakteristik-karakteristik atau sifat-sifat Tuhan.

2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Konsep Tuhan

2.2.2.1 Tahap Perkembangan

Anak mengembangkan konsep Tuhan sesuai dengan tingkat perkembangan emosional, mental, dan moral mereka (Brown, 1990). Oleh karena itu, dapat terjadi perbedaan konsep Tuhan pada individu yang berada pada tahapan yang sama, walaupun hal ini tidak selalu terjadi.

Awal perkembangan konsep Tuhan terjadi pada usia 0-2 tahun. Pada tahap ini lingkungan dengan emosi positif yang disediakan orang tua bagi anak menjadi dasar kehidupan religiusnya di masa mendatang. Rasa aman dan percaya yang tumbuh dalam diri anak menjadi dasar perkembangan iman anak kepada Tuhan (Brown, 1990). Pada tahap ini anak mengembangkan kapasitas untuk mengetahui

bahwa sebuah obyek tetap eksis meskipun tidak terlihat olehnya (Brown, 1990), contohnya orang tua tetap ada meskipun tidak berada bersama dengan anak karena bekerja. Kapasitas inilah yang turut mendukung perkembangan konsep Tuhan pada anak.

Selanjutnya pada masa kanak-kanak awal, anak melekat kepada orang tua mereka sebagai figur yang mencukupi kebutuhan fisik dan emosional mereka. Pada masa ini anak mulai tertarik untuk mengetahui penyebab segala sesuatu, dan biasanya konsep Tuhan sebagai pencipta diperkenalkan oleh orang tua pada saat ini (Shelly, 1982). Pada masa ini anak memiliki pandangan antropomorfis tentang Tuhan, yaitu menggambarkan Tuhan dengan menonjolkan ciri-ciri fisik manusia (Shelly, 1982), serta menganggap Tuhan sebagai pribadi/seseorang yang dipandang memiliki karakter yang baik (Dickie, Eshleman, Merasco, Shepard, Vander Wilt, & Johnson, 1997). Pada masa ini anak menghubungkan konsep Tuhan dengan gambaran orang lain selain orang tua yang adalah figur *attachment* utama mereka (Granqvist & Dickie, 2006).

Selanjutnya pada usia sekolah, anak mulai belajar mandiri dari orang tuanya, dan belajar bahwa orang tua tidak selalu dapat hadir di dekat mereka. Oleh karena itu anak mulai mengembangkan kelekatan pada figur lain seperti guru atau teman, namun orang tua tetap menjadi figur *attachment* utama. Konsep Tuhan pada anak usia sekolah mulai dipengaruhi oleh representasinya tentang orang tua, hanya saja terdapat penekanan pada kelebihan karakter Tuhan dibandingkan dengan orang tua. Jadi anak menganggap Tuhan sebagai orang tua yang lebih sempurna: lebih berkuasa, lebih pengasih, lebih mengayomi, dan lebih dekat daripada orang tua mereka (Granqvist & Dickie, 2006). Hal ini disebabkan anak membutuhkan figur seperti orang tua mereka yang dapat selalu dekat dengan mereka. Menurut Shelly (1982) pada masa ini anak menggambarkan Tuhan dengan tindakannya (mengasahi, menolong, memperhatikan, dan lain-lain). Relasi dengan Tuhan juga mulai berkembang, misalnya dengan berdoa dan membaca kitab suci. Pada masa ini relasi dengan orang tua sangat mempengaruhi konsep Tuhan dibandingkan dengan masa kanak-kanak awal atau masa remaja nantinya (Granqvist & Dickie, 2006).

Pada masa remaja hingga dewasa, kelekatan telah bergeser sepenuhnya dari orang tua menuju *peer group* atau figur lainnya sehingga representasi Tuhan juga telah dipengaruhi oleh figur-figur lain selain orang tuanya (Granqvist & Dickie, 2006). Menurut Shelly (1982) pada tahap ini individu menggambarkan Tuhan dengan sifat-sifatnya, seperti maha kasih, maha hadir, maha kuasa, maha tahu, dan sebagainya.

Penelitian Hanisch (2002) tentang konsep Tuhan pada anak dan remaja menunjukkan perbedaan konsep Tuhan yang terkait dengan usia partisipan. Semakin dewasa usia partisipan, semakin jarang mereka memilih menggunakan representasi antropomorfis tentang Tuhan. Pada penelitian Hanisch (2002), penggambaran partisipan berusia 8 tahun tentang Tuhan mulai menggunakan simbol daripada representasi antropomorfis. Lalu hal ini paling jelas terlihat pada partisipan yang berusia 13-15 tahun. Disimpulkan oleh Hanisch (2002) bahwa gambaran Tuhan pada anak usia 9-10 tahun semakin kurang dipengaruhi oleh gambaran orang tua mereka, oleh karena itu gambarannya kurang antropomorfis. Kemudian menurut Hanisch, gambaran antropomorfis berkurang pada partisipan berusia 13 tahun karena terjadi restrukturisasi dalam pikiran mereka. Hanisch menerangkannya dengan teori Piaget yang mengatakan bahwa setelah usia 12 tahun seseorang berada dalam tahap *formal operational* yang memiliki ciri tidak berpikir lagi secara kongkrit, sedangkan pada usia 15 tahun gambaran Tuhan dilakukan melalui representasi yang lebih abstrak dan simbolis.

2.2.2.2 Relasi dengan Orang Tua

Pada umumnya anak pertama kali membentuk konsep Tuhan dalam keluarga. Menurut Lang (1983) konsep-konsep tentang agama – termasuk konsep Tuhan – dikomunikasikan pertama kali kepada anak melalui ikatan emosional dengan orang tua. Anak pertama kali menerima simbol, cerita, lagu, dan ritual agama bukan melalui suatu pertimbangan intelektual. Anak sekedar menerima (*take for granted*) apa yang dipercayai atau tidak dipercayai orang tuanya, karena orang tualah yang paling dekat dengan anak.

Kebanyakan teori yang peneliti temukan juga menghubungkan konsep Tuhan dengan orang tua. Studi-studi yang didokumentasikan oleh Arglye (2000)

menyatakan bahwa perilaku religius dan kepercayaan anak mengikuti orang tua mereka, bahkan kesamaan antara anak dan orang tua dalam perilaku religius adalah lebih tinggi dibandingkan perilaku di bidang lain seperti politik atau olahraga (Cavalli-Sforza dkk, dalam Argyle, 2000). Kesamaan tersebut tidak hanya disebabkan pengaruh langsung orang tua terhadap anak, namun karena mereka berada di lingkungan yang sama atau memiliki kecenderungan kepribadian yang sama.

Kemiripan struktur dan fungsi hubungan orang tua-anak dengan hubungan Tuhan-umat turut mempengaruhi konsep Tuhan pada anak (Dickie & Granqvist, 2006). Anak cenderung ingin selalu dekat dengan orang tua mereka, hal serupa juga terjadi pada umat kepada Tuhan. Anak juga selalu berbalik kepada orang tuanya saat menghadapi kesulitan atau stres, demikian juga umat datang kepada Tuhan ketika menghadapi situasi yang tidak menyenangkan. Orang tua juga dipandang lebih berkuasa oleh anak-anak sebagaimana Tuhan dipandang maha kuasa oleh umatnya (Granqvist & Dickie, 2006). Seiring bertumbuhnya kemandirian anak dan interaksinya yang meningkat dengan teman, guru, pacar, atau orang lainnya, maka konsep Tuhan yang dimilikinya pun bisa jadi dipengaruhi oleh figur-figur lain selain orang tuanya (Granqvist & Dickie, 2006).

2.2.2.3 Pendidikan Agama

Pendidikan agama adalah salah satu aspek yang turut mempengaruhi perkembangan konsep Tuhan pada anak. Umumnya sekolah-sekolah di Indonesia memasukkan agama sebagai mata pelajaran wajib dalam kurikulum pendidikan. Selain itu institusi religius seperti mesjid, gereja, atau wihara umumnya juga menyediakan program pendidikan agama untuk anak-anak di tempat ibadah agama masing-masing.

Pendidikan tentang Tuhan berbeda-beda antara agama yang satu dengan yang lainnya. Hal ini dikarenakan setiap agama dan kepercayaan memiliki pemahamannya sendiri tentang Tuhan (Lang, 1983). Lang mencontohkannya dengan membandingkan agama Yahudi, Kristen, Islam, dan agama timur (Hindu dan Budha). Mitologi Yahudi memberikan banyak penggambaran tentang Tuhan melalui metafora, namun tidak memberikan gambaran Tuhan sebagai manusia

yang hidup di bumi. Kekristenan menyediakan gambaran antropomorfis (seperti manusia) dalam pribadi Yesus yang disebut sebagai Tuhan. Ajaran Islam hanya memberikan penjelasan secara abstrak serta tidak memberikan gambaran antropomorfis tentang Tuhan bahkan terang-terangan menolaknya dalam Al-Quran. Berbeda dengan agama-agama tersebut, agama-agama timur tidak melihat Tuhan dan manusia sebagai entitas yang terpisah, atau Tuhan dipandang serupa dengan kekuatan alam.

Konsep Tuhan juga tidak selalu memiliki peranan penting dalam agama. Ada agama yang mendasarkan ajarannya melalui pengenalan akan Tuhan, tetapi tidak semua agama membicarakan Tuhan, apalagi menganggap Tuhan memainkan peranan di dalamnya (Magnis-Suseno, 2006). Magnis-Suseno melanjutkan bahwa pengajaran, ritual, dan doa-doa pada agama-agama Abrahamistik seperti Yahudi, Kristen, dan Islam didasarkan pada pengertian agama tersebut tentang Tuhan. Kemudian menurut kepercayaan seperti animisme atau dinamisme, ketuhanan dihayati sebagai kekuatan yang meresapi alam, tidak ada pemisahan antara alam dengan Tuhan, sehingga Tuhan tidak dikonseptualisasikan melainkan dialami. Penghayatan Hinduisme menyatakan bahwa segala-galanya adalah satu dan lingkungan alam dipenuhi dengan kekuatan gaib, sehingga tidak ada konsep Tuhan secara khusus. Sementara itu, agama Budha tidak berbicara tentang Tuhan atau dewa-dewi dan bahwa Tuhan atau dewa-dewi tidak memainkan peranan dalam kegiatan agama.

2.2.2.4 Jender

Heller (dalam Eshleman, Dickie, Merasco, Shepard, & Johnson 1999) menyatakan bahwa konsep Tuhan juga turut dipengaruhi oleh jender seseorang. Konsep Tuhan pada anak laki-laki dan perempuan cenderung mengikuti stereotipe jender tertentu. Anak laki-laki cenderung menekankan stereotipe pria kepada Tuhan, seperti jauh, aktif, mahatahu dan rasional (Heller, dalam Eshleman dkk, 1999). Hal senada dikatakan oleh Vergote & Aubert (dalam Eshleman dkk, 1999) bahwa anak laki-laki cenderung menganggap Tuhan seperti ayah atau figur laki-laki, sedangkan anak perempuan cenderung melihat Tuhan seperti ayah atau ibu. Tamminen (dalam Slater, 1994) juga menyatakan anak laki-laki cenderung lebih

tertarik pada perilaku-perilaku magis yang dikerjakan Tuhan seperti berjalan dalam air. Anak perempuan cenderung mengatribusikan stereotipe wanita kepada Tuhan, seperti dekat, pribadi, dan pasif (Heller, dalam Eshleman dkk, 1999), dan anak perempuan lebih memberikan elemen estetika dalam lukisan tentang Tuhan (Slater, 1994).

Penelitian Eshleman, dkk (1999) pada sampel anak-anak Kristen di Amerika menunjukkan adanya pengaruh gender pada konsep Tuhan yang dimiliki anak. Tujuh puluh persen (n=30) partisipan dalam penelitiannya (usia 4-10 tahun) memiliki representasi Tuhan sebagai pria, hanya satu orang partisipan yang menganggap Tuhan sebagai wanita, sedangkan sisanya menganggap Tuhan bukan sebagai pria maupun wanita. Bila tema gender ini dihubungkan dengan pandangan anak tentang kedekatan Tuhan dengan mereka, diperoleh hasil bahwa anak laki-laki menganggap Tuhan dekat saat stereotipe pria diatribusikan kepada Tuhan, sedangkan anak perempuan menganggap Tuhan dekat saat Tuhan diberikan stereotipe wanita atau bukan sebagai pria maupun wanita.

2.2.3 Konsep Tuhan dan *Coping*

Sebagaimana harapan, konsep Tuhan juga membantu individu dalam *coping* masalah. Menurut Snyder dkk (2002), harapan dan konsep Tuhan berfungsi sebagai faktor yang memotivasi dan memberi inspirasi pada *intrinsic believer* bahwa mereka akan mampu menemukan cara yang membawa pada hasil yang positif. Selain itu menurut Snyder (1994) pada orang-orang yang religius, keberadaan harapan yang tinggi juga terkait dengan berdoa kepada Tuhan. Doa menjadi satu alat untuk meningkatkan energi mental atau daya kehendak seseorang. Doa juga merupakan *mental rest* setelah seseorang berhadapan dengan berbagai *stressor*.

Konsep Tuhan turut mempengaruhi bagaimana seseorang mengatasi permasalahan dalam kehidupannya. Contohnya penelitian Pendleton (dalam DeRoos dkk, 2004) menunjukkan bahwa individu yang memiliki konsep Tuhan sebagai penolong menghadapi penyakit kronis dan kematian secara lebih positif sehingga dapat mengatasi dampak-dampak negatif akibat hal-hal tersebut. Penelitian oleh Wagner (1999) pada sampel pasien kanker dewasa juga

menunjukkan bahwa relasi individu dengan Tuhan intensitasnya semakin meningkat dan bersifat pribadi selama proses penyembuhan. Kedekatan dengan Tuhan ini juga mempengaruhi area lain dalam hidup pasien: dalam sikap dan perilaku sehari-hari, berkurangnya stres dan rasa takut, dan meningkatkan hubungan dengan diri sendiri dan orang lain (Wagner, 1999). Senada dengan itu, Hill dan Pargament (dalam Crawford, Wright, & Masten, 2006) mengatakan bahwa individu yang menganggap Tuhan sebagai figur yang memelihara dan mengasihi dapat mengalami kekuatan dan kepercayaan dalam hidup dan sebagai hasilnya dapat mengatasi masalah dengan baik dalam situasi stres.

Individu yang memiliki tingkat yang lebih tinggi dalam keterlibatan dengan agama juga mengembangkan teori-teori tertentu yang didasarkan pada konsep mereka tentang Tuhan (Wenger, 2001). Penelitian Wenger (2001) menunjukkan bahwa partisipan usia sekolah dengan keterlibatan yang lebih tinggi dalam agama memberikan lebih banyak penjelasan-penjelasan yang berkaitan dengan Tuhan dibandingkan partisipan usia sekolah yang tidak terlibat aktif dalam kegiatan-kegiatan religi. Menurut Wenger (2001) teori tentang Tuhan yang dimiliki anak bisa dipandang sebagai teori "*wild card*" karena teori ini dapat memberikan penjelasan pada banyak area, termasuk area-area di mana anak belum memiliki pengetahuan yang relevan tentangnya. Hal ini berkaitan dengan konsep Tuhan yang maha kuasa, yang sering digunakan sebagai konstruk untuk menjelaskan berbagai fenomena.

2.3 Kanker

2.3.1 Pengertian Kanker

Istilah kanker digunakan untuk menggambarkan sejumlah besar dan bermacam-macam sel-sel tubuh yang termutasi secara abnormal namun memiliki karakteristik pembelahan sel, infiltrasi, dan penyebaran yang sama dengan sel-sel normal (McCalla, 1982). Pada jaringan yang memiliki sel kanker, sel-sel yang termutasi terus membelah namun karena sel tersebut bekerja secara abnormal maka dapat mengakibatkan kerusakan pada jaringan tubuh. Selain itu, sel-sel kanker pada satu jaringan juga dapat menyebar ke jaringan yang lain dalam tubuh apabila tidak dihentikan (McCalla, 1982).

2.3.2 Penyebab Kanker pada Anak

Penyebab kanker pada anak belum diketahui secara pasti. Beberapa ahli memperkirakan adanya pengaruh radiasi, infeksi, atau faktor genetik pada kemunculan sel kanker pada anak, namun belum ada penelitian yang dapat memastikan hal tersebut (Stiller, dalam Dixon-Woods dkk, 2005). Senada dengan pernyataan tersebut, Gurney dan Bondy (2003) menyatakan bahwa kanker pada anak meliputi berbagai sel kanker dan tumor yang muncul akibat penyimpangan proses genetik yang mempengaruhi perkembangan dan pertumbuhan sel dalam tubuh, namun kondisi ini hanya terdapat mencakup 5% dari kasus kanker pada anak. Penelitian epidemi kanker berusaha mengeksplorasi potensi adanya interaksi antara rentannya kondisi genetik dengan pemaparan lingkungan, namun hanya sedikit penelitian yang menunjukkan pengaruh lingkungan terhadap munculnya kanker pada anak, di antaranya paparan radiasi ion dan zat-zat kemoterapi (Gurney & Bondy, 2003).

2.3.3 Jenis-jenis Kanker dan Penanganannya

Jenis-jenis kanker pada anak berbeda dengan yang biasanya dijumpai pada orang dewasa. Leukemia (kanker darah), kanker otak, limfoma (kanker kelenjar getah bening), dan kanker pada jaringan tubuh dan tulang merupakan jenis-jenis yang biasanya ditemui pada pasien kanker anak (Gurney & Bondy, 2003). Pengelompokan jenis kanker pada anak didasarkan pada jenis sel yang bermutasi, berbeda dengan pengelompokan jenis kanker pada pasien dewasa yang dinamakan berdasarkan sistem organ yang terkena dampak mutasi sel (Dixon-Woods dkk, 2005).

Leukemia adalah kanker yang paling sering dijumpai pada anak. Leukemia merupakan pembelahan sel yang bersifat abnormal pada sumsum tulang sehingga sel yang termutasi tersebut menggantikan pembelahan sel yang normal, lalu kemudian masuk ke aliran darah (Dixon-Woods dkk, 2005). Prevalensi penyakit ini paling tinggi pada usia 2-6 tahun dan biasanya terjadi pada anak laki-laki. Leukemia dapat menyebar ke jaringan tubuh yang lain karena melibatkan aliran darah. Penanganannya dilakukan melalui kemoterapi yang dilakukan pada seluruh bagian tubuh. Proses ini menuntut pasien berada di rumah sakit untuk beberapa

waktu, dilanjutkan dengan rawat jalan selama sekitar 2-3 tahun. Pada kasus-kasus tertentu, selain kemoterapi pasien leukemia juga membutuhkan transplantasi sumsum tulang (Dixon-Woods dkk, 2005).

Kanker otak merupakan jenis kanker yang juga banyak ditemui pada anak-anak. Ada sel kanker pada otak yang perkembangannya lambat, namun dalam stadium lanjut ada pula yang cepat berkembang dan sangat membahayakan. *Astrocytomas* merupakan jenis yang ditemui pada sekitar 40% kasus kanker otak, dan jenis ini dapat berkembang secara lambat atau cepat. Bila *astrocytomas* terdapat pada *cerebellum* (bagian otak yang mengatur gerakan otot secara sadar) biasanya dapat ditangani dengan lebih baik, namun bila terdapat di bagian otak yang lain lebih sulit untuk ditangani (Dixon-Woods dkk, 2005). *Medulloblastomas* merupakan jenis yang ditemui pada 20% kasus kanker otak, merupakan jenis tumor yang ganas yang berasal dari penyimpangan perkembangan jaringan ketika embrio dan biasanya muncul pada usia 5 tahun (Dixon-Woods dkk, 2005). Penderita kanker otak membutuhkan penanganan yang intensif dan dengan berbagai metode, seperti operasi, radioterapi, dan kemoterapi dengan rata-rata kesembuhan 60-70%. Penderita kanker otak menghadapi tantangan yang besar dalam proses pengobatannya karena melibatkan otak, organ yang sangat sensitif terhadap efek setelah perawatan, termasuk juga kemungkinan terjadi kerusakan otak yang menyebabkan keterbatasan fisik, emosional, dan belajar (Dixon-Woods dkk, 2005).

Jenis kanker selanjutnya adalah limfoma, yaitu kanker kelenjar getah bening. Terdapat dua jenis limfoma, yaitu *Hodgkin's disease* (HD) dan *non-Hodgkin lymphoma* (NHL). Limfoma terjadi pada 10% kasus kanker anak dan berasal dari jaringan *lymphoid*, yaitu bagian dari jaringan sistem kekebalan tubuh. Limfoma dapat dilihat dari adanya pembengkakan kelenjar dan dapat menyebar ke organ-organ di perut dan sumsum tulang (Dixon-Woods dkk, 2005). NHL biasanya muncul pada usia 7-10 tahun, sedangkan HD lebih sering ditemui pada remaja. Limfoma ditangani dengan kemoterapi (Dixon-Woods dkk, 2005).

Neuroblastoma (NB) merupakan kanker yang muncul dari jaringan saraf di atas kelenjar adrenal di perut dan dari jaringan saraf simpatetik di dada dan perut. Kebanyakan kasus NB muncul pada anak usia di bawah 5 tahun. Bila NB

terjadi pada anak usia di bawah 1 tahun, biasanya dapat dengan mudah ditangani karena sel-sel kanker biasanya dapat mengalami regresi. Namun bila baru ditangani setelah usia 1 tahun, sel-sel kanker ini dapat menyebar, mengakibatkan anak sakit secara akut, dan tingkat bertahan pasiennya hanya 20-30% (Dixon-Woods dkk, 2005).

Tumor ginjal atau disebut juga *Wilm's tumour* atau *nephroblastoma* juga merupakan jenis kanker pada anak. Tumor ini muncul dari jaringan embrio kelenjar ginjal dan umumnya muncul sebelum usia 5 tahun (Dixon-Woods dkk, 2005). Tumor ini dapat diatasi dengan kemoterapi, dan bila diperlukan dapat dilakukan operasi untuk mengangkat tumor sekaligus dengan ginjal yang terkena tumor tersebut. Ginjal yang tersisa umumnya dapat berfungsi dengan baik. Penanganan penyakit ini biasanya memakan waktu 3-6 bulan (Dixon-Woods dkk, 2005).

Tumor tulang atau *sarcoma* adalah kanker yang berkembang pada struktur penopang tubuh, yaitu tulang atau tulang rawan. Jenis *osteosarcoma* merupakan jenis tumor tulang yang paling ganas. *Ewing's sarcoma* merupakan jenis yang paling umum ditemui pada usia 10-15 tahun. Kedua jenis kanker tulang ini lebih banyak muncul pada laki-laki. Pada sebagian besar kasus, tumor muncul di tungkai di mana muncul rasa sakit pada tulang diikuti dengan deteksi adanya sejumlah massa tumor (Dixon-Woods dkk, 2005). Bila tumor terdapat di tulang belakang dan panggul, deteksi menjadi lebih sulit sehingga mengakibatkan jeda waktu yang lama antara munculnya tumor dengan diagnosis. Penangannya meliputi menggunakan kemoterapi dan selanjutnya diikuti dengan operasi (Dixon-Woods dkk, 2005).

Jenis kanker selanjutnya adalah *rhabdomyosarcoma* (RM) yang berasal dari embrio otot atau jaringan pengikat. Karena terjadi di otot, maka RM dapat dilihat di berbagai bagian tubuh, umumnya di kepala dan leher sehingga mengakibatkan mata terdorong keluar, kesulitan pernafasan, mimisan, muncul daging di telinga, dan suara terdengar kasar (Dixon-Woods dkk, 2005). RM juga biasanya muncul di area kelamin sehingga menimbulkan sakit atau kesulitan buang air kecil, kesulitan buang air besar, atau munculnya daging dalam vagina. Tumor ini ditangani dengan operasi atau kemoterapi (Dixon-Woods dkk, 2005).

Salah satu jenis kanker yang jarang ditemui pada anak-anak adalah kanker tenggorokan. Kanker ini paling banyak ditemui pada individu berusia 55 tahun serta lebih banyak dialami laki-laki daripada perempuan (Herzog, 2003). Kanker ini ditandai dengan munculnya benjolan yang terlokalisir pada daerah leher pasien. Selain itu bisa juga terjadi mimisan, mulut kaku, atau mulut miring pada penderitanya (Herzog, 2003). Diagnosis biasanya dilakukan melalui biopsi (pengambilan sampel tumor) kelenjar getah bening di daerah leher. Penanganan kanker tenggorokan dilakukan dengan kombinasi kemoterapi dan radiasi (Herzog, 2003).

2.3.4 Dampak Kanker

Penanganan kanker merupakan tantangan bagi anak, karena upaya pengobatan kanker dengan radiasi, operasi, radioterapi dan kemoterapi dapat mempengaruhi proses pertumbuhan mereka, yang kemudian juga mempengaruhi perkembangan mereka dalam jangka panjang (Gurney & Bondy, 2003). Efek samping dari proses pengobatan di antaranya mual dan muntah, rambut rontok, sakit di mulut, masalah gusi, masalah dengan sumsum tulang sehingga mengakibatkan anemia, infeksi, dan pendarahan, bahkan bisa terjadi komplikasi pada organ-organ tertentu di tubuh pasien (Dixon-Woods dkk, 2005).

Bagi anak dengan kanker, menjadi “sakit” juga memberikan peran baru yang mengubah hubungannya dengan orang lain maupun dirinya sendiri. Meskipun masing-masing anak menghadapi penyakitnya secara unik, semua anak menghadapi isu perpisahan dan kehilangan, juga pergumulan akan kompetensi dan kendali atas dirinya sendiri (Sourkes & Proulx, 2000). Selain itu, setiap individu juga memiliki reaksi psikologis akan penyakitnya.

Penelitian Sawyer dkk (dalam Dixon-Woods dkk, 2005) pada anak berusia 2-5 tahun yang mengalami kanker menunjukkan bahwa setelah mengetahui diagnosis penyakitnya anak menjadi lebih cemas, bergantung, mudah menangis, dan sulit tidur. Tetapi setelah 1-2 tahun sesudahnya prevalensi masalah yang dialami anak yang mengalami kanker tidak berbeda secara signifikan dengan anak yang tidak mengalami kanker. Hal ini disebabkan karena keterbatasan anak untuk mengerti akan penyakitnya serta mengungkapkan rasa sakit tersebut kepada orang

lain. Keterbatasan fisik dan mobilitas juga mempengaruhi rasa kompetensi dan kontrol yang belum berkembang secara sempurna pada anak di usia ini (Brunquell & Hall, dalam Sourkes & Proulx, 2000). Akan tetapi, seiring waktu dan tahap perkembangannya, anak belajar untuk mengatasi masalah-masalah tersebut.

Berbeda dengan anak pra-sekolah, anak usia sekolah ketika menghadapi penyakitnya akan berusaha mengatasi ketakutan akan kehilangan kendali dan ketakutan akan kematian (Drell & White, 2000). Landolt (dalam Dixon-Woods dkk, 2005) menemukan bahwa sepuluh persen dari anak usia sekolah yang mengalami kanker menunjukkan simtom-simtom klinis dari *post-traumatic stress disorder* (PTSD) selama 5-6 minggu setelah didiagnosis menderita kanker. Namun, kondisi ini cenderung berkurang dalam dua bulan dan setelah itu mereka dapat menyesuaikan diri dengan kondisinya (Allen, dalam Dixon-Woods dkk, 2005). Setelah mengetahui dirinya didiagnosis mengalami penyakit kanker, anak menggunakan berbagai strategi *coping* dalam menghadapi penyakitnya. Umumnya mereka menggunakan *cognitive avoidance*, yaitu menunggu dan berharap keadaan akan membaik; *positive cognitive restructuring*, yaitu mengingatkan diri sendiri bahwa ia akan sembuh; dan *avoidant actions* dengan mencoba menghindar dari hal-hal yang membuatnya sedih. Menurut Drell & White (2000) penderita kanker juga cenderung menggunakan *denial* atau *repression* untuk beradaptasi dengan penyakitnya. Selain itu, anak juga berusaha mencari dukungan dari orang-orang sekitarnya dalam menghadapi penyakitnya (Dixon-Woods dkk, 2005).

Anak-anak usia sekolah memiliki pengertian yang lebih tentang penyakit dan diri mereka sendiri. Meskipun begitu mereka masih percaya bahwa mereka telah melakukan sesuatu yang salah atau tertular sehingga mengidap penyakit, namun anak pada usia ini dapat diberitahu lebih banyak tentang penyakit mereka dan dapat lebih terlibat aktif dalam proses pengobatannya (Drell & White, 2000). Anak juga dapat mengembangkan berbagai kompetensi dan strategi dalam penyelesaian masalah dan pengaturan emosional ketika mereka menghadapi tantangan dari penyakitnya (Brown, dalam Sourkes & Proulx, 2000). Bila anak dapat menghadapi kondisinya dengan baik, anak dapat menjadi lebih dewasa dengan cepat dan mengembangkan sikap yang positif terhadap hidup. Beberapa

juga ingin memberikan sesuatu untuk membantu orang lain yang juga mengalami penyakit yang sama dengan dirinya (Sourkes & Proulx, 2000).

Menurut Drell & White (2000) terdapat beberapa variabel yang mempengaruhi munculnya depresi atau stres pada anak yang mengalami penyakit kronis:

- a. Tahap perkembangan tertentu, yaitu usia kanak-kanak awal dan remaja adalah periode yang sensitif. Pada kanak-kanak awal, kognisi yang terbatas menyebabkan anak sulit mengerti kompleksitas penyakit dan diperparah dengan ketakutan berpisah dengan orang tuanya. Pada remaja, penyakit menghambat kemandirian dan menyebabkan remaja harus bergantung pada orang lain.
- b. *Deformity* (perubahan bentuk tubuh) atau *disability* (kecacatan), di mana anak lebih mengalami kesulitan saat terjadi perubahan bentuk tubuh atau kecacatan sebagai akibat perawatan.
- c. Pengobatan (operasi, kemoterapi, terapi sumsum tulang) dengan segala kesakitan yang ditimbulkannya. Terutama ketika munculnya penyakit itu sendiri tidak menimbulkan rasa sakit yang seberapa dibandingkan dengan perawatannya. Pada anak, proses pengobatan di rumah sakit juga dapat menimbulkan ketakutan akan berpisah dengan keluarga, orang tua, rumah, dan lain-lain.
- d. Prognosis (prediksi dampak penyakit terhadap pasien) juga mempengaruhi tingkat stres anak. Semakin negatif prognosis maka semakin besar stres dan resiko bagi anak. Prognosis yang menyertakan kemungkinan kematian akibat penyakit akan menambah kompleksitas stres bagi anak dan keluarganya.

2.3.5 Pengobatan Kanker

Jenis pengobatan kanker yang diterima oleh anak tergantung pada jenis dan penyebaran tumor pada tubuh anak (Dixon-Woods dkk, 2005). Terdapat dua konsep yang diterapkan dalam pengobatan kanker anak. Pertama, pengobatan dilakukan secara *multimodal*, yaitu menggunakan terapi yang berbeda-beda dan kombinasi obat tertentu. Konsep yang kedua adalah pengobatan dilakukan oleh

satu tim medis yang memiliki sistem dan lingkungan perawatan yang terstruktur, hal ini sama pentingnya dengan terapi dan obat kanker itu sendiri (Dixon-Woods dkk, 2005).

Pengobatan untuk penyakit kanker itu sendiri terdiri dari beberapa jenis. Menurut Dixon-Woods dkk (2005), jenis pertama adalah kemoterapi yang merupakan ‘tulang punggung’ dari kebanyakan protokol pengobatan kanker. Kemoterapi menggunakan obat *cytotoxic* yang bersifat racun terhadap sel-sel kanker dengan menghambat pembelahan serta pertumbuhan sel-sel kanker. Tujuan kemoterapi adalah untuk membunuh seluruh sel kanker, dan untuk mencapainya tingkat dosis tertentu diberikan hingga tingkat toleransi maksimum pada tubuh, sehingga juga dapat bersifat racun untuk bagian lain dari tubuh. Ketika mendapat terapi ini pasien diharuskan menghabiskan beberapa waktu di rumah sakit serta menerima beberapa obat untuk menanggulangi efek samping dari terapi. Selesai perawatan di rumah sakit, terapi ini terus berlanjut pada waktu tertentu, tergantung pada jenis tumor, dan dapat berlangsung selama 6 bulan hingga 3 tahun. Komplikasi yang umum terjadi akibat terapi di antaranya mual dan muntah, rambut rontok, sakit di mulut, masalah gusi, dan masalah dengan sumsum tulang sehingga mengakibatkan anemia, infeksi, dan pendarahan. Bisa juga terjadi komplikasi pada organ-organ tertentu di tubuh pasien.

Jenis pengobatan kanker anak yang kedua adalah transplantasi sumsum tulang atau sel tulang. Pengobatan ini digunakan saat diperlukan pengobatan dosis tinggi dan keadaan tubuh pasien berada dalam kondisi yang berbahaya. Sumsum tulang atau sel tulang yang ditransplantasi digunakan untuk mengatasi masalah yang diakibatkan abnormalitas sumsum tulang yang terdapat di tubuh. Prosedur ini memiliki resiko yang paling besar dan digunakan untuk pasien dengan keadaan penyakit yang beresiko tinggi merenggut nyawanya sehingga terapi standar seperti kemoterapi tidak akan cukup.

Radioterapi merupakan jenis pengobatan kanker anak yang ketiga. Radioterapi menggunakan radiasi ionisasi untuk membuat sel rusak atau hancur, dan ditargetkan kepada sel-sel kanker. Terdapat kecenderungan untuk mengurangi penggunaan radioterapi pada pasien anak seiring dengan semakin efektifnya kemoterapi. Namun pada kasus-kasus kanker otak, radioterapi tetap merupakan

pengobatan utama bersama dengan operasi. Menjalani radioterapi membutuhkan rawat inap di rumah sakit selama 4-6 minggu. Radioterapi memiliki efek samping yang tergantung pada bagian tubuh mana yang diterapi, umumnya seperti rambut rontok, sakit mulut, sakit pada kulit, dan masalah dengan sumsum tulang sehingga mengakibatkan anemia, infeksi, dan pendarahan. Untuk radioterapi yang dilakukan pada bagian otak, efek samping tambahannya termasuk penurunan kemampuan kognitif dan efek hormonal yang mengakibatkan pertumbuhan tubuh terhambat.

Operasi merupakan jenis pengobatan kanker yang terakhir. Operasi biasanya dilakukan untuk memperoleh sampel jaringan untuk diagnosis penyakit. Operasi dapat dilakukan selanjutnya untuk mengambil sebagian atau seluruh tumor pada tubuh. Keputusan untuk melakukan operasi meliputi pertimbangan antara operasi secara ekstensif atau terbatas, dan kombinasi dengan jenis pengobatan lainnya.

2.4 Anak Usia Sekolah

2.4.1 Karakteristik Perkembangan secara Umum

Anak usia sekolah (6-11 tahun) berada pada tahap perkembangan *concrete operational* menurut teori Piaget (Papalia, Olds, & Feldman, 2002). Pada tahap ini anak dapat menggunakan operasi mental untuk menyelesaikan masalah yang kongkrit atau aktual. Anak dapat berpikir secara logis karena mereka dapat mempertimbangkan berbagai aspek dan situasi ketika memikirkan sesuatu, meskipun mereka masih mengalami keterbatasan sehingga hanya berpikir tentang situasi yang nyata dan bersifat kekinian (*here and now*) (Papalia dkk, 2002).

Menurut Erikson, jika ditinjau dari segi perkembangan psikososial, pada usia sekolah anak berada pada tahap *industry versus inferiority* (Papalia dkk, 2002). Pada tahap ini *self-esteem* anak sangat dipengaruhi oleh keberhasilannya menguasai keterampilan tertentu yang diajarkan oleh lingkungannya, misalnya membaca, menulis, atau menggunakan komputer. Mereka akan merasa diterima oleh lingkungannya apabila menghasilkan sesuatu dari keterampilan-keterampilan yang telah dipelajari tersebut (*industry*), namun saat mereka gagal melakukannya maka mereka merasa rendah diri (*inferiority*) (Shelly, 1982).

Pada usia ini anak juga mulai menyadari perasaan orang lain dan diri mereka sendiri. Anak mempelajari apa yang membuat mereka takut, marah, atau sedih dan bagaimana orang lain memberi reaksi pada ekspresi emosi-emosi tersebut, dan selanjutnya mereka belajar bagaimana mengatur emosi dalam situasi sosial. Mereka juga dapat berespon dengan tepat kepada orang lain yang tertekan emosinya (Saarni, Mumme, & Campos, dalam Papalia dkk, 2002).

Anak usia sekolah juga menghabiskan lebih banyak waktu di luar rumah dan belajar berada jauh dari orang tuanya dibandingkan tahapan usia sebelumnya (Hofferth, dalam Papalia dkk, 2002). Meskipun begitu lingkungan keluarga dan orang tua tetap memainkan peranan penting dalam perkembangan anak usia sekolah. Hal ini dikarenakan orang tua adalah sumber utama dukungan kepada anak, dan anak mempelajari nilai-nilai dari tradisi dan sosial dari orang tua mereka (Papalia dkk 2002).

2.4.2 Anak Usia Sekolah yang Mengalami Kanker

Anak dengan kanker adalah anak-anak yang spesial. Mereka tidak hanya menghadapi tugas-tugas perkembangan sebagaimana anak-anak lain yang tidak memiliki kanker, namun juga harus menghadapi berbagai hal berkaitan dengan penyakit mereka (Wear dkk, 1982). Pengertian anak tentang kanker dan juga tahap perkembangannya sangat mempengaruhi bagaimana ia menghadapi penyakitnya (Sourkes & Proulx, 2000).

Sejak usia 6 tahun, anak telah mengembangkan kemampuan-kemampuan kognitif yang memungkinkannya mengerti tentang penyakitnya. Pada awalnya, pandangan anak tentang penyakitnya bersifat global dan kongkrit, artinya ia merasa seluruh tubuhnya sakit dan perhatiannya hanya terikat pada dampak-dampak fisiologis akibat penyakitnya yang secara kongkrit dapat ia rasakan. Perlahan-lahan anak membangun pengertian tentang penyakitnya, termasuk apa penyebab penyakitnya, pengobatan yang harus dilakukan, serta aspek-aspek psikis sebagai dampak penyakitnya (Sourkes & Proulx, 2000). Pada studi yang dilakukan terhadap anak usia 5-12 tahun yang mengalami leukemia, sebagian besar anak mengerti keberadaan penyakitnya, pengobatan yang harus dijalani, dan mengapa pengobatan itu harus dilakukan (Ross, dalam Sourkes & Proulx, 2000).

Informasi yang diberikan kepada anak juga menjadi faktor yang penting dalam penyesuaian diri mereka terhadap penyakitnya (Nannis, dalam Sourkes & Proulx, 2000). Namun setiap anak berbeda-beda dalam sasaran dan kebutuhan mereka akan informasi penyakitnya: ada yang menginginkan informasi yang mendetil tentang penyakitnya, sementara ada juga yang lebih memilih informasi yang hanya berkaitan dengan pengobatan penyakitnya, atau lebih senang hanya sedikit membahas penyakitnya (Ross, dalam Sourkes & Proulx, 2000).

Pengalaman kanker pada anak usia sekolah secara spesifik dipengaruhi oleh efek-efek pengobatan dan keterpisahan dari teman, sekolah, dan aktivitas normal lainnya (Sourkes & Proulx, 2000). Reaksi emosi pada anak usia sekolah yang baru didiagnosis mengalami kanker meliputi fluktuasi *mood*, merasa berbeda dengan temannya yang lain, pikiran-pikiran tentang kematian, dan perilaku-perilaku regresif. Menghadapi kenyataan bahwa ia harus dirawat inap di rumah sakit juga dapat membuat anak membayangkan kesakitan, takut akan sakit, dan ketakutan akan hal-hal lainnya (Enskar, dalam Sourkes & Proulx, 2000). Anak juga mengalami ketakutan akan keterpisahan dengan sekolah dan teman-teman sekolah, oleh karena itu dukungan sosial yang diberikan oleh teman-teman sekolahnya merupakan bentuk dukungan yang paling berpengaruh pada penyesuaian psikologis secara keseluruhan (Varni, dalam Sourkes & Proulx, 2000).

Sebagaimana anak usia sekolah lainnya, keluarga juga merupakan aspek yang penting bagi anak usia sekolah yang mengalami kanker. Kemampuan anak untuk menghadapi penyakitnya sangat dipengaruhi oleh keluarganya, yaitu bagaimana respon individual dan kolektif dari anggota-anggota keluarga (Sourkes & Proulx, 2000). Dalam keadaan yang optimal, keberadaan keluarga berperan penting dalam menjaga integritas psikis anak, menyediakan perlindungan sehingga anak bisa bertahan dari dampak-dampak negatif penyakitnya.

2.5 Dinamika Variabel

Harapan adalah keseluruhan daya kehendak dan strategi yang terbentuk dari pengalaman, serta digunakan oleh individu untuk mencapai sasaran di masa depan. Harapan seseorang berkembang sepanjang hidupnya dan dibentuk oleh

pengalaman-pengalamannya. Salah satu sumber harapan adalah konsep Tuhan, yaitu representasi mental yang dimiliki seseorang tentang karakteristik atau sifat Tuhan. Konsep Tuhan sendiri juga turut dipengaruhi oleh tahap perkembangan individu, relasinya dengan orang tua, pendidikan agama yang diterimanya, dan jender individu tersebut. Keberadaan harapan membantu individu untuk menghadapi situasi yang menekan dengan baik. Begitu pula dengan konsep Tuhan yang membantu seseorang menghadapi permasalahan yang dialaminya dengan lebih positif. Situasi yang menekan dan permasalahan inilah yang dihadapi oleh anak usia sekolah yang mengalami kanker. Penelitian ini akan berusaha memahami bagaimana harapan dan konsep Tuhan pada anak usia sekolah yang mengalami kanker.

